



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

5
21

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS "ARAGON"

LA INCIDENCIA DEL MODELO ECONOMICO
NEOLIBERAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
IMSS (1982-1994).

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
GUTIERREZ SAN PABLO, GABRIEL MARCOS

ASESOR: LIC. EMILIO AGUILAR RODRIGUEZ

MEXICO

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**MI SINCERO AGRADECIMIENTO A
LA U.N.A.M. "ARAGON" POR SUS
INVALUABLES ENSEÑANZAS**

INDICE	1
Introducción	1
Capítulo I	
MARCO TEORICO	
1. Contexto internacional	9
1.1 Premisas del modelo económico neoliberal	11
1.2 La participación del Estado en la Economía	13
1.3 El carácter principal de las inversiones	14
1.4 La política social	16
2. El legado del modelo económico neoliberal en México	20
2.1 Resultados económicos	20
2.2 Resultados políticos en México	23
Capítulo II	
DOS SEXENIOS DE ECONOMIA NEOLIBERAL	
1. Política económica de De La Madrid (1982-1988).....	25
1.1 "Plan Nacional de Desarrollo (1983-1988)"	25
1.2 La política social en el Plan Nacional de Desarrollo: El sector salud	27
1.3 El modelo económico neoliberal de M.M.H.	28
1.4 El Programa Inmediato de Reordenación Económica (P.I.R.E.)	30
1.5 El nuevo intento de ajuste. "Los Pactos Económicos"	33
2. Política Económica de Salinas de Gortari (1988-1994)	34
2.1 Plan de gobierno	34
2.2 Apertura de mercados	37
2.3 Características de los capitales invertidos en México (1988-1994)	39
2.4 Producto por habitante	41
2.5 Inflación	41
2.6 Salarios	42
3. Redefinición del papel del Estado	43
Capítulo III	
BASES Y CREACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.	
1. Algunos indicadores socioeconómicos (1940-1946)	47
2. Creación del Instituto Mexicano del Seguro Social	52
2.1 Inconformidades por el establecimiento de la Ley del Seguro Social	58

Capítulo IV
SALUD EN MEXICO Y OPERATIVIDAD DEL I.M.S.S. (1982-1992)

1.	Acerca de la metodología	62a
2.	Características de la salud en México hacia los ochenta	64
2.1	La medicina preventiva hacia los ochenta	69
3.	Comportamiento operativo del I.M.S.S. (1982-1992)	72
3.1	Cobertura de asegurados en el I.M.S.S.	72
3.2	Financiamiento del I.M.S.S.	75
3.3	Financiamiento obrero patronal	78
4.	Infraestructura médica	80
4.1	Derechohabientes-unidades médicas	80
4.2	Servicios proporcionados	85

Capítulo V
REFORMAS AL I.M.S.S.

1.	Enmiendas financieras	88
1.1	Enmiendas fiscales	89
1.2	Modificaciones técnico-jurídicas	90
1.3	Reestructuración administrativa del I.M.S.S.	90
2.	Diagnóstico para la reforma administrativa de 1995	93
3.	Respuesta del S.N.T.S.S. a la reforma del I.M.S.S.	97

CONCLUSIONES	99
---------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA	105
---------------------------	------------

ANEXOS	113
---------------------	------------

INTRODUCCIÓN.

El tema que abordamos en el presente trabajo se refiere a la incidencia que tuvo la Política Económica de corte neoliberal aplicada por los gobiernos de De la Madrid y Salinas de Gortari, respectivamente, sobre el conjunto de la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para ello, el estudio partirá con la caracterización de las políticas económicas aplicadas en los gobiernos señalados, indicando asimismo algunos de los resultados obtenidos en política económica y sus efectos que sobre la operatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social tuvieron, específicamente sobre la atención médica que proporciona dicho Instituto.

Los cambios macroeconómicos operados en el país a lo largo de los últimos gobiernos priistas han provocado que la economía del país haya sufrido cambios importantes y que la política de Seguridad Social que hasta ese entonces se aplicó sufriera de transformaciones profundas. En ese sentido, el papel del Estado que procuraron los gobiernos post-revolucionarios de brindar servicios de salud a la población, ahora, con la política económica reestructuradora, este papel del Estado constitucionalmente establecido ha retrocedido hasta llegar al punto de que los servicios de salud públicos puedan quedar

sujetos al comportamiento y control del mercado.

En lo fundamental, las premisas que orientaron las medidas de política económica seguidas durante los dos gobiernos citados fueron de carácter pragmático en lo que se refiere a la combinación de cada una de ellas, procurando no alejarse del énfasis neoliberal. Este pensamiento económico privilegia el libre juego del mercado en la economía global, así como el retroceso de la participación pública del Estado en el conjunto de la economía nacional.

Esta política económica marcó la ruptura con las políticas económicas aplicadas en los gobiernos anteriores a ésta. Se estableció en un contexto internacional favorable a la aplicación de políticas cuyo propósito era el de hacer retroceder la participación del Estado en la economía, modernizar la planta productiva nacional y hacer de ésta una industria con aptitudes competitivas con el exterior. Con sus postulados, la economía neoliberal pretende globalizar la economía a nivel mundial.

Al ir retrocediendo la participación del Estado en la economía, la consecución del bienestar social a la población cambia o se transforma a no ser responsabilidad directa del Estado y en la que invariablemente el Instituto Mexicano del Seguro Social se ve afectado en su operación diaria.

La contribución que pretendemos llevar a cabo de nuestro trabajo es el de revelar ciertos datos de comportamiento de la tarea del IMSS, de tal forma que en futuros estudios puedan surgir proposiciones hacia una transformación de la Institución de tal forma que el modelo económico neoliberal no trastoque la esencia de la atención médica ofrecida por esta Institución.

Escogimos el período de 1982 a 1994 para tratar de entender las razones y la forma en que se dio la ruptura entre la política tradicional del "Estado benefactor" y la política económica neoliberal, además de los efectos que dicha ruptura tuvieron sobre los servicios médicos que proporciona el IMSS. Como antecedente de dicha ruptura, vemos que es en 1982 cuando la economía mexicana sufrió una de las peores crisis económicas causando estragos en todas las actividades productivas del país. Esta crisis económica tuvo como contexto varios factores, a saber: El desajuste económico mundial, y sus graves repercusiones en las economías de poca solidez como la mexicana; la caída internacional de los precios del petróleo dado el declive del auge del energético.

Es en este contexto que la economía neoliberal en México empieza a operar con la expectativa de reactivar la economía del país del momento y sustentar las bases para lo que se denominó el cambio estructural y la política de modernización del país.

Para elaborar nuestro trabajo partimos de la idea de que la función médico-asistencial que procura el IMSS responde a requerimientos explícitos del modelo económico predominante - en este caso el neoliberalista- de los últimos años (siendo éste una fase más del capitalismo^o internacional para la acumulación y concentración del capital), y no responde necesariamente a la satisfacción de las necesidades de la población en lo que a salud se refiere. Los logros de esta institución en dicho período no fueron los esperados, ya que la política de racionalizar la infraestructura existente y de los recursos financieros se estableció como objetivo central. Con la aplicación de dichas medidas de ahorro y efficientización, la calidad de atención a los derechohabientes y usuarios decreció; la centralización de los servicios de salud en escasas zonas geográficas se incrementó, destacando aquéllas zonas de importancia económica y productiva, postergando la atención de salud a aquellas zonas de población de menor importancia. Estas son sólo algunas repercusiones que tuvieron sobre la atención médico-asistencial el modelo económico neoliberal.

Es por esta razón que se propuso como objetivo general en el presente trabajo aportar algunos elementos que permitan comprender la dinámica de atención médica procurada por el IMSS, encuadrada ésta en el marco económico neoliberal. Además de ello, expondremos las condiciones bajo las cuales se desarrolló esta atención médica, ya que consideramos, a manera de hipótesis general,

que existe un vínculo estrecho entre preceptos de política económica y seguridad social. Al respecto, Peter Ward apunta: "Dado el errático y desigual desarrollo de México en años recientes, la capacidad de diferentes gobiernos para desarrollar el 'bienestar social' a menudo ha entrado en conflicto con otras prioridades de desarrollo" ¹.

Como metodología hemos adoptado la investigación documental, teniendo como objetivo el esbozar los principales aspectos de las políticas económicas de los gobiernos de De la Madrid y Salinas de Gortari recurriendo a la sistematización de la información obtenida, a partir de diversas fuentes bibliográficas y hemerográficas, por ejemplo, a los respectivos Planes de Desarrollo, exponiendo algunos de los resultados económicos obtenidos. A continuación, recurriremos a la exposición de algunos indicadores sociales de ambos períodos en los que se encuentra vinculada la tarea del IMSS.

Siendo una de las tareas del sociólogo el de abordar objetivamente los fenómenos sociales -cristalizados en las relaciones sociales de los individuos-, y cuyos resultados obtenidos a partir de estudios seleccionados de estas relaciones sociales, nuestro propósito de este trabajo será el de contribuir de alguna manera al entendimiento del impacto que hace el neoliberalismo económico sobre nuestro objeto de estudio. La misión del sociólogo en este caso, será el de

¹ Cfr. Ward, Peter; *Políticas de bienestar social en México. 1970-1989*; México: Nueva Imagen, 1989, p. 63.

aportar elementos útiles en el entendimiento del vínculo entre política económica y política social, y sus repercusiones en específicas tareas sociales del Estado.

En su exposición, el tema se desarrollará en cinco capítulos, los cuales serán presentados como sigue: En el capítulo uno, y a modo de marco teórico conceptual se expondrán los aspectos teóricos generales de la teoría económica neoliberal y algunas de sus aplicaciones en el contexto internacional. Se harán aquí mención de las teorías keynesianas y neoliberales que sustentan las bases del modelo económico neoliberal mexicano.

En el segundo capítulo se expondrán los rasgos generales de las políticas económicas diseñadas por los gobiernos de De la Madrid y Salinas de Gortari a fin de establecer las bases que sustentaron la pretendida estrategia de crecimiento y desarrollo. En este capítulo se describirán y analizarán los lineamientos de política económica de dichos gobiernos buscando determinar cuáles fueron sus principales metas y objetivos económicos.

En este capítulo se pretende hacer una exposición del comportamiento de las principales variables macroeconómicas de ambos gobiernos con el objetivo de exponer el contexto económico en que operó el IMSS entre los años de 1982 y 1994, haciendo énfasis en el área médica de nuestro objeto de estudio.

En el tercer capítulo consideraremos el trayecto socio-histórico del IMSS, exponiendo las causas y la forma en que surgió este Instituto encargado de la Seguridad Social de los trabajadores. Este punto se incluye en este trabajo por considerarlo importante, ya que nos permitirá comprender el contexto económico y político del momento, y el papel central que juega el Instituto en la seguridad social del país actualmente.

El cuarto capítulo servirá para describir la situación en la que operó el IMSS en los años de 1982 a 1994, resaltando, por un lado, el estado de salud de los mexicanos en dicho período y, por otro lado, la situación en que operó el Instituto en los años ochenta.

En el quinto capítulo expondremos las primeras reformas al IMSS llevadas a cabo por el gobierno federal, justificando tales reformas en base a diagnósticos parciales que no explicaron objetivamente las verdaderas razones por las cuales el IMSS debió de someterse a dichas reformas. Las razones que validaron esas primeras reformas fueron más bien tendientes a reorganizar administrativamente al Instituto.

Finalmente, abordaremos las conclusiones donde trataremos de establecer la forma en que el modelo económico neoliberal incidió en el comportamiento operativo del Instituto Mexicano del Seguro Social haciendo énfasis en el área médico-asistencial.

Cabe señalar que para la realización del

presente trabajo enfrentamos ciertas dificultades, básicamente debido a la escasa información que existió en el momento de la realización del mismo enfocado sobre el tema de la atención médico asistencial de un instituto como es el IMSS y sus efectos que sobre ésta tiene la política económica.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO.

1. Contexto Internacional.

A inicios de los años setenta gran cantidad de países capitalistas industrializados presentaron en su economía severos problemas económicos que alteraron la dinámica de desarrollo de la economía mundial. La depresión económica en esos países se caracterizó fundamentalmente por la elevación de los precios de los energéticos, pronunciados índices de inflación, desempleo, disminución de las inversiones, así como del Producto Interno Bruto, e inestabilidad cambiaria, entre otros fenómenos económicos.

Estos fenómenos económicos tuvieron ecos serios para cuestionar las premisas de las teorías desarrollistas de los años cincuenta y sesenta que en cierta medida respondían a las exigencias del capitalismo del momento. En este sentido la teoría del desarrollo cedió terreno a las nuevas explicaciones de los fenómenos económicos mundiales; que entre otros aspectos, cuestionaron el papel del Estado en cuanto al excesivo gasto público, al paternalismo estatal y a la intervención gubernamental en los fenómenos económicos aplicados sobre todo en los países capitalistas avanzados desde el fin de la Segunda Guerra Mundial.

En los ochenta, en América Latina las crisis económicas de los países industrializados provocaron que países como México, Venezuela y otros gestionaran ante organismos financieros internacionales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos créditos a corto plazo para hacer frente a las consecuencias de las crisis económicas de estos países, así como para pagar sus obligaciones crediticias ante los mismos organismos financieros, acumulando aún más los montos monetarios de la deuda externa.

Al contraerse nuevos préstamos financieros, varios países latinoamericanos se vieron obligados a descartar las políticas desarrollistas, nacionalistas o populistas que caracterizaron esta época en Latinoamérica.

Autores como Friedrich Hayek, Milton Friedman, Daniel Bell y otros empezaron a tomar importancia teórica hacia mediados de los años setenta con sus teorías neoconservadoras y/o neoliberales, cuyos postulados teóricos reestructurarían los principios del capitalismo en cuanto al ámbito ideológico, político, económico y social. Tales autores resaltaron en la el papel del individuo como filosofía de la vida, pregonando la disminución del tamaño del Estado, y la intervención de éste en la vida económica y social, además de fomentar la apertura indiscriminada a los mercados internacionales, y fomentar la libre empresa.

Estos autores recalcaron que el individuo (y no las clases o grupos sociales) es el fundamento último de la sociedad y el Estado.

Con los anteriores planteamientos, el "atomismo" de la sociedad caracterizado por pensadores del liberalismo del siglo XIX como Herbert Spencer, James Mill o Adam Smith resurgen nuevamente para configurar los principios filosóficos neoliberales aplicados en su momento en países latinoamericanos.

1.1 Premisas del modelo económico neoliberal.

Sustentada en el papel principal que le confieren a las fuerzas del mercado y la decisión individual de las personas como motores económicos de la sociedad, la ideología neoliberal determina a los países que aplicaron esta alternativa económica medidas tendientes a reestructurar la vida económica, política y social; teniendo pues las siguientes premisas económicas y sociales²:

- a) Reducción del gasto público.
- b) Eliminación del déficit presupuestal y desaparecer en la medida de lo posible todo tipo de subsidios sobre todo en el área social.
- c) Decrementar el tamaño del Estado.

² Cfr. Ortiz Wadgymar, Arturo. *Política Económica de México. 1982-1994, dos sexentos neoliberales*. México, Nuestro Tiempo, 1994. pp. 19-20.

d) Para los empresarios, banqueros, industriales y comerciantes brindarles las facilidades financieras, fiscales, laborales, e instalación de infraestructura a nivel nacional para las óptimas actividades productivas de estos grupos económicos.

e) Al Estado se le obliga a aplicar la política de eliminación de controles de precios, disminución o eliminación de los gravámenes al capital, y sobre todo que los salarios se fijen en función de las leyes de la oferta y el mercado.

f) Se determina una apertura total e indiscriminada a las inversiones extranjeras y a las mercancías provenientes del exterior. El principio es dejar que las mercancías y capitales circulen libremente en el país.

g) La política cambiaria debe de ser altamente flexible para que los capitales nacionales entren y salgan del país sin injerencia alguna del Estado.

h) La especulación en la bolsa de valores debe de operar sin restricción alguna, buscando siempre la máxima utilidad de ganancia para los inversionistas.

i) El índice de la inflación debe de ser un rubro económico que tiene que determinarse vía oferta monetaria.

De los anteriores postulados, el neoliberalismo pretende, por una parte, crear un nuevo orden mundial económicamente

hablando; donde el papel interventor del Estado Benefactor/Productor en la sociedad se reduce considerablemente. Además, se pretende crear un desarrollo orientado hacia afuera - vía exportaciones- en lugar de configurar las bases sólidas de una economía de sustitución de importaciones.

1.2 La participación del Estado en la Economía.

Tras la crisis económica de los años ochenta el papel interventor del Estado en México ha ido cediendo terreno a las nuevas formas intervencionistas que exige el modelo neoliberal establecido en los últimos años. Aunque el "adelgazamiento" del Estado repercute severamente en las actividades de la Seguridad Social, su práctica ahora va dirigida ante todo a regular las actividades productivas teniendo cuidado de una nueva relación y vinculación con las clases y la sociedad en su conjunto a fin de no cuestionar la legitimidad del Estado que lo lleven a imponer la coerción mediante el uso de la fuerza y se sigan aplicando las políticas económicas neoliberales que favorecen más que nada al capital nacional e internacional. Por el contrario se le busca dar una imagen democratizadora de este proceso en el que los diversos sectores sociales -sobre todo los trabajadores asalariados- deben de contribuir de cualquier forma a dicho proyecto "modernizante".

Prueba de ello lo fueron las suscripciones de los llamados "Pactos Económicos" en las administraciones de De la Madrid y Salinas de Gortari.

Así, en este marco, la Seguridad Social mexicana ha ido sometiéndose a cambios drásticos (financieros, de ampliación de cobertura, ...) toda vez que para el Estado neoliberal ésta no es una obligación del Estado, y sí debe de sujetarse ésta al comportamiento de la oferta y la demanda del mercado.

1.3 El carácter principal de las inversiones.

La característica principal de las inversiones financieras en la economía de los países que aplican los postulados del neoliberalismo es especulativa y muy vulnerable a los acontecimientos socio-políticos. Estas inversiones del exterior tiene como propósito el de financiar el déficit externo del Estado receptor, así como del tipo de cambio anti-inflacionario; provocando con ello la descapitalización de la actividad productiva del país, ya que al propiciarles mejores condiciones de reproducción de sus capitales se omiten formular por parte del Estado políticas industriales, agrícolas, crediticias y de inversión acordes a las necesidades reales que requiere el país.

Otra característica de esas inversiones es que son inversiones a corto plazo, lo que se incrementa en períodos particulares y en áreas

de mayor rentabilidad. Así, por ejemplo en el caso de México, las ramas manufactureras ligadas a la economía norteamericana se privilegian frente a las nacionales al contar con inversiones suficientes capaces de producir artículos que satisfacen en calidad y precio al mercado norteamericano principalmente; mientras tanto, aquellas industrias nacionales que no están integradas abiertamente al mercado de Norteamérica son sometidas a problemas productivos, y de estabilidad financiera que ponen en peligro su existencia, tendientes a su posible desaparición del mercado interno.

A pesar de las fuertes sumas de divisas que provienen del exterior, la continua "... necesidad creciente de capitales, aunado al aumento de las tasas de interés para atraerlos, incrementan las presiones sobre las finanzas públicas, lo cual reduce el superávit alcanzado y retroalimenta las presiones inflacionarias".³

Asimismo, "... la entrada de capitales aumenta la deuda pública interna a pesar del superávit fiscal, ya que el gobierno tiene que imprimir valores gubernamentales para sacar dinero de la circulación ante la entrada de capitales y contrarrestar así el impacto inflacionario de dicha entrada. Aumenta, además, la presión sobre las finanzas públicas, lo que restringe más la acción del

³ Cfr. Huerta G., Arturo. "La situación económica actual y la necesidad de una política de estabilidad, crecimiento económico y equidad". En: *Economía Informa*. México: Facultad de Economía/UNAM, No. 234, diciembre 1994-enero 1995, p. 6.

Estado para impulsar el crecimiento de la economía".⁴

1.4 Política Social.

Por sus características, la política social de todo gobierno es sobre todo una política pública, considerando la importancia el carácter coordinador y regulador del Estado implementado a través de estas políticas. La intervención estatal pretende configurar cierto criterio de justicia a aquellos procesos sociales que relegan del beneficio a grupos sociales, y que sólo el Estado puede remediar dichos rezagos sociales vía diversos mecanismos.

Al caracterizar⁵ el tipo de intervención estatal en ciertas áreas éste puede ser denominado "Estado de Bienestar" o "Estado Desarrollista", según el momento histórico dado y diferenciándose uno del otro por las estrategias adoptadas para sus fines. Al particularizar a ambos Estados, vemos, por una parte, que al finalizar la Segunda Guerra Mundial la economía y las industrias de los países de Europa Occidental que participaron en el conflicto bélico se encontraron en una situación desfavorable; de inmediato los gobiernos de esos países promovieron el desarrollo económico-técnico-industrial. En este momento, el "Estado Desarrollista" concibió bien que mediante el cambio de las

⁴ *Ibid.*

⁵ Cfr. Brito Castrejón, Humberto. *Política Social en México, periodo 1988-1992* (Tesis de Licenciatura), México, Facultad de Economía / UNAM; 1994, pp. 13,16

instituciones y los procesos productivos impulsarían el mejoramiento de las industrias, a la par del mejoramiento del nivel de vida de la población. El papel de la planeación y programación en áreas específicas, así como las inversiones públicas fue trascendente para impulsar el desarrollo industrial de dichos países que intervinieron en el conflicto bélico mundial.

El "Estado Desarrollista", con su política que alienta la productividad, la riqueza y otros aspectos, no es capaz sin embargo de distribuir la riqueza entre la mayor parte de la población en forma equitativa.

Por otra parte, y siguiendo la teoría keynesiana, los objetivos inmediatos del "Estado de Bienestar" son el de incrementar el consumo interno privado mediante el aumento del gasto público en el que se incluye el área social. El efecto es inmediato y la economía de los países que siguieron en su momento estas fórmulas prosperó gracias al mejoramiento del poder adquisitivo de la población mediante la mejoría de las prestaciones sociales; lo que significó en la práctica un incremento directo a los salarios que percibían los trabajadores.

En toda sociedad contemporánea se generan cambios en diversos ámbitos sociales, lo que conlleva a que la población permanentemente demande libertades políticas y sociales, satisfacción en sus necesidades elementales, y el cumplimiento del Estado de Derecho. Ante estas exigencias sociales el Estado procura

satisfacerlas promoviendo políticas sociales en beneficio de quienes así lo exigen. Actuando con esta última perspectiva, la actividad estatal distribuye indirectamente el excedente económico producido en la sociedad.

Aunque es innegable la importancia de la política social del "Estado Benefactor", grupos opositores a ésta la critican con la finalidad de desprestigiarla tendiente a su posible desaparición del contexto social del país. En ese sentido, los grupos conservadores han argüido la obstaculización e inhibición de la iniciativa privada en perjuicio del libre comercio, ya que los subsidios asignados a las tareas sociales se convierten en el ciclo económico en mera competencia desleal. Además, enfatizan estos grupos el burocratismo y deterioro que sufren los servicios estatales por mero descuido de los funcionarios responsables.

Expuesto lo anterior se advierte que los principios del neoliberalismo en el ámbito de la Seguridad Social tienen definiciones y estrategias que buscan solucionar el problema de las desigualdades sociales. En la política de Estado, la Seguridad Social procura el acceso de la población a los servicios de salud, educación, vivienda y abasto; además de brindarle beneficios adicionales tales como la atención de maternidad, pago de pensiones para incapacitados, así como de grupos en edad avanzada. Para tales fines se establecen distribuciones de infraestructura y se canalizan fuertes sumas de recursos financieros para su operación vía subsidios

estatales. Tales características intervencionistas del Estado son transformadas cuando el modelo económico neoliberal se aplica en las economías de los gobiernos vigentes.

Actualmente en México, a pesar del discurso oficial priísta de querer cumplir con la política social, la distribución de la infraestructura y los recursos financieros asignados a dichos rubros aún no han logrado cubrir a la totalidad de la población que demanda servicios públicos; por el contrario, estas demandas han ido incrementándose y complicando estructuralmente de tal forma que la participación del Estado para satisfacer dichas demandas no ha realmente una política de gobierno. Las zonas territoriales que en mayor medida padecen esas ausencias son las zonas rurales y las zonas marginadas de los centros urbanos, ya que el gasto social per cápita federal y local es insuficiente y distribuido inequitativamente.

Para los grupos sociales que han permanecido excluidos de los beneficios de las políticas sociales, el Estado Neoliberal reconoce el fenómeno de la pobreza y sus posibles efectos políticos y sociales poniendo en marcha la llamada "política solidaria" a fin de contrarrestar las posibles inconformidades sociales. Ya en la práctica, los gobiernos de De la Madrid y Salinas de Gortari reconocieron el compromiso social en beneficio de la equidad y de la justicia social promoviendo así, la responsabilidad de la sociedad frente a la desigualdad social y

crearon -con recursos provenientes fundamentalmente de la venta de entidades públicas- organismos que pretendieron auxiliar en lo indispensable a la población necesitada de estos servicios como pueden ser: salud, vivienda, carreteras. El PRONASOL fue creado con fondos federales que fueron distribuidos en zonas geográficas pobres con la finalidad de aliviar la desigualdad social en lo que a salud, vivienda, etc. respecta. El contenido político de dicha medida es evidente, ya que dicho auxilio a los grupos necesitados es selectivo y es mínimo en comparación con las necesidades reales que demanda dicha población.

2. El legado del modelo económico neoliberal en México.

2.1 Resultados económicos.

La economía de la oferta y la demanda, y el Estado Mínimo determinadas por la ideología neoliberal, no han resuelto hasta la fecha las profundas desigualdades sociales, productivas, y/o económicas; al contrario, las han agudizado y en la posibilidad nada remota de que degeneren en serios problemas sociales. Ya se han producido estos fenómenos traducidos en inseguridad en la población, ausencia del Estado de Derecho, etc.

La recesión actual de los países industrializados se ha hecho evidente en los últimos años como consecuencia de la falsa esperanza que pregonaba el neoliberalismo

económico cuyos postulados pretendían resolver tales fenómenos de recesión económica. La política social en este caso fue uno más de los pronunciadamente negativo.

Uno de los países que sufrieron las consecuencias negativas de los últimos gobiernos republicanos identificados con el neoliberalismo fue Estados Unidos. La economía norteamericana en el gobierno de R. Reagan manifestó en este caso un lento dinamismo económico y productivo, un decremento de las inversiones productivas, un elevado índice de la desigualdad social, así como la elevación en los costos de la atención médica de sus pobladores. Dichos fenómenos han estado presentes en E.U. desde 1990 y aún éstos siguen repercutiendo en el país vecino: México.

Por su parte, las lecciones neoliberales de los ochenta en México no son del todo diferentes a las de Norteamérica. Dada la política de apertura económica al exterior y la configuración de un tipo de cambio anti-inflacionario, la ejecución de medidas desregulatorias y una política contraccionista; la actividad económica nacional se mantuvo en niveles que provocaron la incapacidad para generar empleos suficientes, que, según cifras manejadas se requirieron en esa época de un millón de puestos laborales por año.⁶

⁶Cf. Ortiz Wadgymar, Arturo. *Política Económica en México, 1982-1994. Dos sexentis neoliberales*, México: Nuestro Tiempo, 1994, p. 86.

En lo que se refiere al grado de concentración del ingreso, éste se hizo más evidente sobre todo en aquellos inversionistas de las áreas especulativas por ser éstos proveedores de altos rendimientos y a corto plazo.

El tipo de cambio de la moneda fue establecido como política que indirectamente contraería el fenómeno inflacionario vía deslizamiento de la moneda por debajo de lo requerido, vulnerando aún más la economía nacional. Como factores paralelos a dicha vulnerabilidad económica se encuentran en este caso los efectos de los factores políticos y sociales que son determinantes para una viable devaluación del peso.

El modelo económico neoliberal mexicano aplicado por el gobierno federal que va de 1982 a 1994 no logró generar una sólida capacidad productiva y competitiva de la planta productiva nacional. Por el contrario, pasó por alto la formalicen y el apoyo irrestricto a las políticas viables en áreas como la industria, certifica, y de inversiones. Un indicador económico que nos muestra tal carencia son las formas en que fueron invertidos los capitales foráneos, cuyo destino no financiaron las áreas nacionales productivas que así lo requerían. En muchos casos se invirtieron en las bolsas de valores.

Otro tipo de capitales que actuaron en México en los dos sexenios recién concluidos lo son aquéllos que se obtuvieron por la venta de entidades gubernamentales -paraestatales- a

fin de cubrir el déficit público requerido en ambos gobiernos, o bien al invertirlos en tareas sociales tales como construcción de carreteras, alumbrado público, salud, drenaje, y otros aspectos que son requeridos en las zonas marginadas del país.

2.2 Resultados políticos en México.

Las formas tradicionales e institucionales de control político del Estado mexicano desde fines de los ochenta han ido perdiendo su efectividad como respuesta a los cambios económicos, políticos y sociales contemporáneos por los que atraviesa el país, paralelamente a la transformación de los sucesos mundiales. Así, el control político y social reviste nuevas formas acorde a los tiempos actuales.⁷

Por citar sólo algunos aspectos en transformación al respecto, puede decirse que existe una debilidad del sindicalismo que incluye tanto al oficialista como al independiente, el cual ha sido debilitado mediante acciones coercitivas que han deteriorado considerablemente su papel de representante de los intereses de los trabajadores con la intervención del Estado. En cuanto al trabajador asalariado, a éste le han afectado su capacidad de compra por lo que lo han orillado a condiciones de vida inaceptables, ya que los gremios laborales no mantuviéronse en una actitud demandante que beneficiara realmente a sus representados en

⁷Enmerich, G. R. "¿Adónde vamos?"; En: Pedro Castro (Coord.), *Las políticas salinistas: Balance a mitad de sexenio (1988-1991)*. México: División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana/Iztapalapa; 1993, pp. 17-33.

la mayoría de las negociaciones obrero-patronales.

En las negociaciones obrero-patronales no se obtuvieron beneficios económicos sustanciales en provecho de los demandantes asalariados; éstos sólo recibieron prestaciones inequitativas como son: Se les impuso topes salariales en dichas negociaciones; los acuerdos, también contemplaron la formalicen de paquetes de desgravación fiscal, y otros en el mismo sentido.

CAPÍTULO II.

DOS SEXENIOS DE ECONOMÍA NEOLIBERAL.

1. Política económica de Miguel De la Madrid (1982-1988).

El presente apartado pretende exponer los principales aspectos económicos que distinguieron al gobierno de De la Madrid, así como sus consecuencias económicas y políticas, con la finalidad de determinar algunas razones por las cuales la Seguridad Social tuvo un comportamiento específico durante dicho gobierno, y que, como veremos en el capítulo IV la operatividad del IMSS se vió afectada por la adopción de dichas medidas económicas.

1.1 "Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988".

De la Madrid Hurtado heredó de su antecesor una aguda crisis económica, paralelamente a una falta de credibilidad social hacia el gobierno, producto de los estragos de la agobiante deuda externa y sus implicaciones económicas en la totalidad de la economía del país, así como la recién devaluación de la moneda frente al dólar hacia 1982.

Los primeros efectos económicos de la anterior situación fueron la marcada descapitalización del país y la consecuente recesión económica.

Al llegar a la presidencia en diciembre de 1982, De la Madrid delineó su política de gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988⁸ en el que destacó la importancia de superar la crisis económica, advirtiendo que esto sólo sería posible en la medida en que se atacaran las causas reales que provocaron la "incircunstancial" crisis económica del momento. Del mismo modo, la planeación del desarrollo sería factor primordial para superar con éxito las circunstancias económico-sociales.

Para lograr los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (P.N.D.) -se dijo- se requería de una correcta disciplina administrativa y financiera, adecuando los hábitos de la administración pública con los requisitos de la eficaz administración. La estrategia propuesta por el gobierno contempló cuatro propósitos a saber:

i Conservar y fortalecer las instituciones democráticas.

ii Vencer la crisis económica.

iii Recuperar la capacidad de crecimiento.

iiii Iniciar los cambios cualitativos que se requieren en el país en las estructuras económicas, políticas y sociales respectivas.

Para vencer la crisis económica -según el documento- sería indispensable el combate a la

⁸Cfr. De la Madrid Hurtado, Miguel, *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*. México: Gobierno Federal.

inflación y proteger la planta laboral, siendo éstos aspectos ambos coadyuvantes de la crisis padecida. Por su parte, el pretendido crecimiento productivo tendría como soporte la generación de empleos permanentes, decrementando el índice inflacionario - calculado en 100% en 1982-; además, la protección al mercado interno fomentando y alentando la capacidad de la planta productiva instalada en el país.

1.2 La política social en el P.N.D.: El sector salud.

En el ámbito de la política social, el P.N.D. contempló estructurar un sistema coordinado e integral de los servicios de salud (IMSS, ISSSTE ...), en el que las entidades federales se involucrarían para eficientizar al máximo la infraestructura instalada con las que contarán las referidas instituciones del sector salud. Las acciones inmediatas a emprender serían:

a) Impulsar acciones preventivas tendientes a contrarrestar la incidencia de enfermedades transmisibles.

b) Reorganizar y modernizar los servicios de salud a través de la integración del Sistema Nacional de Salud la que articularía sus actividades en forma programada.

c) La procuración de la consolidación del Sistema Nacional de Salud a fin de: Integrar programáticamente los sectores en el área de

los involucrados en la atención a la salud a nivel nacional; descentralizando o desconcentrando de las entidades federativas del primer y segundo nivel de atención de los servicios; así como el fortalecimiento de la infraestructura para los niveles de atención particularmente en regiones que así lo demandasen.

d) Los servicios de asistencia social deberían de reorganizarse en forma eficaz.

e) Incentivar y promover la formación de personal altamente calificado mediante su respectiva capacitación, así como el incremento de las investigaciones en áreas específicas.

1.3 El modelo económico neoliberal de Miguel De la Madrid.

En la esfera económica, la administración de De la Madrid inició su gobierno en una situación desfavorable. Algunos indicadores económicos así lo demuestran:

. Un crecimiento del Producto Interno Bruto de 0.5% hacia 1982.

. Una tasa inflacionaria del 98.8% en el mismo lapso.

. Una devaluación del peso de 150 unidades por dólar.

. Una fuga de capitales de aproximadamente 22 mil millones de dólares.

. Una deuda externa de 80, 000 millones de dls.⁹

Procurando superar el anterior panorama económico, y como una de las medidas para aliviar el fenómeno de recesión que involucró ésta, el gobierno federal contrajo con organismos financieros internacionales -como el Fondo Monetario Internacional- compromisos financieros con la intención de invertirlos en las áreas que provocaron la presencia de la crisis económica del momento. De esta manera, en noviembre de 1982, México firmó la "Carta de Intención" en la que el país solicitaba al F.M.I. concediese recursos para financiar la crisis, y en la que México se comprometía a cambio a aplicar en su política económica ajustes tendientes a asegurar el pago oportuno de los préstamos contraídos.

Cabe advertir que con el argumento de cumplir con las obligaciones de los préstamos contraídos con el exterior, el gobierno se justificó aplicando una severa política económica; y que en consecuencia la privatización de las entidades públicas era requisito indispensable para captar fondos financieros. En el área social, las inversiones públicas decrementarían considerablemente a fin de ahorrar fondos públicos; los salarios, fueron sometidos a un riguroso control y las demandas para incrementar el mismo no fructificaron.

⁹Cfr. Ortiz Wadgymar, Arturo; Op. Cit., p. 47.

El fomento a la liberación del comercio exterior se promovió ampliamente; de tal manera que al llevarse a cabo la devaluación del peso, la entrada de dólares por el incremento de las exportaciones mexicanas aumentarían considerablemente.

De los veintinueve puntos que contempló la "Carta de Intención" sobresalen aquéllos que hablan sobre: a) La instrumentación tendiente a fomentar el mercado de valores, así como el ahorro interno y establecer la liberación de precios; b) flexibilizar la política cambiaria con la finalidad de alentar la competitividad de las exportaciones y servicios en el mercado exterior. El objetivo principal de esta adopción fue que la oferta del mercado determinaría la cotización real del peso mexicano; c) la apertura y liberalización comercial determinaría la dinámica del comercio interno y externo¹⁰.

1.4 "Programa Inmediato de Reordenación Económica" (PIRE).

Al hacer efectivos los compromisos contraídos en la "Carta de Intención", De la Madrid estructuró el "Programa Inmediato de Reordenación Económica" cuyo propósito central sería el de proteger la planta laboral y productiva, contrarrestando la elevada inflación, fomentando el ahorro interno y estabilizando el mercado cambiario. Así, mediante el pago de atractivos intereses

¹⁰ Ibid. p.50.

bancarios se fomentaría el ahorro interno; en cuanto al fortalecimiento del mercado de cambios y la estabilización del mercado cambiario, el control integral de éste desaparecería sustituyéndolo por uno flexible. Con ello, la creación de dos tipos de cambios (el controlado por el Estado, y el otro quedando libre) se establecerían como medida importante para controlar el valor del peso mexicano.

Para la protección a las empresas con respecto a los riesgos cambiarios, el Estado creó el Fideicomiso de Cobertura de Riesgo Cambiario (FICORA) con el fin de vender dólares subsidiados a compañías cuyos adeudos eran pagables sólo en esta divisa. Sin embargo, en la práctica, el mal manejo de estos fondos por algunas empresas dio pauta a la especulación y a la fuga de capitales al exterior, fuera de todo control de las dependencias hacendarias.

Las anteriores estrategias económicas y financieras de la administración delamadrista tendientes a superar la grave crisis económica de esos años no dieron en la práctica los resultados esperados, ya que no resolvieron de raíz las causas de la crisis. Por citar algunos de estos aspectos, podemos referir las condiciones deterioradas de la planta productiva mexicana.

Efectivamente, la planta productiva nacional se vio afectada por varias razones, ya que con la apertura de los mercados nacionales el gobierno mexicano favoreció más

a las industrias extranjeras -maquiladoras, p. ej.-, que por su capacidad productiva y de bajos costos sí podían competir con los productos del mercado exterior.

Por otra parte, las inversiones del extranjero se dirigieron ante todo hacia las actividades especulativas, y no al ámbito productivo. Las medidas antiinflacionarias no arrojaron los resultados pronosticados. Al crecer exorbitantemente la inflación y la caída de la producción nacional -calculada en -5.3% en 1983-, la recesión-inflación deterioró al conjunto de la economía lo cual provocó que el Estado buscara la forma de captar recursos financieros suficientes vía endeudamiento externo para mitigar las causas de la crisis económica prevaeciente.

Al aplicarse la "racionalización del gasto público" se dejó de subsidiar aquellas áreas representativas de un gasto excesivo improductivo, según el discurso oficial. En ese sentido las áreas sociales resintieron profundamente tal política; podemos hablar así del deterioro de la medicina social, de los servicios urbanos, de las prestaciones sociales, y entre otros, del subsidio a los alimentos. Paralelamente, la venta de paraestatales¹¹ fue una estrategia del gobierno para contar con recursos financieros.

Entre 1983 y 1985 algunas cifras revelan la magnitud de las condiciones económicas del

¹¹De 1,155 paraestatales operables al inicio del gobierno de MMH, sólo quedaron de éstas al final del gobierno 449. Véase Angeles Cornejo, O. S.; "Aspectos económicos centrales del neoliberalismo en el sexenio de Salinas de Gortari. En *Momento Económico*, México: Instituto de Investigaciones Económicas/UNAM, No. 76, nov-dic, 1994, p. 23.

país: a) Un déficit público de 9.0%, b) un déficit del PNB del 7.0% en 1984, y 9.6% en 1985, 16.3% en 1986, y del 17.4% en 1987. Los recursos públicos disponibles para el pago de la deuda externa abarcaron cerca de 70%; el índice inflacionario tuvo un comportamiento en 1984 del 60.4%, y del 65.9% en 1985.¹²

Con la situación antes referida el fenómeno de la devaluación del peso se hizo presente en 1987, alcanzando el 159% en ese año.

1.5 El nuevo intento del ajuste: "Los Pactos Económicos".

En esta nueva etapa de la crisis económica¹³ hizo que el gobierno formulara mecanismos tendientes a contrarrestar la progresiva caída de la economía. En diciembre de 1988 se suscribió -para ello- el denominado Pacto de Solidaridad Económica cuyos objetivos perseguían: Corregir los graves cambios económicos derivados del mal comportamiento de la Bolsa de valores; la incesante fuga de capitales hacia el exterior y la progresiva alza de las tasas inflacionarias que quedaban fuera de todo control.

En su primera fase -1987-, el Pacto observó políticas a seguir en el aspecto financiero, salarial, comercial y cambiario.

¹²Ibid. pp. 71-74.

¹³Esta segunda etapa de la crisis inicia con una nueva "... reformulación de la política económica, y del papel del Estado mexicano en la economía nacional, a través del Pacto de Solidaridad". Véase Pozas Horcasitas, Ricardo, El desarrollo de la seguridad social en México. En *Revista Mexicana de Sociología*, México; Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM; no. 4, oct. dic. de 1992, p. 63

Con lo que respecta a los salarios, el documento prescribió el control de los mismos y dejando que la inflación fuera controlada. Así, se nota que en esa ocasión mientras los salarios aumentaron un 15%, los bienes y servicios aumentaron en el mismo lapso el 100%. Aunado a ello, la economía se dolarizó, toda vez que el dólar era adquirido en el mercado fácilmente.

Lo relevante de los Pactos signados por los tres sectores productivos durante la administración delamadrista es el relativo al control del índice inflacionario; sin embargo, dicho control sólo se logró mediante la restricción del circulante y el decreciente poder adquisitivo del salario de los trabajadores que, afectó drásticamente a la clase media.

2. Política económica de Salinas de Gortari (1988-1994).

2.1 Plan de gobierno.

Al trazar las tareas inmediatas de la participación del Estado Mexicano en la actividad diaria del país, Salinas de Gortari estableció en su Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 la necesidad de "... modernizar la política, la economía y la sociedad. La modernización de México es inevitable. Sólo así se puede afirmar la soberanía en un mundo en profunda transformación ..."¹⁴

¹⁴Salinas de Gortari, Carlos, *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994*. México: Gobierno Federal, p. 38.

Como continuación del anterior gobierno, la política salinista determinó: "... emprender el crecimiento (...), establecer nuevas relaciones del Estado con la sociedad. Un Estado eficaz que ejerza su autoridad dentro de la ley, atendiendo la productividad en las entidades estratégicas y prioritarias utilizando la concertación como método para sumar esfuerzos al servicio de la nación. Reconocer en la política económica un instrumento para cumplir cabalmente con su compromiso de contribuir al desarrollo social, promoviendo prioritariamente el bienestar de las mayorías. El Estado no puede ni debe ser el único actor"¹⁵.

La primera estrategia a ejercer sería: " el crecimiento de la economía es la única base firme para elevar la calidad de vida de los mexicanos, particularmente de los más necesitados. Por ello la estrategia de la modernización persigue el crecimiento económico con estabilidad de precios (ésta) se hará a partir de un renovado impulso a la inversión privada, la expansión de las exportaciones no petroleras, la inversión pública en infraestructura y el fortalecimiento gradual del mercado interno"¹⁶.

Los objetivos que precisa el PND cubre los siguientes puntos:

- I** La defensa de la soberanía y promoción de los intereses de México en el mundo.
- II** La ampliación de la vida democrática.

¹⁵Salinas de Gortari, Op. Cit., p. 40.

¹⁶Ibid., p. 41.

III La recuperación económica con estabilidad de precios.

IV El mejoramiento productivo del nivel de la población.

Si bien la política salinista de modernizar al país fue esencial para consolidar la economía nacional, ésta se inscribe ante todo por exigencias que se complementan con las necesidades de la economía del exterior, sobre todo la norteamericana. Además, actualmente la economía mundial muestra en los tiempos actuales una nueva fase: La configuración de países reunidos en bloques económicos con la finalidad de predominar internacionalmente -p. ej. bloque europeo, asiático, etc.-; frente a ello, México se haya aún con prácticas políticas y económicas que contrarrestan la efectividad de los planes gubernamentales por alcanzar un desarrollo social y económico capaz de beneficiar a la población.

Los lineamientos de la política de salud contenidos en el PND referido quedaron claros al establecer el mejoramiento de la calidad de la atención médica primaria y la prevención de las enfermedades mediante el mejoramiento de la atención y la calidad de los servicios de salud. La descentralización fue uno de los principales propósitos tendientes a fortalecer el regionalismo de acuerdo a la necesidades propias de las regiones.¹⁷

¹⁷La forma y el tono mediante el cual se pretendió dar justificación pública al proyecto neoliberal en la administración de Salinas de Gortari fue variada. Se habla de Liberalismo Social en vez del Neoliberalismo Económico, tendiente a favorecer las insatisfacciones sociales de la población. Ver p. ej. Villarreal, René; *Liberalismo Social y Reforma del Estado: México en la Era del Capitalismo Posmoderno*. México: Nacional Financiera-F.C.E., 1993, p. 393.

Como en el sexenio delamadrista el gobierno de Salinas de Gortari se caracterizó en su política económica fundamentalmente por una redefinición del papel del Estado mexicano en lo que se refiere a la participación en la sociedad; así como una intensificación del monto de las inversiones extranjeras; y, finalmente, la configuración y operatividad de la planta productiva nacional, la cual sufrió radicales transformaciones a raíz de la desprotección gubernamental de estas ramas productivas.

2.2 Apertura de mercados.

Al permitirse la entrada de mercancías al país de origen extranjero, se abrieron las fronteras de un sinnúmero de artículos que compitieron inequitativamente con los productos nacionales, originando con ello que la producción nacional sufriera una desfavorable competencia con tales artículos. Tal desventaja provocó graves trastornos en lo que se refiere a la capacidad productiva y a la planta laboral del país.

Así, durante el sexenio salinista las importaciones del exterior pasaron de un total de 28,000 millones en 1988 a 52,000 millones de dólares en 1994. Por el contrario, el país exportó en 1988 al mercado exterior 30,000 millones de dólares, y a mediados de 1994 sólo fueron del orden de los 39,000 millones de dólares.¹⁰ La composición de las importaciones

¹⁰ Cfr. Cornejo O. Barahí, Angeles. "Aspectos económicos centrales del neoliberalismo en el sexenio de Salinas de Gortari". En: *Momento Económico*. México, Instituto de Investigaciones Económicas/UNAM, no. 76, diciembre de 1994, p.22.

-de 1988 en adelante- revela un mejoramiento de éstas en los bienes de consumo y bienes intermedios.

Las anteriores cifras revelan que el país importó más productos del exterior de los que exportaba, provocando la generación de un considerable déficit comercial agudizado éste a finales del sexenio salinista. Dicha continuidad negativa de la balanza comercial desde julio de 1988 -en forma constante hasta 1994- llegó incluso a representar un monto de 93 millones de dólares en agosto de 1989 hasta un total de 2,100 millones de dólares promedio mensual en junio de 1994. Este fenómeno se dio en condiciones en el que se entrelazó con el resultado de la política cambiaria. Con el establecimiento de una paridad nominal fija, los dólares se abarataron y con ello la masiva entrada de mercancías baratas. Paralelamente, las inversiones extranjeras crecieron distintamente por áreas productivas: Entre 1989 y julio de 1994 los flujos de inversión extranjera llegaron a casi 50 mdd¹⁹. Las inversiones se distribuyeron con una tendencia a favorecer preferentemente las áreas manufactureras, transportes, comunicaciones y servicios financieros; seguidas de los sectores extractivo y agropecuario. Dichas entradas de capital vía inversiones llegaron a representar un total de 351 mdd en 1989 a 28 432 mdd en 1993, y en junio de 1994 alcanzó la cifra de 9,091 mdd²⁰.

¹⁹Cfr. *El Financiero*, 7 de octubre de 1994, p.8.

²⁰ Cfr. *Ibid.* p. 8.

2.3 Características de los capitales invertidos en México entre 1988 y 1994.

Partiendo de la premisa de que la situación económica del país de las últimas décadas se ha caracterizado por ser susceptible en su comportamiento a los fenómenos políticos, además de la inexistencia de condiciones de rentabilidad segura a largo plazo y la falta de evolución progresiva de la planta productiva, así como el aseguramiento redituable de los depósitos a corto plazo; la política certifica del gobierno de Salinas de Gortari permitió el repunte de las actividades financieras y especulativas. De esta forma, al mercado de valores se le asignó el papel principal -aunque no el único- de financiador de las empresas privadas. Los capitales extranjeros tuvieron la preferencia hacia la actividad especulativa a corto plazo, por contar éstas con la capacidad financiera sólida que pudiese competir con los capitales nacionales. De esta forma, vemos que las características de los capitales durante el sexenio salinista fueron:

i Capitales a corto plazo: Toda vez que no hay rentabilidad segura a largo plazo, y nulo crecimiento productivo y estabilidad monetaria.

ii Depósitos a corto plazo: A la existencia del déficit externo (ya que se

sobrevaluó el peso ya la economía se abrió al exterior)²¹.

Cabe hacer mención que el ingreso de capitales al país durante dicho lapso pudo llevarse a cabo una vez que las iniciativas de ley correspondientes fueron aprobadas por la Cámara de Diputados con predominio de miembros de extracción del partido en el gobierno y cuyo propósito fue el de facilitar la entrada de capitales en forma privilegiada. Tanto la ley de inversiones extranjeras, la reglamentación del sector financiero, entre otros, fueron modificadas por estas aprobaciones del poder legislativo.

Ahora bien, ¿qué se pretendió con tal estrategia? El gobierno federal expuso su razonamiento señalando que en forma inmediata se buscaba financiar el déficit externo, estabilizar el tipo de cambio del peso mexicano y, sobre todo, procurar la reducción de la inflación hasta llegar a un dígito. Sin embargo, los resultados en la práctica no fueron los pretendidos sólo fueron parciales.

A pesar de querer alcanzar el objetivo de financiar el déficit externo mexicano, aumentar el monto de las reservas internacionales y mantener la apertura económica, las inversiones foráneas no lograron acrecentar el crédito y la inversión realmente productiva en el país. Lo que se logró, por el contrario, con las medidas gubernamentales en lo que a financiamiento se

²¹ Cfr. Huerta G. Arturo, "La situación económica actual y la necesidad de una política de estabilidad, crecimiento económico y equidad". En *Economía Informa*. México. Facultad de Economía/UNAM. No. 234, dic. 1994-enero 1995 p. 10.

refiere fue la desprotección de la esfera productiva nacional frente a la competencia externa que por diversos mecanismos logró sobreponerse a la local y, que en consecuencia mermaron las bases para un posible desarrollo.

2.4 Producto por habitante.

A pesar de los bajos índices de natalidad en los años noventa²² la producción neta por habitante mostró en dicho período un relativo incremento. Con ello, entre 1989 y 1994, el monto de dicho producto se incrementó un 5.4%.²³

2.5 Inflación.

Como ha sido mencionado anteriormente, las tasas de inflación alcanzadas durante este gobierno fueron posibles por el efecto directo de la determinación de mantener sobrevaluado el peso a la par del control salarial, de tal manera que ésta no generara inmediatamente el aumento de la inflación una vez que se autorizaran aumentos a los salarios mínimos. Con dichas medidas económicas hacia 1993 se alcanzó el anhelado índice inflacionario de un dígito del 8%. A pesar de ello, la producción nacional en dicho año se caracterizó por ser baja, siendo apenas del 0.4%. Esta contrariedad reflejó el serio desajuste por el que atravesó la planta

²²Cabe advertir que entre 1980 y 1990 la población nacional creció 14, 402, 802 habitantes (1.9% anual), según los Censos Generales de Población y Vivienda.

²³Cfr. Zepeda Martínez, Mario J. "Modernismo neoliberal: Lento e inequitativo (Balance de un sexenio)". En: *Momento Económico*. México: Instituto de Investigaciones Económicas/UNAM, No. 76 nov-dic de 1994, p. 8.

productiva nacional, siendo importante ya que se dio a mediados del sexenio²⁴.

2.6 Salarios.

Al respecto, el relativo mejoramiento de las percepciones de los trabajadores asalariados no logró resarcir la pérdida del poder de compra del salario entre 1988 y 1994, cumpliendo con ello la generación de las óptimas condiciones para la reproducción del capital. La política salarial hizo incapié en reproducir la producción, la productividad y la intensidad de la producción²⁵.

El comportamiento de crecimiento o estancamiento de los salarios en diversas ramas productivas del país no se comportaron uniformemente, sino que tuvieron relativas repercusiones para ciertas áreas productivas y otras no tanto. En ese sentido, los salarios de las ramas textil, maderera, productos de papel y editoriales tendieron hacia julio de 1994 un estancamiento en su evolución. Mientras, en algunas industrias extractivas manifestaron cierta recuperación en el mismo período.

Como se observa en el cuadro número 1, los aumentos porcentuales a los salarios mínimos no lograron acercarse a los niveles inflacionarios en los respectivos momentos, pues la inflación rebazó el poder adquisitivo de los salarios mínimos.

²⁴ Ibid. p.10.

²⁵ Ibid. p. 9.

De 1982 a 1991 el salario mínimo real perdió el 54 por ciento de su capacidad de compra, mientras que el salario contractual por su parte descendió el 52.5 por ciento en el mismo lapso²⁶.

CUADRO No. 1
COMPORTAMIENTO DEL SALARIO MÍNIMO, 1984-1994²⁷.

AÑO	SALARIO MÍNIMO MENSUAL	PORCENTAJE	INFLACION ANUAL %
1984	21,570.60		59.2
1985	33,229.20	54	63.7
1986	67,313.10	102	105.7
1987	176,017.20	161	159.2
1988	217,587.60	23	51.7
1989	274,166.70	26	19.7
1990	323,597.40	18	26.7
1991	362,520.60	12	22.7
1992	362,520.60	0	15.5
1993	381.80	8	9.7
1994	419.10	7	7.2

En la subordinación de la fuerza de trabajo a las exigencias del capital y del mercado, la suscripción de los trece Pactos de concertación suscritos durante las dos administraciones recientemente concluidas jugaron un papel central en la instalación de los topes salariales, en los que se contempló tanto a los salarios contractuales como a los mínimos.

²⁶ Ibid. p. 9.

²⁷ Tabla retomada de Guillermo Espinoza, "Salario y poder adquisitivo, tomados por asalto". En: *Excelsior*, 28 de abril de 1995, p. 1-Y.

3. Redefinición del papel del Estado.

Comprometido con los postulados de la economía neoliberal, el Estado mexicano ha asignándose un papel protagónico distinto en lo que se refiere a la participación económica y política en la sociedad que lo diferencian de los anteriores esquemas de intervención estatal. De promotor del desarrollo económico e impulsor del bienestar social, se ha convertido ahora a mero agente regulador de las relaciones privadas de producción; con ello, se reducen sus facultades estatales a una mínima expresión.

El "adelgazamiento" del Estado ha hecho que la política de desincorporación de paraestatales iniciada por el gobierno de MMH (1982-1988), y continuada por el gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994) fuera una práctica con razones y resultados que respondieran a las necesidades de superar las serias crisis económicas presentadas en 1982. Tales crisis pusieron en juicio la legitimidad de los gobiernos antes mencionados.

Así, a fin de fortalecer las estructuras de la producción mexicana, el neoliberalismo pugnó por despartarse de los principios del Estado Benefactor. En consecuencia, una de las primeras medidas a seguir en el ámbito económico fue poner a la venta empresas paraestatales.

Para justificar la venta de la mayoría de las paraestatales durante los dos últimos gobiernos el Estado recurrió a razones que defendieron la progresiva retirada del Estado

en el campo económico. Así, se llegó a decir que se debía: "Como respuesta a los desequilibrios de orden económico; a los problemas de carácter social; a la canalización más adecuada de los recursos financieros; a la promoción de la actividad económica; a la amplia participación de los sectores social y privado en la actividad económica; a la modernización de la economía en general; para eliminar gastos y subsidios no justificables en el orden económico y social; y, como una punta de lanza, que el sector público debía de ser más eficiente en todos los órdenes".²⁸

La desincorporación de empresas públicas logró abarcar ramas como las telecomunicaciones, siderurgia, forestal, pesca, servicios bancarios y financieros entre las más representativas. El total de entidades públicas vendidas al sector privado nacional y extranjero fueron de alrededor de 765 en 1988, y hasta más de 251 en 1993, de un total de 1,155 que en 1982 eran propiedad del Estado.²⁹

Con el propósito de modernizar al país, el Estado neoliberal mexicano aplicó criterios que hicieron descender en forma importante el monto de las inversiones de las áreas sociales. Los efectos que incidieron inmediatamente en las dependencias públicas

²⁸Cfr. Alcántara Meinzeiro, E. "Dos sexenios de privatizaciones en México, 1982-1994". En: *Economía Informa*. México: Facultad de Economía/UNAM; No. 234, diciembre 1994- enero 1995, p. 14.

²⁹Op. Cit., p. 13.

encargadas del cuidado y tratamiento de la salud no se hicieron esperar.

Las razones expuestas por los gobiernos de dichas medidas restriccionistas la buscaron al querer ahorrarse fondos públicos con la finalidad de eliminar el déficit de las finanzas públicas.

CAPÍTULO III

BASES Y CREACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1. Algunos indicadores socioeconómicos. 1940-1946.

Hacia 1940 México contó con una población de aproximadamente 19,653,552 habitantes, de los cuales 12,756,883 (65%) eran pobladores de las zonas rurales, y el resto 6,896,696 (35%) de la población lo conformaban habitantes de las zonas urbanas³⁰.

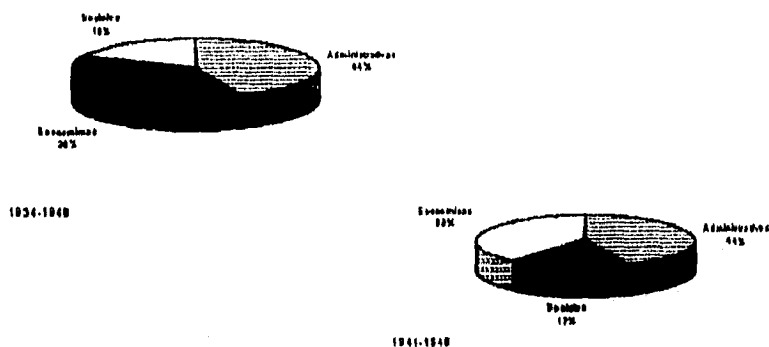
Es de observarse con las anteriores cifras que las demandas de la población de índole social sobre todo salud, se concentraban principalmente en las áreas rurales, siendo más marcadas en aquellas zonas distantes del centro del país como son las regiones del sureste, por citar sólo algunas. A pesar de las inversiones públicas entre 1935 y 1940 éstas sólo alentaron las actividades que el modelo de desarrollo exigía, dejando en segundo plano las de carácter social tal y como se señala en seguida: En dicho lapso, las actividades administrativas percibieron en promedio el 44% de las inversiones públicas, mientras que las actividades económicas recibieron el 38% y, el sector social sólo alcanzó el 18% de dicho total. Al respecto el siguiente gráfico nos permite observar tales proporciones de inversión pública entre 1934 y 1946³¹.

³⁰ Cfr. González Casanova, Pablo. *La Democracia en México*. México. Era, 1977, pp. 93-98

³¹ Cfr. D. Hansen, Roger. *La política del desarrollo mexicano*. México, Siglo XXI, 1979, p. 92.

GRAFICA No. 1

PRINCIPALES AREAS DE INVERSION PUBLICA EN MEXICO (1935-1946).



Fuente: Cifras retomadas de D. Hansen, Roger. *La política del desarrollo mexicano*. México: Siglo XXI ed. 1979, p.92.

Siendo el objetivo central del gobierno de Lázaro Cárdenas el de configurar las bases ideológico-político-económicas tendientes a industrializar al país, éste no concluyó totalmente, ya que de las principales actividades productivas del país, la actividad primaria continuó prevaleciendo por sobre la actividad secundaria y terciaria. Así, de la población total productiva compuesta de 6,055,000 a finales del cardenismo, la actividad primaria absorbió el 63% de dicho total (3,831,000), y la actividad secundaria y terciaria dió trabajo al 37% de asalariados (2,240,000). Tal inercia debía de ser rota para que la economía nacional tuviera otra dinámica y pudiese así transformarse a una

economía de mercado más ágil y acorde a los tiempos del momento³².

Como todo proceso social y económico que es sometido a cambios profundos en su composición y relación de las partes con el todo, las pautas para industrializar al país con Cárdenas tenderían a afectar instancias del todo social. El propósito de la industrialización mexicana en sus primeras etapas pretendió transformar la primacía económica y social de las ciudades por sobre el campo; paralelamente la actividad industrial debía de ser preponderante respecto a la agricultura. Dichas transformaciones debían de ser alentadas y condicionadas por el Estado; dicha instauración debía de partir desde el plano económico-ideológico y político.³³

Casi al concluir la administración cardenista, las fuertes inversiones extranjeras, sobre todo norteamericanas, guardaron un papel importante al configurar una mayor dinámica económica en el país. Así, de un total de más de dos mil millones de pesos de esas inversiones, el principal inversionista fue Estados Unidos, el cual invirtió el 64% del total de dichas divisas. Canadá, por su parte, invirtió aproximadamente el 4% y otros países con menor monto del total de las inversiones. Dichos capitales fueron invertidos como consecuencia de las óptimas

³² *Ibid.*, p. 59.

³³ Hay que hacer notar que Lázaro Cárdenas efectivamente estuvo de acuerdo en mejorar las condiciones de vida del trabajador, que mediante el establecimiento del pago del salario mínimo, el pago del séptimo día y la Reforma de la Ley Federal del Trabajo permitirían dichos objetivos. Sin embargo, tales mejoras salariales redundarían en un mayor consumo de mercancías alentando con ello la actividad económica. Cfr. Arturo Anguiano, *El Estado y la Política Obrera del Cardenismo*. México: Era; 1980, p. 80.

condiciones para el aumento y reproducción de los capitales que por sus características los mayores beneficiados lo fueron los capitales extranjeros³⁴.

Lo que bien podría ser una identidad del modelo industrializador cardenista con el ávila-camachista, existen sin embargo algunas diferencias entre ambos gobiernos: Diferencias de fondo y estrategias para lograrlo.

Ávila Camacho fue apoyado en su candidatura para presidente de la república por la oligarquía agraria del país, así como por un bloque del Congreso y los gobernadores de los estados. Contendiendo como aspirante a la presidencia del país Ávila Camacho enfocó su plan de acción de gobierno con miras a la transformación de las características productivas del sector agrícola; éste, según Ávila Camacho debía de transformarse con el propósito de integrarse a los demás sectores de la producción; el trabajador del campo sería asistido de casa, salud, y educación, a fin de que sus niveles de vida mejoraran.

Lo que se perseguía de fondo con esta estrategia ávila-camachista era modernizar la producción agrícola requerida por el proceso industrializador.

Al llevarse a cabo las elecciones federales para elegir presidente de la república del periodo del 1° de diciembre de 1941 al 31 de noviembre de 1946, los resultados dieron la victoria a Ávila Camacho

³⁴ Cf. González Casanova, Pablo. Op. Cit. p. 259.

para ocupar dicho cargo. Los grupos políticos y económicos que ayudaron a dicho triunfo lo conformaron la oligarquía latifundista, miembros del movimiento anti-cardenista, algunos grupos del sector industrial, así como grupos de la clase media y otras agrupaciones que no estaban de acuerdo con el proyecto cardenista. Fungiendo ya como presidente Avila Camacho dispuso que la tarea principal de su administración sería acelerar el proceso de industrialización y configurar un nuevo proyecto social dando al Estado el papel de árbitro y conciliador de las diferencias sociales. El establecimiento de la paza social no debía de alejarse de la realidad y sería el complemento de la óptima marcha de la economía.

Durante la administración de Avila Camacho se invirtieron en promedio 44% del presupuesto federal en el área administrativa, la actividad económica recibió el 39% de las inversiones, y el sector social alcanzó la inversión del 16%. Dichas inversiones públicas revelan en cierta forma la continuidad de la forma en que se distribuyó el gasto federal y las áreas consideradas como prioritarias³⁵.

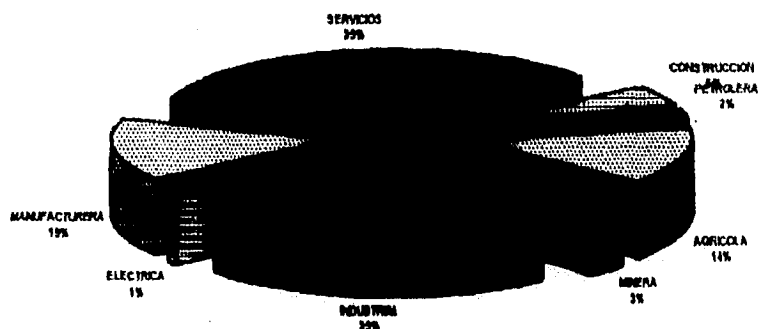
El comportamiento del Producto Nacional Bruto hacia 1945 reveló la importancia del sector industrial y el de los servicios. Como se observa en la gráfica número 2, la producción agrícola aportó al total del PNB el 19%, mientras que el sector secundario aportó al mismo el 34%³⁶.

³⁵ Cfr. D. Hansen, Roger. Op. Cit. p. 92.

³⁶ Cfr. D. Hansen, Roger. Op. Cit. p. 52.

GRAFICA No. 2

ESTRUCTURA DE LA PRODUCCION PORCENTUAL DEL P.I.B. (1946)



Fuente: Cifras retomadas de D. Hansen, Roger, Op. Cit. p.59.

2. Creación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A lo largo de los diversos gobiernos posrevolucionarios se han puesto en práctica toda una serie de medidas administrativas y jurídicas tendientes a conformar la Seguridad Social en México. Algunas de estas medidas sí lograron su propósito para las cuales fueron creadas; otras sólo quedaron en simples proyectos truncos.

Para entender esas rupturas es preciso partir de premisas que expliquen las razones por las cuales la Seguridad Social en sus orígenes no alcanzaron el objetivo de brindar la protección social a la población. Como lo señala Ricardo Pozas Horcasitas al explicar las razones que cristalizarían las medidas tendientes a crear la Seguridad Social mexicana, la cual, requirió: "... de un nivel de desarrollo y consolidación de las organizaciones obreras que rebasaran las condiciones prevalecientes, pero también necesitaron de un grado de institucionalización del aparato de Estado totalmente distinto al 'modus operandi' del ejército en el poder político propio del caudillismo en el que el clientelismo supone los usos patrimoniales de dicho aparato".³⁷

Para hallar las razones que permitirían la cristalización de la Seguridad Social mexicana es preciso tomar en consideración la serie de hechos que hicieron posible la ejecución de tal proyecto por parte del Estado. Así pues, el estado posrevolucionario adoleció de la suficiente consolidación política sustentada en bases sociales y, además, los obreros y campesinos hacia las décadas de los 30 y 40 careció de la sólida organización capaz de asumir el papel demandante que beneficiara sus intereses.

Con tales premisas se dan los intentos por crear el Seguro Social mexicano, y cuyas iniciativas gubernamentales formales se ubican durante el gobierno de Lázaro Cárdenas.

³⁷ Cfr. Pozas Horcasitas, R. "El desarrollo de la Seguridad social en México". En *Revista Mexicana de Sociología*. México: Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM; oct. - dic., 1992 no. 4, p. 30.

El periodo de gobierno de Lázaro Cárdenas se caracterizó por ser un gobierno que rompió con los esquemas de poder presidenciales instaurados después del movimiento armado de 1910. Al inicio de su gestión, Cárdenas tuvo que hacer frente a la serie de problemas políticos y económicos que su antecesor no logró resolver como consecuencia de la crisis económica de 1929 en Estados Unidos que repercutió gravemente en la economía del país. Esta crisis económica afectó la situación de los trabajadores y campesinos, afectando seriamente la dinámica de la economía nacional³⁸.

Cárdenas procuró la modernización del país mediante el fortalecimiento del Estado utilizando en su provecho el capital político que ofrecía el movimiento obrero organizado y dirigido por el mismo presidente.

Con su política de masas: "La organización y unificación de los trabajadores no sólo constituyó una base de apoyo al Estado que Cárdenas encabezaba, sino que permitió que desaparecieran las pugnas intergremiales que creaban perturbaciones en el aparato económico."³⁹ Lo que se pretendía con ello era que el desarrollo económico no tuviera tropiezos como efecto de las demandas sociales de los trabajadores, convocando a la vez a los industriales del país a sumarse a los esfuerzos para robustecer dichos proyectos. Esta estrategia podía provocar que los trabajadores fueran más allá del marco de acción

³⁸ Cfr. Anguiano, Arturo. *El Estado y la política obrera del cardenismo. La Política de masas*. México. Era. 1980. p. 60.

³⁹ Cfr. Anguiano, A., Op. Cit., p. 50.

predeterminado por Cárdenas; sin embargo, dichos movimientos tuvieron sus limitaciones toda vez que las estructuras del partido oficial y las organizaciones obreras frenaban u obstaculizaban las demandas de los grupos asalariados. Las demandas de los trabajadores eran básicamente por mejoras económicas que beneficiasen a determinados sectores de la población.

La serie de estrategias políticas aplicadas al movimiento obrero provocaron para Cárdenas una situación por demás complicada. A pesar de ello, tres hechos marcaron la consolidación de su *política de masas*: a) La crisis política de mediados de 1935 (cuando Calles presionó a Cárdenas a fin de que abandonara la organización de los trabajadores), fue superada a favor del gobierno; b) la movilización social de fines de 1935 en respaldo a la política cardenista y, c) la petición formulada a los industriales del país a fin de apoyar las iniciativas de gobierno cardenista.⁴⁰ Superados estos principales conflictos políticos entre la clase gobernante, Cárdenas consolidó su gobierno siguiendo su política que lo caracterizó.

El primer proyecto de creación del Seguro Social mexicano fue cuando Cárdenas recibió el 1º de enero de 1935 un proyecto tendiente a cubrir los riesgos de trabajo, el cual fue posteriormente enviado a la Cámara de Diputados por el Departamento de Trabajo. Dicho proyecto proponía la creación del

⁴⁰Ibid., p. 52.

llamado Instituto de Seguros Sociales, sujetándose a este régimen los sectores obrero y campesino. El papel de la Secretaría de Economía Nacional y el Departamento de Trabajo y Previsión Social fueron el de determinar las bases logísticas que sustentaran dicha iniciativa.

Por instrucciones del presidente Cárdenas, el titular de Gobernación Ignacio García Téllez se encargó de los trabajos para elaborar el proyecto de Ley mencionado. Una vez concluidos dichos trabajos se establecieron los criterios sobre seguros de accidentes de trabajo conforme a los dictámenes de la Oficina Internacional del Trabajo; además, aquéllos grupos que no percibían ingresos suficientes como los empleados independientes, peones aparceros y peones arrendatarios, se beneficiarían de sus servicios sociales.

El 27 de diciembre de 1938 el Proyecto de Ley fue enviado a la Cámara de Diputados, pero se rechazó con el argumento de adolecer de fallas actuarias. Más adelante otras dependencias gubernamentales se adhirieron al proyecto de creación de la Ley del Seguro Social, entre las que destacaron los Departamentos de Trabajo y Salud Pública, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Gobernación, además de la Oficina de Estudios de la Presidencia de la República⁴¹.

⁴¹ Cfr. Pozas Horcasitas, Ricardo. "El desarrollo de la seguridad social en México". *Revista Mexicana de Sociología*. México. Instituto de Investigaciones Sociales / UNAM. año LIV, No. 4, oct.-dic. 1992, p.38.

En el *Segundo Plan Sexenal* de Avila Camacho publicado el 3 de noviembre de 1939 se refiere la importancia que adquiere la creación del Seguro Social para los trabajadores. No siendo sino hasta el 2 de junio de 1941 cuando el mismo Avila Camacho decretó la creación de una comisión tripartita que redactara la Ley del Seguro Social auspiciada por la nueva Secretaría de Trabajo y Previsión Social. La Cámara de Diputados recibió el 23 de diciembre de 1942 dicho proyecto el cual sería aprobado por la mayoría de los diputados ese mismo día, siendo publicada su aprobación el 19 de enero de 1943⁴².

Para el 1° de enero de 1944 el Instituto Mexicano del Seguro Social entró en operaciones, iniciándose éste mediante la subrogación médica, la cual fue retirada hacia 1945 con el argumento de la mala atención médica que proporcionaba la medicina privada.

Al principio, el recién IMSS proporcionó sus servicios principalmente a los trabajadores urbanos, aunque la afiliación de los trabajadores rurales se extendió progresivamente a los diversos lugares del país. Los agricultores de los estados de Sinaloa, Baja California y Sonora se beneficiaron de los servicios proporcionados por el Instituto hacia 1950; para ello, se fijaron las cotizaciones conforme al número de hectáreas laborables. Más tarde, dicha cotización se modificó con el aporte del 50% pagable por los patrones y el resto subsidiado

⁴² *Ibid.*, p.40.

por la Federación. En lo sucesivo, el pago de las cuotas fue un asunto que tuvo que ser sometido a constantes cambios, dada la magnitud de la carga financiera para las empresas mismas, el Instituto y el Estado. Como ejemplo, resalta el hecho de que en 1973 la Ley que establece la incorporación de grupos de campesinos y urbanos que carecían de la capacidad para cotizar fue sometida a modificación por las respectivas autoridades.⁴³

Entre 1944 y 1946 se inscribieron al I.M.S.S. 246,537 trabajadores mexicanos tanto urbanos como rurales.

2.1 Inconformidades por el establecimiento de la Ley del Seguro Social.

Al llevarse a cabo la Ley del Seguro Social ésta provocó varias inconformidades por grupos sociales, toda vez que la referida Ley afectaba directa o indirectamente los intereses de los involucrados. La inconformidad, que más tarde se convertiría en conflicto provenía principalmente de agrupaciones patronales, obreras y de manera particular de las cooperativas del sector médico.

Las inconformidades del sector médico se suscitaron en 1944 cuando el Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal declaró que habían elegido a dos de sus representantes

⁴³Cfr. Narro Robles, José. *La Seguridad Social Mexicana en los albores del Siglo XXI*. México: F.C.E.; 1993, p. 67.

para formar parte del Consejo Técnico de Selección de Personal del IMSS⁴⁴.

Este conflicto se ahondo, pues el Sindicato de Médicos Cirujanos del D. F., propuso públicamente reformar la Ley del Seguro Social aduciendo cambios integrales en la composición del Consejo Técnico de la institución, en el que los médicos se integrarían a ese Consejo por la naturaleza del servicio médico del organismo; argumentaron sus razones al decir que los médicos debían dirigir a la institución en vez de la comisión Tripartita conformada por los sectores obrero, patronal y gubernamental. A pesar de la inconformidad del gremio médico por pretender transformar la Ley del Seguro Social sus objetivos no prosperaron en la práctica, sin embargo, los médicos contratados por el Seguro Social realizaron una huelga en demanda de aumento salarial el 19 de octubre de 1945.

Otro de los sectores que manifestó su inconformidad por la creación del Seguro Social fue la agrupación de las cooperativas. Este sector de trabajadores llevó a cabo el 20 de septiembre de 1944 un Congreso de la Confederación de Cooperativas, en el que declaraban estar en contra del pago de las cuotas a la institución social, toda vez que estos pagos afectaban directamente el salario de los trabajadores por una parte, además, argumentaban la existencia de servicios médicos proporcionados por las mismas agrupaciones. En respuesta, las autoridades

⁴⁴ Cfr. Pozas Dorcasitos, Ricardo, Op. Cit. p. 60.

del Instituto recalcaron que lo gravable al pago de las cuotas era directo de los costos de producción y no -como se interpretaba- al salario retribuido de los trabajadores.

Algunas de las principales organizaciones obreras adversas al establecimiento del Seguro Social fueron la Unión de Trabajadores de Periódicos, la Alianza de Uniones y Sindicatos de Artes Gráficas, los Sindicatos de Redactores y de Empleados de Periódicos, entre otros. Las organizaciones del ramo textil, el Sindicato de Obreros y Obreras "La Lucha" de la fábrica de hilados y tejidos, estampados de algodón "La Magdalena", S. A., inconformáronse al proyecto, siguiendo la misma línea, la Confederación Nacional Proletaria, la Federación Libertaria de Obreros y Campesinos, los Sindicatos de Comunicaciones Telefónicas, y por la Alianza y Uniones de Sindicatos y Artes Gráficas.

Las inconformidades de estos trabajadores así como sus demandas no variaron de una organización a otra, pues aducían afectarse sus intereses gremiales ya que la tributación sería pagada antes de recibir los servicios del IMSS. La violación de los contratos colectivos de trabajo era un hecho, decían los inconformes.

La inconformidad llegó incluso al uso de la violencia, cuando grupos de personal de confianza que laboraba en las fábricas "La Hormiga", "El Lirio", etc., fueron secuestrados por los obreros de las respectivas fábricas una vez que éstos exigían su exclusión del Seguro Social.

Por el lado de los empresarios, también se generaron inconformidades por la instauración de la Ley del Seguro Social. El 4 de septiembre de 1942, las Cámaras de Guanajuato, León y del Distrito Federal informaron entre sus agremiados la intención de recabar fondos con el propósito de publicar en algunos periódicos su inconformidad. Tal postura la siguieron los miembros de la Cámara de Comercio, la Confederación de Cámaras de Comercio, y la Asociación Nacional de Banqueros, entre otras agrupaciones. Así, entre 1945 y 1946 se tramitaron aproximadamente 73 amparos en contra del establecimiento del Seguro Social por parte de los industriales del país que rechazaban dicha Ley.⁴⁵

⁴⁵ Cfr. Pozas Horcasitas, R., Op. Cit., p. 44.

CAPÍTULO IV

SALUD EN MÉXICO Y OPERATIVIDAD DEL IMSS, 1980-1992.

1. Acerca de la metodología.

Siendo nuestro objetivo del presente trabajo el referir el efecto que causa sobre los servicios de salud proporcionados por el IMSS el modelo económico neoliberal, partimos para ello de la utilización de variables básicas socio-económicas generadas en el país entre 1980 y 1992, período en que se vincularon los postulados económicos neoliberales y las políticas sociales a fin de que éstas fueron retrayéndose en su aplicación por parte del Estado mexicano.

La forma en que abordamos nuestro trabajo utilizando dichas variables será exponiendo el comportamiento de las referidas variables económicas básicas, así como de la exposición del comportamiento de indicadores evaluativos de la operatividad del área médica del IMSS, tales como cobertura de los servicios de salud, inversión pública y privada, capacidad y disponibilidad de la infraestructura médica, así como la existencia de su personal que interviene en el proceso de la atención a la salud y cuidado de las enfermedades en el IMSS.

El acceso de ambas variables en el presente capítulo serán en la mayoría de los casos utilizando fuentes directas vía estadísticas, las cuales fueron consultadas de

fuentes bibliográficas y hemerográficas entre el periodo comprendido de 1980 y 1992.

Al auxiliarnos de las cifras estadísticas para nuestra exposición, éstas serán una herramienta útil que nos permitirán hacer un panorama general del comportamiento tendencial de nuestro objeto de estudio, tanto en lo que se refiere a la política económica neoliberal, como a la forma en que se vieron afectados los servicios médicos del IMSS por la aplicación de dichas políticas restructuradoras.

Ello no quiere decir que hayamos pasado por alto el aspecto teórico en lo que a la formulación y aplicación actual de las políticas sociales en México se refiere. Por el contrario, al resaltar la importancia del ámbito económico que tiene éste sobre la Seguridad Social, queremos expresar el papel decisivo que desempeña el Estado mexicano en la ejecución de las políticas sociales; siendo el estado mexicano -además- el encargado de formular y establecer toda política económica. Es decir, la importancia que toma toda política económica sobre la política social es relevante; ambas se hayan vinculadas estrechamente, aunque no en forma perfectamente correlacionada. Es de notarse que en la actualidad la política social del gobierno se halla subordinada a los requisitos de la política económica.

2. Características de la salud en México hacia los ochenta.

Con un perfil epidemiológico y demográfico particular de los años ochenta los condicionantes de la salud identifican a grupos, áreas, y regiones vulnerables a través de todo el país. En el renglón de trabajo, por ejemplo, en esta década el 38% de la población PEA se encontró inestable en su fuente laboral y con ingresos inferiores al salario mínimo; su localización primordialmente fue en el medio rural y en las áreas de hacinamiento urbano recién creadas, las cuales brindaban en su momento opciones económicas y sociales a dichos grupos migrantes. Se considera que el 53.9% de la población en 1980 no gozó de atención médica por parte de alguna institución pública. A pesar de ello, y con el enfoque de proporcionar salud pública y consolidar la atención primaria, la cobertura de los servicios dirigidos a la población abierta mejoró relativamente. En las mismas fechas, el gasto público en el sector salud fue del 3.1 por ciento⁴⁶.

Entre 1982 y 1988 la evolución de la demanda de servicios en el IMSS e ISSSTE tuvo un comportamiento variable, tal y como se observa en el cuadro número 2.

⁴⁶ Cfr. Chávez, Adolfo, "Situación y alternativas para la salud en México". En Calva, J.L. (Coord.). *Distribución del ingreso y políticas sociales*, tomo II, México: Juan Pablos, 1995, p.160.

CUADRO NO. 2
DEMANDA DEL IMSS E ISSSTE, 1982-1988.

	1982		1986		1988	
	MILES	ÍNDICE	MILES	ÍNDICE	MILES	ÍNDICE
POP. TOTAL	72,967.6	109.2	79,563.3	119.0	82,721.2	123.7
DERECHOHABIENTES	33,639.5	109.3	39,668.4	129.0	95,361.3	147.4
NO DERECHOHAB.	39,328.1	109.0	39,877.0	110.5	37,359.9	103.6
CONSULTAS.	88,607.5	112.7	108,491.0	138.0	114,299.9	154.4

Fuente: Anuarios I.M.S.S. 1982, 1986, 1988.

La política de gobierno en cuanto a Seguridad Social se refiere al concluir la década de los ochenta logró que más del 60% de la población nacional gozara de los beneficios de la atención médica institucional, la cual permitió una reducción de la población que no contaba con ese derecho.

Dada la estrategia de fortalecimiento de la atención primaria a la salud por parte de las instituciones encargadas para ello, el fortalecimiento de estos servicios en el territorio nacional en forma centralizada no permitieron abarcar a la población cuyos recursos económicos no les permitieron acceder a los servicios médicos. La considerable centralización de los servicios institucionales de salud es y ha sido factor importante que eleva considerablemente los costos operativos de las instituciones sociales.⁴⁷ Ello, a pesar de las disposiciones del gobierno federal de Miguel de la Madrid por descentralizar los servicios de salud como

⁴⁷Es interesante el sondeo efectuado por FONSALUD en el que se observa - a manera de ejemplo- como la centralización de los servicios de salud en los sitios comprendidos repercutió negativamente en la calidad de la atención médica a la población. Cfr. FONSALUD, "Llamado a la Reforma de la Salud". En: *Este País*, México, No. 48, marzo 1995, pp. 18-31.

estrategia para proporcionar dichos servicios a la población que así lo requería.

A la existencia de una dispersión poblacional en México, la atención a la salud atiende en considerable proporción padecimientos propios de las zonas pobres. Tal es el caso de la atención de enfermedades producidas por las condiciones de insalubridad, promiscuidad, y a la inexistencia o mala calidad de los servicios de agua potable, y otros que caracterizan a estos asentamientos pobres.

Lo anterior no implica que para que la población eleve su nivel de salud, dichas comunidades deben de desarrollarse con el incremento de inversiones públicas. Aquí, el determinismo desarrollo-mayor nivel de salud no es válido.

Por el contrario, el desarrollo de las comunidades pobres debe de elevar el nivel de la salud de sus habitantes, complementada ésta con políticas de educación, control de natalidad, mejores condiciones de vida, etc.

Al hacer una visión general del comportamiento epidemiológico en nuestro país a fines de la década de los ochenta, ésta manifiesta que las principales causas de la mortalidad en la población se deben a enfermedades tales como: Complicaciones del aparato cardio-vascular, la existencia y complicación de tumores malignos, así como el desarrollo de la diabetes mellitus, entre otras enfermedades graves. De estos

principales padecimientos, el IMSS destacó que entre su población derechohabiente la mortalidad por estas causas tuvo un comportamiento relevante en el que resaltan estas y otras afecciones.

De la misma manera, la mortalidad por sexos destacó la prevalencia del sexo femenino sobre el masculino en el caso de la diabetes mellitus; mientras, las enfermedades del corazón, las afecciones perinatales, cirrosis hepática, enfermedades infecciosas intestinales, anomalías congénitas, y otras incidieron más sobre los varones. A mediados de 1989, el IMSS registró entre sus estadísticas tal variación, según se apunta en el Cuadro No. 3.

CUADRO NO. 3
MORTALIDAD POR CAUSAS AGRUPADAS SEGÚN SEXO.
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE USUARIA IMSS.
1989.

CAUSAS DE MUERTE	DEFUNCIONES		
	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
TUMORES MALIGNOS	8,927	4,348	4,579
DIABETES MELLITUS	7,532	3,315	4,217
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	7,096	3,388	3,508
AFEC. ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	6,432	3,917	2,515
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	4,675	2,260	2,415
CIRROSIS HEPÁTICA	3,170	2,227	943
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	2,818	1,550	1,268
ENFERMEDADES PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICAS	2,646	1,509	1,137
ACCIDENTES Y VIOLENCIA	2,538	1,705	833
ENF. INF. INTEST.	2,056	1,131	925
LAS DEMÁS CAUSAS	13,597	7,338	6,259

Fuente: IMSS, Subdirección General Médica; *Boletín Estadístico Anual de Mortalidad de 1989*. México, 1992, Cuadro No. 7.

En el mismo sentido, al identificar la relación mortalidad por causas y edad en el período 1984-1989, vemos que las causas de muerte atendidas en el IMSS tendieron a afectar aún más a los adultos. En menor proporción, los menores de un año padecieron de afecciones perinatales, anomalías congénitas y enfermedades infecciosas intestinales. Los niños de entre 1 y 4 años de edad sufrieron de enfermedades infecciosas intestinales, anomalías congénitas e infecciones respiratorias agudas. Los tumores malignos, los accidentes y anomalías congénitas registraron los primeros lugares en incidencia para el grupo de niños de edad entre 5 y 14 años.

Las enfermedades con mayor repercusión en el organismo humano y los costos sociales que ello implicó por ser la etapa productiva de los individuos se acentuó en la edad adolescente. En ese sentido, se observa que en el mismo período las personas de entre 15 y 24 años de edad, la mortalidad por el desarrollo de tumores malignos, los accidentes y violencias, así como las enfermedades del corazón se ubicaron entre las principales causantes de defunción de dicho grupo.

Por otro lado, vemos que el grupo de edad compuesto por los individuos que oscilan entre los 25 y los 34 años de edad manifestó el siguiente comportamiento. En este grupo de población la presencia de tumores malignos, los accidentes y las enfermedades del corazón fueron las causas principales de la mortalidad. Con lo que respecta al S.I.D.A.,

en este mismo grupo poblacional se ubica en el cuarto lugar como causa principal de incidencia mortal.

En lo que a grupos de población del IMSS se refiere, se observa que en el grupo de entre 35 y 44 años existen graves incidencias por dolencias tales como tumores malignos, cirrosis hepática, y las enfermedades del corazón.

De los individuos de entre 45 y 54 años de edad, las enfermedades como tumores malignos, diabetes mellitus y cirrosis hepática, son las más frecuentes entre dicho grupo.

Finalmente, en personas de 55 años de edad y más se registra una presencia importante de dolencias de la diabetes mellitus, así como la presencia y desarrollo de tumores malignos y enfermedades del corazón.

Otras cifras que revelan el estado de salud de la población que prevaleció en nuestro país en la década de los ochenta son el comportamiento de la mortalidad en todo el territorio nacional, población que fue atendida en las instalaciones del IMSS. Así, en sus Delegaciones de los estados de Colima, Nayarit, y Zacatecas principalmente tuvieron una mayor demanda por los servicios de salud en comparación a otras Delegaciones.

2.1 La medicina preventiva hacia los ochenta.

Las conclusiones a las que se llegaron en la Reunión de la Organización Mundial de la

Salud (O.M.S.) en Alma Ata en 1978 prevaleció el empeño por brindar una mayor procuración a la medicina pública preventiva tendiente a ahorrar fondos públicos en los países que siguieran tal política de salud; al respecto, en el caso de México en el sexenio de De la Madrid tal proposición no arrojó los resultados esperados ya puestos en práctica. Por otro lado, en 1987 las inversiones públicas en el ámbito de la medicina preventiva no fueron suficientes para lograr los objetivos trazados en dicha Reunión de Alma Ata. Sólo hacia finales de 1988 se revirtió considerablemente (Ver Anexo: *Presupuesto ejercido por Programa 1987-1990*). Con tal tendencia, el IMSS invirtió en 1987 el 36.1% del total de su presupuesto en este renglón.⁴⁸ A pesar de ello, a nivel nacional los programas de prevención médica entre 1983 y 1988 adolecieron de fallas representadas éstas en un bajo nivel de calidad dada la escasa inversión en relación a las necesidades reales provenientes de la población usuaria; ya que del 5.2% de dicha inversión en 1983 disminuyó paulatinamente del total del gasto real per cápita. Entre 1982 y 1987 el gasto federal invertido a la población sujeta a la Seguridad Social pública decreció en promedio anual un 13.1%.

La continuidad de la aplicación del modelo económico neoliberal de 1988 a 1994 provocó que los servicios de salud públicos en el país sufrieran las consecuencias de la referida política económica. Tal fenómeno se vió

⁴⁸Cfr. Vázquez, S. *Notas sobre estructura y evolución del presupuesto programático ejercido en las instituciones que conforman el sector salud, 1980-1987*. México: UAM Xochimilco, 1988, p. 37.

reflejado en el planteamiento esbozado en el Plan Nacional de Salud 1989-1994 en donde se resalta la importancia negativa de la crisis económica que afectó al sector salud de los años anteriores, reflejando el grado de deterioro del nivel de vida de la población en general. Dicho deterioro se agravó aún más por la problemática económica que afectó a los grandes grupos poblacionales en su capacidad adquisitiva, los cuales tenían que recurrir a la atención médica pública. Este fenómeno provocó un incremento del 40% de su capacidad de atención médica a nivel nacional de las instituciones públicas de salud; por su parte, los gastos públicos se redujeron por debajo del 2.5% del PIB. El comportamiento de la demanda de atención médica revela que cierto segmento de la población mexicana es sensible a las variaciones económicas y bien puede - cuando es necesario- atenderse médicamente en el sector privado, cuando así lo requiere, en el sector público.

Es de observarse con lo anterior que durante los años ochenta las instituciones de salud en el país invirtieron fuertes sumas financieras con el propósito de ampliar la cobertura médica y ofrecer una mayor accesibilidad a los servicios de salud pública a la población demandante; la tarea inmediata a seguir -en ese entonces- fue la de ofrecer a la población mexicana servicios integrales de salud vía programas preventivos.

3. Comportamiento operativo del IMSS, 1982-1992.

Partiendo del supuesto de que la aplicación del modelo económico neoliberal en los dos últimos sexenios, la Seguridad Social padeció diferencialmente sus efectos negativos en las diversas instituciones de atención médica (IMSS, ISSSTE, y otros) el estudio de la oferta de servicios del IMSS permitirá valorar tanto la calidad del servicio referido como las condiciones en que se desenvuelve la atención médica de dicho Instituto.

Dicho supuesto surge cuando veamos que entre 1982 y 1986 el gasto público asignado al gasto en salud mostró una disminución del 47.1%. En el mismo sentido, la Secretaría de Salud obtuvo un presupuesto en 1987 que representó nominalmente el 53.3% de lo asignado en 1981. Con tal comportamiento, la Seguridad Social en términos generales vio mermado su presupuesto entre 1982 y 1987 en relación anual del 13.1%; mientras, la población asegurada aumentó en el mismo lapso el 28.9%.⁴⁹ Con estas variaciones es fácil observar un comportamiento desigual de los servicios de salud institucionales en México.

3.1 Cobertura de asegurados en el IMSS.

En México, aproximadamente el 56% de la población total (50 millones de habitantes) se beneficiaron hacia 1982 de alguna forma del

⁴⁹Cfr. Miranda Ocampo, Raúl. "La Salud y la Economía (1982-1992)". En: *Economía Informa*. México: Facultad de Economía/UNAM, No. 234, dic. 1994-dic. 1995, p. 18.

Seguro Público. Por su parte, el 40% de la población económicamente activa recibió por las mismas fechas los beneficios médico-asistenciales brindados por el IMSS; a nivel nacional, el universo de estos derechohabientes se incrementó de 1982 a 1992 del 33.7 a 47.9 millones de individuos, mostrando una variación de cobertura del 41.7% en el mismo período. Dicho incremento repercutió en la demanda de la consulta familiar, la que varió entre 3 y 6% hacia 1992.

Según el Cuadro No. 4, dicha tendencia se comportó en forma variable.

CUADRO NO. 4
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA ASEGURADA EN EL
IMSS, 1980-1992.⁵⁰
(en millones de personas).

TIPO DE POBLACIÓN	1980	1985	1989	1990	1992*
Población total	69.6	75.8		81.1	84.3
P.E.A.	22.8	27.5	25.6	33.2	34.9
Pob. Asegurada	6.3	8.1	9.9	10.7	16.2
Derechohabiente	24.1	31.5	37.2	38.5	38.7
Pob. Aseg./pob. tot./%	27.8	29.5	38.8	32.4	33.3
Pob. Der./Pob. tot./%	34.6	41.5	46.4	47.5	45.9

*Cifras aproximadas.

Para 1993 la dinámica económica del país observó un retroceso importante, esto si lo comparamos con la dinámica mostrada de 1990. Se argumenta que por esas fechas el país superó el estancamiento económico, pero no logró satisfacer la demanda de empleo

⁵⁰Cuadro retomado de: Morzeno, Pedro. Op. Cit., p. 180.

calculada en poco más de cinco millones de plazas. El efecto se hizo evidente, ya que la afiliación al IMSS mostró un estancamiento al no continuar con un ascenso poblacional en su afiliación; aparte de estas condiciones económicas del momento que hicieron efecto en esas variaciones, se contempla el que se refiere a la tendencia en la reducción de las tasas de crecimiento de la población. Tal aseveración se basa en el hecho de que entre 1982 y 1992 el coeficiente de beneficiarios por asegurado decreció considerablemente.

Así, después de haber mostrado una tendencia de estabilidad entre 1984 y 1988, en el transcurso de este último año la tendencia declinó levemente hasta llegar a 1990; y no es sino hasta ese mismo año en que el descenso es pronunciadamente alto hasta 1992. Este comportamiento supone que los programas de control de la natalidad coadyuvaron a la composición del número de integrantes de las familias reflejadas en un descenso, aunque por razones históricas la población total del país continúa siendo elevada.

Por sus características propias de afiliación al Seguro Social, la composición poblacional de los asalariados a la misma corresponde al comportamiento del empleo en México. De esta forma, la variación del comportamiento del empleo formal entre 1981 y 1992 repercutió en el total de los adscritos al Instituto, dados los ajustes económicos en el país en dicho periodo.

Cuando se analiza la clasificación de las actividades productivas en México, la aplicación del proyecto "modernizador" en lo que va de 1981 a 1992 la población predominante inscrita al IMSS revela que ésta se compuso de trabajadores del sector agropecuario, del ramo de la construcción, la minería, y el sector de los servicios. Los trabajadores del sector manufacturero tendieron a un grado de menor importancia en la afiliación dadas las tasas negativas del empleo de este sector (0.4%). Este grado de importancia se debe ante todo por el leve crecimiento mostrado en dichos sectores productivos.

El sector agropecuario, por su parte, creció levemente llegando al 0.1%, el ramo de la construcción creció a una tasa del 1.6%, mientras que la minería lo hizo en 1.8%, el sector servicios osciló entre el 1 y el 2.8% en el período antes citado.⁵¹

3.2 Financiamiento del IMSS.

Por la proporción de los servicios institucionales de salud dirigidos a la población asalariada del país, es de vital importancia analizar el financiamiento que percibe una de las instituciones que juega un papel preponderante en la Seguridad Social a nivel nacional, tal es el caso del IMSS. Esta Institución -así lo señala la Ley del Seguro Social- recibe financiamiento de los tres

⁵¹Cfr. García G., Alejandro. "El empleo formal en México (1982-1992). En: *Economía Informa*. México: Facultad de Economía/UNAM, NO. 234, dic. 1994 - ene. 1995, pp. 10-13.

sectores productivos del país, como son el Estado, los empleadores y los trabajadores asalariados. La variación en el monto, entrega oportuna, distribución eficaz de estos recursos financieros para su operación, y el comportamiento de la economía nacional son razón suficiente para una buena o mala marcha financiera del Instituto, entre otros aspectos.

Como ha sido referido más arriba, el modelo económico neoliberal de los dos últimos gobiernos ha influido en la economía global del país. La seguridad social en el ámbito de la atención médica no ha escapado a ello que, como se dijo, el financiamiento público a dicho sector ha sido modificado sustancialmente en los años comprendidos en el presente trabajo.

En términos generales, entre 1980 y 1991 el gasto público real en el sector salud en relación al PIB decreció. En dicho período, el gasto en el sector salud de 1981 tendió hacia una clara disminución hasta llegar a 1985 y, en los años subsecuentes (1985-1990) muestra un leve ascenso. A pesar de este leve aumento de inversiones, los efectos negativos para el sector salud ya estaban presentes y las instituciones del sector salud del país tuvieron que hacer frente a la problemática existente. Para hacer frente a esta problemática las diversas instituciones de Seguridad Social aplicaron estrategias diversas con el propósito de efficientizar el global de los recursos de infraestructura y financieros con los que contaban dichas

instituciones. A pesar de ello, entre 1982 y 1988 las inversiones intersectoriales reflejaron un rezago del gasto neto respectivo al aumento de la demanda de los servicios de salud a nivel nacional.

El rezago es revelador si vemos que éste es una constante por varios años consecutivos, reflejados estos de 1980 a 1986, ya que la producción global de servicios de salud a precios constantes creció apenas el 19.6% mientras que en el sector público lo hizo en 26.9% y el subsector privado lo hizo en 10.6%.⁵²

Si comparamos el gasto en salud que realizan algunos países en relación al PIB como Estados Unidos y Canadá, observamos que en México se invierte apenas el 4.8% en la atención a la Seguridad Social, mientras que Estados Unidos lo hace en 12.7%, y Canadá en 9.1%. Estas diferencias de inversión hacen frágiles la calidad y la estabilidad financiera de las instituciones de salud en países que requieren de mayor atención a las necesidades sociales.

En el IMSS, las inversiones públicas procuradas en los últimos años son claramente relativas, ya que del total de los ingresos captados por la institución, el efecto inflacionario de la economía nacional sobre las finanzas del Instituto hace que dichas inversiones en verdad sean menores; y que se den disparidades en la distribución de recursos económicos en las distintas entidades

⁵²Cfr. Calva, J. L. (Coord.) "Distribución del ingreso y políticas sociales". En: Schifer Vázquez, Carlos *La Salud en México*. México: Juan Pablos, 1995, p. 129.

de la Seguridad Social. El financiamiento gubernamental al IMSS observó un comportamiento variable, el cual se expone en el Cuadro No. 5.

CUADRO NO. 5
GASTO PÚBLICO EN EL IMSS EN RELACIÓN AL PIB
1980-1991

(en miles de pesos)

ANO	INVERSIÓN
1980	94.6
1981	125.3
1982	223.3
1983	345.0
1984	527.0
1985	822.3
1986	1,546.8
1987	3,243.2
1988	9,627.8
1989	9,610.2
1990	13,900.1
1991	20,043.1

Fuente: Salinas de Gortari, C. Cuarto Informe de Gobierno⁵³

3.3 Financiamiento obrero-patronal.

Las aportaciones obrero-patronales al Seguro Social realizadas entre 1983 y 1993 observaron el siguiente comportamiento: Entre estos dos grupos su aportación al total del financiamiento en 1983 fue del 12.4%, y del 13.5% en 1986; manifestando un nuevo aumento al inicio del gobierno de Salinas cuando se incrementó al 15.7% en 1988. En 1993 aumentó al 17.7% y en ese mismo año llegó al 19.0%. Aquí, la variación es importante, ya que las contribuciones entre los asegurados y empleadores, así como las del Estado existe una diferencia de fondo: Refleja que el mayor peso del financiamiento al IMSS recayó

⁵³Datos retomados de Moreno, H., Pedro. "La Reforma de la Seguridad Social en México". En: *Distribución del Ingreso y Políticas Sociales*, Tomo II. México: Juan Pablos, 1995, p. 186.

principalmente en los trabajadores empresarios. Este hecho hace palpable que el Estado mexicano muestre un claro retroceso en sus obligaciones de procurar seguridad social a la población del país.

Del salario del trabajador y las aportaciones de los empleadores salieron los fondos para el pago del *seguro por enfermedad y maternidad*. En los diez años -que va de 1983 a 1993- dichos montos cubrieron porcentualmente el 7.4% del total correspondiente. De esta manera, a partir de 1988 se nota un considerable aumento porcentual que llegó a 8.40% en comparación al de 1986, que fue de 6.3%. Por su parte, las aportaciones del Estado a estos tipos de seguro -*enfermedad, maternidad*- fueron claramente inferiores en el mismo lapso, pues en promedio fue del 0.67%. Es de esperarse que con estas diferencias de inversión se pueda arquir que el financiamiento -global, y el que se refiere a la atención médica- del Seguro Social está fuertemente proporcionado por los sectores empleadores y asalariados del país. El cuadro siguiente muestra dichas tendencias.

CUADRO NO. 6
CONTRIBUCIONES LEGALES AL RUBRO *ENFERMEDAD Y MATERNIDAD* EN EL IMSS Y FUENTE PORCENTUAL DEL SALARIO, 1983-1993.
(porcentaje)

CONTRIBUYENTES	1983	1986	1992	1993
	%	%	%	%
ASEGURADOS	2.25	2.25	3.0	3.13
ASAL/EMPLEADOR	5.62	6.30	8.40	8.75
ESTADO	1.12	0.45	0.60	0.62
TOTAL	8.99	9.0	12.0	12.50

Fuente: Moreno H., Pedro, "La Reforma de la Seguridad Social en México". En: Calva, J. L. (Coord. Gral.) *Distribución del Ingreso y Políticas Sociales*. Tomo II. México: Juan Pablos, p. 184.

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

La cuota del *seguro de enfermedad y maternidad* equivalió en los años comprendidos al 12.5% del salario de los trabajadores. Este tipo de seguro incluyen los servicios de atención médica, hospitalización y obstétrica, así como servicios quirúrgicos y farmacéuticos.

4. Infraestructura Médica.

4.1 Derechohabientes-unidades médicas.

El total de derechohabientes en el IMSS entre 1982 y 1992 tuvo un comportamiento de acuerdo a los acontecimientos económicos del país en dicho período. A nivel nacional, el universo de estos derechohabientes se incrementó del 33.7 a 47.9 millones de afiliados, variando en 41.7% en el mismo lapso. La repercusión en la demanda de consulta familiar en el Instituto varió considerablemente al incrementarse entre 3 y 6% hacia 1992. En el Cuadro No.7 se presenta el universo de derechohabientes en 1989.

CUADRO NO. 7
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE USUARIA POR EDAD Y SEXO,
EN EL IMSS 1989.

TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
Número	%	Número	%	Número	%
22,035,403	100	10,645,303	48.31	11,390,100	51.69

Fuente: IMSS, *Boletín Estadístico Anual de Mortalidad de 1989*. México: Subdirección General Médica, Cuadro "A".

Unidades médicas.

Para la atención médica, el Instituto contó de 9.3 a 7.2 unidades médicas por 100 mil habitantes, manifestando un decremento de cobertura de dicho rubro del 22.6%; para ser más precisos el Instituto contó con 5.6 unidades médicas en 1982 y hacia 1992 bajó al 4.6 por cada mil, lo que representa una disminución del 17.9%.

En cuanto al nivel total de unidades de consulta externa, se observa una disminución considerable a nivel nacional, siendo ésta significativa. Entre 1982 y 1992 hubo una disminución de estas unidades del 21.2% (pasó del 4.9 al 3.9 unidades por cada mil derechohabientes en 1982 y 1992, respectivamente).

Camas censables y consultorios.

De todas las instituciones de atención médica que existen en el país el IMSS en esa época adoleció de una disminución en su cobertura. La institución contó con 1.1 camas censables hacia el inicio del periodo, pasando finalmente al 0.737 camas por cada mil derechohabientes.

Un elemento que contribuye al mejoramiento de la salud lo constituye la aperutra y la rápida incorporación de los avances científicos y tecnológicos en la atención hospitalaria, principalmente en el segundo y tercer nivel de atención. Las consecuencias no se dejan esperar a dicha incorporación, y se reflejaron en la reducción considerable del tiempo de internamiento de los pacientes en el

tratamiento de sus enfermedades, y en el que la disminución del tiempo de uso de las camas favoreció la disminución de los costos de atención a las enfermedades.

La reducción del tiempo de internamiento hace que el factor cama por número de demandantes potenciales ahorren recursos económicos, de personal y equipo, así como de infraestructura que se utiliza para tal fin. A pesar de dichos ahorros en los coeficientes de dotación de tales recursos, los auxiliares de diagnóstico -rayos x, laboratorios, etc.- juegan un papel primordial en el diagnóstico-terapia de las enfermedades lo cual es de esperarse que fuertes sumas de inversión se hagan en dichos rubros; en el mismo esquema se encuentra la dotación de los insumos como lo son los medicamentos, mantenimiento y reposición en la actualización de las tecnologías requeridas para el tratamiento de los padecimientos graves.

Por su parte, los consultorios en relación a la población observó una declinación al pasar de 3.95 consultorios por cada diez mil derechohabientes en 1982 a 3.87 en 1992. Es de observarse que el IMSS contó en este lapso con el menor número de consultorios en comparación con otras instituciones de salud, lo cual incidió en una disminución de su cobertura.

Unidades de hospitalización.

A pesar del papel principal en la atención médica, las unidades de hospitalización en el Seguro Social revelaron en su totalidad un ligero retroceso: La disminución pasó de 0.669

a 0.694 unidades hospitalarias por cada cien mil derechohabientes para el lapso de 1982-1992.

Radiología.

Este tipo de infraestructura vió decrecer su capacidad de diagnóstico en la prevención y curación de enfermedades. Efectivamente, el IMSS sufrió una disminución de estas unidades de diagnóstico, ya que durante 1985 disminuyeron 9.9%, lo que hizo insuficiente el número de unidades al incrementarse el total de la población adscrita al Instituto. La disminución pasó de 0.222 a 0.201 unidades por cada diez mil usuarios.

Laboratorios.

Los servicios de laboratorio en el IMSS, al igual que las unidades de radiodiagnóstico, sufrieron un deterioro. Estas unidades pasaron de 0.127 a 0.117 por cada diez mil usuarios de 1982 a 1992 respectivamente. El promedio de laboratorios en la institución fue de 0.113 por cada diez mil derechohabientes a nivel nacional. El promedio de laboratorios con que contó el IMSS fue de 0.113 por diez mil usuarios.

Salas de expulsión y quirófanos.

A pesar de la importancia que revisten estos servicios en la atención a la enfermedad de los derechohabientes, el Seguro Social restó importancia a la creación y ampliación de estos servicios, ya que las salas de expulsión manifestaron un retroceso en su expansión en el lapso comprendido, pasando de 0.182 a 0.129

por cada diez mil derechohabientes. Mientras, el total de los quirófanos de la institución menguaron, éstos pasaron de 0.259 en 1982 a 0.238 unidades en 1992 por cada diez mil usuarios.

Camas no censables.

Este tipo de recursos en el IMSS decreció, lo cual hizo que éstos permanecieran con rezagos en los años sucesivos. Las cifras al respecto revelan que por cada mil derechohabientes, las camas no censables fueron del orden del 0.479 en 1982 y hacia 1992 pasaron a sólo 0.389 por cada mil.

Recursos humanos.

Los recursos humanos en el IMSS ejercen gran actividad en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel dados los complejos procesos de operación en el tratamiento, seguimiento y cuidado de las enfermedades.

Los grupos de profesionistas que en el sector salud intervienen para la atención de ésta, están constituidos por los médicos y las enfermeras. Con lo que respecta a estos grupos de profesionistas, vemos que a nivel nacional existe una diferenciación del personal médico con respecto a la población derechohabiente del sector salud. Vemos, así, que en el IMSS en el periodo abordado éste contó con 0.931 médicos por cada mil en 1982, disminuyendo levemente hasta llegar en 1982 a 0.852, lo cual representa una disminución real de 9%.

CUADRO NO. 8
MÉDICOS POR CADA MIL DERECHOHABIENTES EN EL IMSS,
1980-1992.

AÑOS	MÉDICOS
1980	1.14
1984	1.01
1985	1.00
1986	1.03
1987	0.92
1988	1.20
1989	1.11
1990	1.22
1991	1.22
1992	1.30

Fuente: *Ibid.*, p. 198.

Por lo que respecta al personal de enfermería, el IMSS contó con 1.7 por cada mil derechohabientes; lo cual representó una cifra inferior en comparación con otras instituciones de salud a nivel nacional.

4.2 Servicios proporcionados.

Consulta externa e interna.

Las cifras revelan que a nivel nacional la consulta externa mostró un incremento del 34% en el lapso abordado, aunque también sobresalió que el número de consultas externas por derechohabiente bajó sensiblemente. En el IMSS, al respecto, a pesar del incremento de la demanda no se observó ninguna disminución en la cantidad del servicio, pues en el primer año abordado se registró el siguiente comportamiento: 2.23 consultas por derechohabiente y 2.16 consultas en 1982 y 1992, respectivamente.

Por otra parte, la consulta externa especializada mostró que en el IMSS el número de estas consultas por derechohabiente pasó del 0.35 al 0.30 de 1982 a 1992 respectivamente, lo cual muestra una disminución del 15%.

Estudios clínicos.

Este tipo de servicios en el sector salud a nivel nacional se incrementaron considerablemente. En el Instituto Mexicano del Seguro Social el incremento es sensible, pues pasaron de 372 a 403 estudios por cada mil solicitudes.

Egresos hospitalarios.

En el período advertido, vemos que en el IMSS fueron atendidos hospitalariamente 5.5 personas por cada cien derechohabientes. Los días-paciente por egreso hospitalario en el IMSS de 1982 a 1992 fueron de 4,462. El número de defunciones fue, por su parte, de más de 25 por cada mil egresados.

Con el anterior panorama se observan considerables desventajas de cobertura y atención al cuidado y seguimiento a la salud para los usuarios del IMSS, ya que la política social encuadrada en el modelo económico neoliberal realizó importantes ajustes de operación en esta institución; dichos ajustes incidieron directamente sobre la calidad de los servicios del Instituto. El deterioro de la calidad de los servicios, así como de la infraestructura generado por la demanda de

creciente los servicios del IMSS son algunos de los aspectos que la economía neoliberal deja que se compliquen, de tal forma que los grupos opositores al regimen del IMSS tenga elementos superficiales para demandar al Estado sus reformas o su privatización.

Es de considerarse como elemento indicativo de lo anterior que durante la última década no hubo aumentos considerables de los recursos materiales en la Institución y sí, sin embargo, un incremento del total de los derechohabientes, ya que éstos se incrementaron en 34% entre el período de 1983 a 1993. Mientras, en el mismo lapso los recursos materiales crecieron solamente un 15.8% en promedio. Tal referencia la consideramos si vemos el comportamiento del número de afiliados en el IMSS, según el Cuadro No. 9

CUADRO NO. 9
NÚMERO DE AFILIADOS AL IMSS
1988-1994
(en miles)

AÑO	AFILIADOS
1988	35,066
1989	37,213
1990	38,575
1991	38,953
1992	37,465
1993	36,735
1994	36,478

Fuente: Excélsior, Sección Financiera, México, 2 de nov. de 1994.

Del total de afiliados al Seguro Social hacia finales de los ochenta, los del sexo femenino predominaron sobre el total del sexo masculino; al respecto, se observa que respectivamente fueron de 51.69%, y de 48.39%.

CAPÍTULO V REFORMAS AL IMSS.

1. Enmiendas financieras.

En julio de 1993 la Cámara de Diputados recibió para su discusión una iniciativa de ley formulada por el Jefe del Ejecutivo a fin de reformar la Ley del Seguro Social, en la que abarcó el área financiera, administrativa y fiscal.

Los objetivos fundamentales de dicha iniciativa pretendieron que el financiamiento se diera en forma equitativa buscando la sana operatividad del organismo, así como la adecuación administrativa y jurídica de la Ley vigente acorde a la realidad contemporánea. Al ser aprobada esta ley por la Cámara de Diputados y Senadores, la Ley del Seguro Social se modificó en veinticinco artículos además de la denominación de un título y un capítulo. Se adicionaron seis artículos y se derogaron tres más.

En la referida reforma los principales cambios se enfocaron en el área financiera, destacándose entre los principales: La autorización de incrementar gradualmente las cuotas obrero-patronales hasta llegar al 1.5% de los salarios. Dicho aumento representó el 0.5% para cada una de las ramas del Seguro de *enfermedad y maternidad; riesgos de trabajo, y el de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.*

La distribución de las aportaciones que en forma tripartita se lleva a cabo, con la nueva disposición el Estado tendría que aportar al Instituto el 0.05%, mientras que los trabajadores aportarían el 0.25% y el 1.2% lo harían los patrones. Dichos porcentajes variarían al incrementarse el impuesto sobre las erogaciones por remuneración al trabajo que los empresarios pagan; así, las aportaciones representarían el 1.05% para el Estado y el 0.2% para los empleadores.

La aportación porcentual por parte de los tres sectores financiadores en el rubro de *enfermedad y maternidad* quedaría distribuido de la siguiente manera: 8.75% para los patrones; 3.125% para los trabajadores, y el 0.625% por el Estado. El total asignado para este rubro sumaría un monto del 12.5%.

1.1 Enmiendas fiscales.

Las reformas a la Ley del Seguro Social de 1993 contemplaron en el área fiscal la obligatoriedad para los patrones de autodeterminar, retener, y enterar las cuotas obrero-patronales correspondientes al Seguro Social.

Los movimientos de cuotas y afiliación que realizaría todo patrón podían ser entregados al IMSS mediante dispositivos magnéticos, sin que los patrones tuviesen que hacer sus trámites personalmente, abreviando en la medida de lo posible el tiempo necesario para realizar dichos movimientos.

Sobresale también en esta reforma el otorgamiento al IMSS de practicar inspecciones domiciliarias, y en su caso fijar créditos y bases de liquidación; determinando la actualización y recargos por los incumplimientos que la Ley del Seguro Social demanda.

1.2 Modificaciones técnico-jurídicas.

Se delimitaron -en este caso- las atribuciones que corresponden al Consejo Técnico, así como a su Director General. Se le asignó al Consejo Técnico la observancia y la promoción del equilibrio financiero de todas las ramas de aseguramiento.

En otro rubro, la modificación de la Ley contempló la prescripción de los conceptos tales como invalidez, determinación de la incorporación voluntaria, caducidad y prescripción al régimen del IMSS.

Para las empresas, éstas podrían autocalificar anualmente el grado de riesgo y monto de las primas pagaderas del *seguro de riesgo de trabajo*, adecuando con sus índices de siniestralidad.

1.3 Reestructuración administrativa del IMSS.

A manera de complemento, otra reforma al Seguro Social se dió el 11 de enero de 1995. Con la reestructuración administrativa de la

institución se pretendía así "... adaptar sus estructuras y esquemas a las circunstancias para ampliar su cobertura e infraestructura de servicios mediante la desconcentración (...) permitiendo así afrontar los problemas del centralismo administrativo que dificulta su operación".⁵⁴

La primera medida de tal restructuración fue reducir a la mitad el número de órganos administrativos de un total de 88 de éstos a 45. Con tal medida las responsabilidades de carácter normativo, así como la planeación, dirección, y control del nivel central tenderían a un reforzamiento de sus decisiones; además, se desconcentrarían a las delegaciones las funciones de carácter operativo.

Las siete subdelegaciones generales serían sustituidas por 6 direcciones normativas, a saber: Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, Afiliación y Cobranzas; Finanzas y Sistemas; Administrativa y Jurídica.

Con el propósito de incrementar la capacidad resolutive y optimizar los recursos con que cuenta el Instituto, éste será integrado en siete Direcciones Regionales: En el Distrito Federal será, Sur "Siglo XXI" y Norte "La Raza"; la Sur Siglo XXI comprenderá las Delegaciones 3 y 4 del D. F.; los estados de Guerrero, Querétaro, Morelos y Chiapas.

⁵⁴Excelsior, 12 de enero de 1993, p. 16.

La Dirección Regional Norte "La Raza" incluirá a las delegaciones 1 y 2 del Distrito Federal, así como la de los estados de México e Hidalgo.

Las restantes entidades federativas quedarán inscritas de la siguiente forma: La Dirección Regional Norte, con sede en Monterrey, que incluye las anteriores Delegaciones de Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua, Durango y Zacatecas.

La Dirección Regional Occidente, con sede en Guadalajara incluirá las Delegaciones de Jalisco, Colima, Michoacán, Nayarit, Guanajuato y Aguascalientes.

Con sede en Hermosillo la Delegación Regional Noreste, incluirá a las Delegaciones de Sinaloa, Sonora, Baja California Norte y Sur. Puebla será la sede de la Dirección Regional Sur, e incluirá las Delegaciones de Puebla, Tabasco, Oaxaca, Tlaxcala, Veracruz Norte y Sur.

Yucatán, Campeche y Quintana Roo serán incluidas en la Dirección General Oriente cuya sede será la ciudad de Mérida.

Cada Dirección Regional contará, para su funcionamiento, de diez a doce empleados incluido su respectivo titular. Las Direcciones Regionales convocarán y presidirán, asimismo, las del Consejo Consultivo Regional; ejecutando y vigilando el cumplimiento de la Ley del Seguro Social, los

acuerdos y resoluciones emitidos por el H. Consejo Técnico, la Dirección General y los Consejos Consultivos Regionales. El plazo estipulado para la realización de dicha reestructuración fue de veinte meses, el cual sería supervisado por la recién creada Comisión Ejecutiva para la Reorganización Administrativa y Comités Normativos de Transición en cada una de las doce dependencias centrales que rendirán sus resultados a la Comisión respectiva, presidida por el Director General y a la nueva estructura de la Dirección General.

La Comisión será presidida por el Director General.

Con esta reestructuración se obtendría la agilización de los procesos administrativos elevando con ello los niveles de eficiencia y calidad del área operativa en beneficio de los derechohabientes y patrones. La asignación de recursos a cada región y nivel serían distribuidos de forma equilibrada.⁵⁵

2. Diagnóstico para la Reforma Administrativa de 1995.

En la Septuagésima Sexta Asamblea General del IMSS, el Director General de este organismo recibió instrucciones del Jefe del Ejecutivo de elaborar un "Diagnóstico Situacional de Funcionamiento" de la referida institución tendiente a resolver las causas y razones por las cuales eran necesarias las

⁵⁵Coordinación General de Comunicación Social, IMSS; *Boletín No. 42*, 11 de enero de 1995, pp. 5-6.

reformas estructurales partiendo de cinco objetivos.

Los cinco puntos que se delinearon por el Ejecutivo fueron:

i El sistema de seguridad social mexicano no se privatizaría.

ii No se aumentarían las aportaciones de los trabajadores y empresas al Seguro Social.

iii Se explorarían mecanismos para conciliar las finanzas sanas del Instituto con la viabilidad de las ramas de aseguramiento.

iiii Se buscaría ampliar la cobertura de seguridad social y estimular el papel de promotor del empleo y la productividad.

iiiii Que el proyecto hacia "La Nueva Era del IMSS" debería contar con el consenso de la clase trabajadora del IMSS.⁵⁶

Los resultados de dicho diagnóstico para la reforma del IMSS reflejaron en gran medida los efectos ocasionados por la severa crisis financiera mexicana sobre la situación del organismo.

En sus primeras cifras, el resultado del Diagnóstico reveló que el Seguro Social tiene una cobertura poblacional de 37 millones de habitantes; su infraestructura es superior a 1,700 unidades médicas, cubriendo más de 1,430,000 pensiones mensuales; diariamente se

⁵⁶Excelsior, 30 de marzo de 1993, p. 3, 32 "A".

logran uno de cada tres nacimientos en la institución, acogiendo en sus guarderías a cerca de 61 mil niños.

Más de 340 mil trabajadores laboran en todas sus instalaciones y el presupuesto para el año de 1995 giraría alrededor de los 46,000 millones de nuevos pesos.

Lo interesante de dicho diagnóstico se revela cuando se afirma de la existencia de cuatro aspectos que hacen que el Instituto reformule sus metas y alcances operacionales en un tiempo razonable. Se destaca el incremento de la demanda de los servicios por aquéllos derechohabientes que no hacían uso del servicio institucional y recurrían a la medicina privada antes de la crisis de 1995; ello repercutió en los altos costos de operación.

En otro aspecto, la transición demográfica, la esperanza de vida en aumento; las tasas de natalidad tendieron a la baja, aumentando la edad promedio de la población, así como la manifiesta transición epidemiológica como consecuencia del decremento de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas; todo ello, repercute en el funcionamiento del Instituto en todos sus ámbitos.

Pero, ¿en qué más repercute la situación financiera aparte de los anteriores aspectos? Al incrementarse la esperanza de vida de la población esto ha provocado un aumento de

personas que se benefician de las pensiones pagadas por el Instituto, demandando además de atención médica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias de los individuos en edad madura. Se pronostica que para 1995 se espera un aumento mayor de 7.5% de pensionados; además, el pago por estos rubros se ha incrementado de un promedio de 7 a 18.6 años últimamente.

El envejecimiento de la población será patente en los próximos años en México, e inclusive más rápido que la población ocupada, lo que ensanchará la pirámide poblacional.

Las finanzas de la institución tripartita serán trastocadas en un plazo inmediato por el hecho del incremento por pago de conceptos de *Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y muerte* de la población asegurada.

Al hacer proyecciones, el diagnóstico situacional referido preve un incremento del 3% de asegurados; 2% de aumento real a los salarios de los cotizantes; 3% de tasa de interés real para inversión de las reservas del Instituto, canalización del 100% de los remanentes a las reservas; y 8.5% de cuota sobre el salario base de cotización. De todo ello, se preve que para el año 2000 los egresos representen mayores proporciones que los ingresos, lo que repercutirá en el monto total de las reservas acumuladas de los subsiguientes años.⁵⁷

⁵⁷Op. Cit.

La reestructuración del total de las cotizaciones de los trabajadores en 1994 generaron un decremento de las mismas de 200 a 150 cotizaciones semanales para beneficiarse del derecho -en caso de invalidez o muerte- y de 700 a 500 cotizaciones para la participación por vejez y cesantía. Si por una parte la población derechohabiente al IMSS se favoreció con tales medidas, las contribuciones sólo aumentaron 2 veces pasando de 6 a 7% en 1994 sobre salarios, y un aumento anual de 0.2% hasta llegar a 8% en 1996.

3. Respuesta del S.N.T.S.S. a la Reforma.⁵⁰

El Diagnóstico Situacional de la referida dependencia generó inconformidad entre los miembros del Sindicato, pues aseguraron que la adecuación de funciones institucionales, que eran responsabilidad directa del Director General, del Consejo Técnico o bien de las Delegaciones correspondientes pasarían ahora a ser responsabilidad de las siete Direcciones Regionales recién creadas, con ello se modificaría la estructura organizativa y operativa del Instituto tendiente a resolver los efectos de los problemas operativos y administrativos, pasando por alto las verdaderas causas que provocan la serie de dificultades operativas en sus diversas áreas.

En tal caso, la responsabilidad del Sindicato es manifiesta, convocando a las autoridades del Seguro Social para que la empresa y los trabajadores propongan

⁵⁰Cf. SNTSS. *Solidaridad* (Órgano de Difusión del SNTSS), Año IV, No. 22, ene - feb, 1995, p. 5.

propuestas viables tendientes a superar la problemática existente del IMSS, evitando la creación de juicios unilaterales, los que provocan el desconcierto entre la población, pero sobre todo, crean el debilitamiento de la Seguridad Social mexicana y el papel social que representa para el país y la población.

CONCLUSIONES .

Los condicionantes de la salud en la década de los ochenta estuvieron vinculados a los resultados de las anteriores políticas económicas puestas en práctica, y que con la política económica neoliberal del Estado mexicano se pretendió primeramente resolver los desajustes económicos graves haciendo de lado la atención a la salud de la población. Es con la falta de inversión pública a las instituciones de salud -en este caso el IMSS- y al deterioro de los salarios de los trabajadores con el que se identifican en el territorio del país regiones, grupos, y áreas estratégicas que requieren de la prevención y atención a la salud. Los grupos de población que más resintieron desfavorablemente los efectos de la política económica contraccionista de los gobiernos de De la Madrid y Salinas de Gortari lo conforman los grupos menos favorecidos: Niños menores de un año de edad, y de uno a cuatro años; mujeres en edad fértil, madres en período de lactancia, así como los ancianos y discapacitados.

Con los avances logrados y la aplicación del conocimiento en el ámbito de la medicina preventiva y curativa del IMSS, gran parte de la población mexicana ha elevado su esperanza de vida; la cual ha repercutido en la elevación de los índices generales de población y cuyas necesidades de salud se han incrementado considerablemente. Este fenómeno de demanda creciente de los servicios de salud

en el IMSS es patente, pero con la política económica neoliberal de los gobiernos referidos los servicios de salud del Instituto no crecieron proporcionalmente a las necesidades de la atención y cuidado de la salud de la población derechohabiente; más bien se aplicó la política de hacer eficientes los recursos disponibles de dicha institución de salud deteriorando los servicios que brinda el Seguro Social.

En términos generales es de notarse que con la política económica neoliberal se observa que los primeros resultados de operación del IMSS se caracterizan por mantener un crecimiento moderado y de clara regresividad que en su conjunto deterioró la calidad de los servicios médicos.

Aunado a lo anterior, en la problemática del IMSS confluyeron factores que inciden en la operatividad del Instituto como son su centralismo, su jerarquización, su estructura organizacional. Todos estos aspectos inciden negativamente en brindar a la población un óptimo servicio de salud a la población; además de las anteriores causas, las fricciones entre empresas y sindicato han generado situaciones que han desvirtuado que el sindicato no esté de acuerdo con la política que sigue los principios económicos neoliberales.

Un hecho que viene a presentarse en las últimas décadas y que hace contrapeso con la mejoría de los índices de mortalidad lo constituye el tránsito epidemiológico de la

población. Hacia los años setenta las principales enfermedades que predominaron en el escenario de la medicina fueron los siguientes padecimientos: Influenza y pulmonía, infecciones intestinales, entre otras enfermedades que para su atención médica son baratas. Sin embargo, una década después, las enfermedades crónico-degenerativas han ido predominando en el escenario epidemiológico. En la actualidad predominan los trastornos cardio-vasculares, tumores malignos, etc., que han proliferado entre la población de distintos círculos sociales y entre distintas edades.

Dicha transición epidemiológica ha afectado considerablemente los costos de la atención médica de los derechohabientes usuarios del IMSS, ya que para su diagnóstico y tratamiento se requieren de fuertes sumas de inversión, bien para la adquisición de tecnologías sofisticadas producidas principalmente en el extranjero, bien por los elevados costos para su diagnóstico y tratamiento. El modelo de atención médica en el IMSS en la actualidad se va ajustando a las necesidades de un perfil epidemiológico en transición.

En la administración Salinas de Gortari - ya en los noventa- los procesos económicos respondieron a los postulados del neoliberalismo, lo que trajo consigo que la economía nacional adoleciera de fallas graves y que los que los servicios de salud no escaparon a ello. En el caso específico el IMSS resintió este fenómeno. Como se ha

señalado, entre 1992 y 1993 la economía perdió el ritmo de dinamismo que con anterioridad había manifestado.

Tal transformación de dinámica económica en el país hizo que la consulta familiar en el IMSS haya incrementádose entre 3 y 6%, mientras la ocupación hospitalaria del mismo Instituto llegó hasta el 100% de su capacidad. En provincia los hospitales generales experimentaron importantes incrementos en su ocupación. Es de esperarse que con tales fluctuaciones económicas la demanda de los servicios de salud en la institución tengan su explicación.

Una de estas explicaciones la hayamos si tomamos en cuenta que el abaratamiento de la medicina institucional resulta accesible para quien recurre a ella en comparación con la medicina privada. El éxodo de demanda de la medicina privada hacia la pública se incrementa en períodos de crisis económicas, ya que quienes anteriormente podían pagar la asistencia de la medicina privada les resulta incosteable en momentos desfavorables.

Si bien es cierto que la economía neoliberal propone la liberalización y desregulación de sus actividades, existen obstáculos que no permite que ello suceda en los órdenes sociales o económicos. Uno de esos obstáculos para que las funciones del IMSS no se subrogasen o privaticen fue el efecto directo de las fluctuaciones económicas del país, toda vez que los grupos demandantes de la atención a la salud del IMSS también

resintieron en grado diverso los efectos de la inequitativa distribución de la riqueza. Con el bajo poder adquisitivo de sus salarios, los trabajadores se vieron imposibilitados para recurrir a las instituciones privadas de salud cuando así lo requirieron; en ese sentido, la integración de las actividades asistenciales y médicas del IMSS al comportamiento de las fuerzas del mercado no podría ser la mejor decisión del gobierno.

Para superar los obstáculos del modelo actual de atención en el IMSS se propuso un "Modelo Moderno de Atención" elaborado por la Subdirección General Médica del mismo Instituto, cuya finalidad primordial sería el de elevar la calidad y la calidez de los servicios de salud. Se pretendió con su aplicación, además, emprender estrategias que capaciten a los involucrados tendientes a atender los retos que implican las transformaciones sociales vinculadas con el quehacer médico. En él se incluye la referida transición epidemiológica.

Además de la anterior propuesta, el IMSS llevó a cabo reformas administrativas y financieras que previamente fueron autorizadas por las Cámaras de Diputados y Senadores. Las reformas financieras involucraron un aumento mayor del gravámen que por este concepto pagan los patrones, de tal forma que los recursos financieros del IMSS permitieron auxiliar la operatividad financiera de dicho organismo por breve tiempo.

Como propuesta del presente trabajo diremos que la salud de un país es un indicador del grado en que se promueve el desarrollo o predomina la injusticia social. Al fomentarse el bienestar social entre su población -y cuya tarea primordial debe de seguir en manos del Estado-, el país puede gozar de estabilidad política y social y sustentar sus bases económicas en bases sólidas. La estrategia es, entonces, fomentar las condiciones de mejor salud entre la población -entre otros rubros- en las que se incluyan las regiones apartadas. En este caso, la función del IMSS es importante ya que con su aportación al mejoramiento de la salud de la población contribuirá a hacer menos pronunciada la brecha entre ricos y pobres. Es claro que la institución debe de consolidarse aún más, ampliando su cobertura y mejorando sus finanzas globales.

La anterior estrategia de brindar mayor bienestar a la población mediante la ampliación y fortalecimiento de la Seguridad Social, no queda contemplada del todo en el modelo de economía neoliberal. Sus postulados y principios deben de ser comprendidos desde una perspectiva en que los intereses de la minoría de la población se sobreponen a los de la mayoría.

BIBLIOGRAFÍA.

I. Obras.

Anguiano, Arturo.

El Estado y la política obrera del cardenismo. La política de masas. México: Era, 1980, 187 pp.

Cabrera Morales, Sergio.

"Reforma económica, transición social y salud". En: Calva, J.L. (Coord.) *Distribución del ingreso y políticas sociales*, Tomo II, México: Juan Pablos, 1995, pp. 164-173.

Chávez, Adolfo.

"Situación y alternativas para la salud en México". En: Calva, J.L. (Coord.) *Ibid.*, pp. 154-163.

D. Hansen, Roger.

La política del desarrollo mexicano. México: Siglo XXI, 1979, 187 pp.

Emmerich, G. E.

"¿Adónde vamos?". En: Castro, Pedro (Coord.) *Las políticas salinistas: Balance a mitad de sexenio (1988-1991).* México: División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana/Iztapalapa; 1993, pp. 17-33.

Esternou, Rosario.

"Familia y políticas sociales". En: Denman, Catalina, A. (Coord.) *Familia, salud y sociedad*. México: Universidad de Guadalajara; 1993, pp. 112-129.

García, Brígida.

Hogares y trabajadores en la ciudad de México. México: UNAM; 1988, 202 pp.

González Casanova, Pablo.

La democracia en México. México: Era; 1977, 333 pp.

Infante M. Sc., Claudia.

"La pobreza en México y el acceso a los servicios de salud". En: Calva, J.L. (Coord.) *Op. Cit.*, pp. 143-153.

López Amador, Ma. de Jesús.

"El proyecto neoliberal: Las nuevas condiciones de la política social". En: Calva, J.L. *Ibid.*, pp. 192-206.

Moreno, Pedro H.

"La reforma de la seguridad social en México". En: Calva, J. L. *Ibid.*, pp. 177-191.

Menéndez, Eduardo L.

"Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica". En: Denman, Catalina A. (Coord.) *Familia, salud, y sociedad*. México, Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1993, pp. 130-162.

Narro Robles, José.
La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. México: Fondo de Cultura Económica; 1993, 158 pp.

Ortiz Wadgymar, Arturo.
Política económica de México, 1982-1994. Dos sexenios neoliberales. México: Nuestro Tiempo; 1994, 165 pp.

Schaffer Vázquez, Carlos.
"La salud en México". En: Calva, J.L. Op. Cit., pp. 127-142.

Villarreal, René.
Liberalismo social y reforma del Estado: México en la era del capitalismo posmoderno. México: FCE; 1993, 395 pp.

Ward, Peter.
Políticas de bienestar social en México 1970-1989. México: Nueva Imagen; 1989, 245 pp.

II. Tesis.

Alvarez Padilla, Cruz.
La política social en México, 1982-1988 (Tesis de Licenciatura). México: Facultad de Economía/UNAM; 1994, 103 pp.

Brito Castrejón, Humberto.
Política Social en México, periodo 1988-1992 (Tesis de Licenciatura). México: Facultad de Economía/UNAM; 1994, 180 pp.

Vargas Rangel, Ma. Joaquina.
La política económica de México 1980-1992
(Comparación de las políticas económicas de
M.M.H y C.S.G.), (Tesis de Licenciatura).
México: Facultad de Economía/UNAM; 1995, 116
pp.

III. Publicaciones.

Alcántara Meixueiro, Enrique, S.
"Dos sexenios de privatizaciones en México
(1982-1994)". *Economía Informa*. México:
Facultad de Economía/UNAM; dic.94-ene.95, no.
234, pp. 13-17.

Arredondo A., Cruz C.
"México: La formación de recursos humanos en
economía de la salud". *Educación, Medicina y
Salud*. México, Vol. 25, NO. 3, 1991, pp. 254-
267.

Borja Aburto, V. H.
"Años de vida potencial perdidos en México.
Aplicaciones en la planeación de los servicios
de salud". *Salud Pública de México*; México,
vol. 35, no. 5, sept.-oct. 1989, pp. 601-609.

Cavazos Ortega, Nora.
"Años de vida potencial perdidos: Su utilidad
en el análisis de la mortalidad en México".

Salud Pública de México; vol. 31, no. 5, sept.-oct. 1989, pp. 610-624.

Cervera, Manuel.

"Crisis económica, impacto y perspectivas". *Excélsior*, Sección Ideas, año LXXIX, tomo II, México, 24 de febrero de 1995, p. 1-I.

Cornejo, O., Sarahi Angeles.

"Aspectos económicos centrales del neoliberalismo en el sexenio de Salinas". *Momento Económico*. México: Instituto de Investigaciones Económicas/UNAM; nov.-dic. 1994, no. 76, pp. 21-24.

Gobierno Federal.

"Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994". *Diario Oficial de la Federación*. México, 31 de mayo de 1989, primera y segunda edición.

Espinosa, Guillermo.

"Salario y poder adquisitivo tomado por asalto". *Excélsior*; año LXXIX, tomo II, México, 28 de abril de 1995, p. 1-I.

Fernández-John, Saxe.

"La estrategia petrolera mundial y el TLC". *Excélsior*; Sección Ideas, año LXXIX, Tomo I, México, 31 de enero de 1995, pp. 1-2.

Frank, Julio.

"Hacia un México más saludable". *Nexos*; México, vol. XVII, año 17, no. 202, oct. 1994, pp. 52, 54-58.

FUNSAALUD.

"Llamado a la reforma de la salud (Opinión pública acerca del sistema de atención de México)". *Este País*; México, no. 48, marzo de 1995, pp. 18, 31.

García G., Aleajandro.

"El empleo formal en México (1981-1992)". *Economía Informa*; México: Facultad de Economía/UNAM, no. 234, dic. de 1994- enero de 1995, pp. 9-12.

Huerta González, Arturo.

"Ideas acerca de una crisis anunciada". *Excélsior*; México, Sección Ideas, año LXXVIII, Tomo I, pp. 1-2.

Huerta González, Arturo.

"La Situación económica actual y la necesidad de una política de estabilidad, crecimiento económico y equidad". *Economía Informa*; México: Facultad de Economía/UNAM, no. 234, dic. 1994-enero de 1995, pp. 418.

Subdirección General Médica/IMSS.

Boletín Estadístico Anual de mortalidad de 1989. México, 1992.

Coordinación General de Comunicación Social/IMSS.

Boletín No. 42. México, 11 de enero de 1995, pp. 5-6.

Kay, Cristóbal.

"Estudios del desarrollo, neoliberalismo y teorías latinoamericanas". *Revista Mexicana de Sociología*. México: Instituto de

Investigaciones Sociales/UNAM, no. 3, año LV, julio-sept. 1993, pp. 31-47.

Miranda-Ocampo, Raúl.

"La Salud y la economía (1982-1992)". *Economía Informa*. México: Facultad de Economía/UNAM, no. 234, dic. 1994-enero 1995, pp. 18-25.

Molina Salazar, Raúl E.

"Desarrollo económico y salud". *Salud Pública*; México, vol. 33, mayo-junio de 1991, no. 3, pp. 227-234.

Neme Salum, José.

"Modelo fracasado. Atracción fatal por el capital fugátil". *Excélsior*; México, Sección Financiera, año LXXVIII, Tomo Y, pp. 1,5.

Nigenda López, Gustavo.

"¿Medicina en riesgo? Análisis comparativo de tres países". *Revista Mexicana de Sociología*. México: Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM; año LV, no. 3, julio-sept. 1993, pp. 203-221.

Pozas Horcasitas, Ricardo.

"El desarrollo de la seguridad social en México". *Revista Mexicana de Sociología*, México: Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM; año LIV, no. 4, oct.-dic., 1992, pp. 27-64.

SNTSS.

"Propuesta de productividad que presenta la Sección XXXIII del D. F. del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social". *Seccional*. México: Comité Ejecutivo Seccional de la Sección XXXIII del SNTSS; año III, oct. de 1994, no. 19, pp. 3-7.

UNAM, SSA, ISSSTE, DIF.

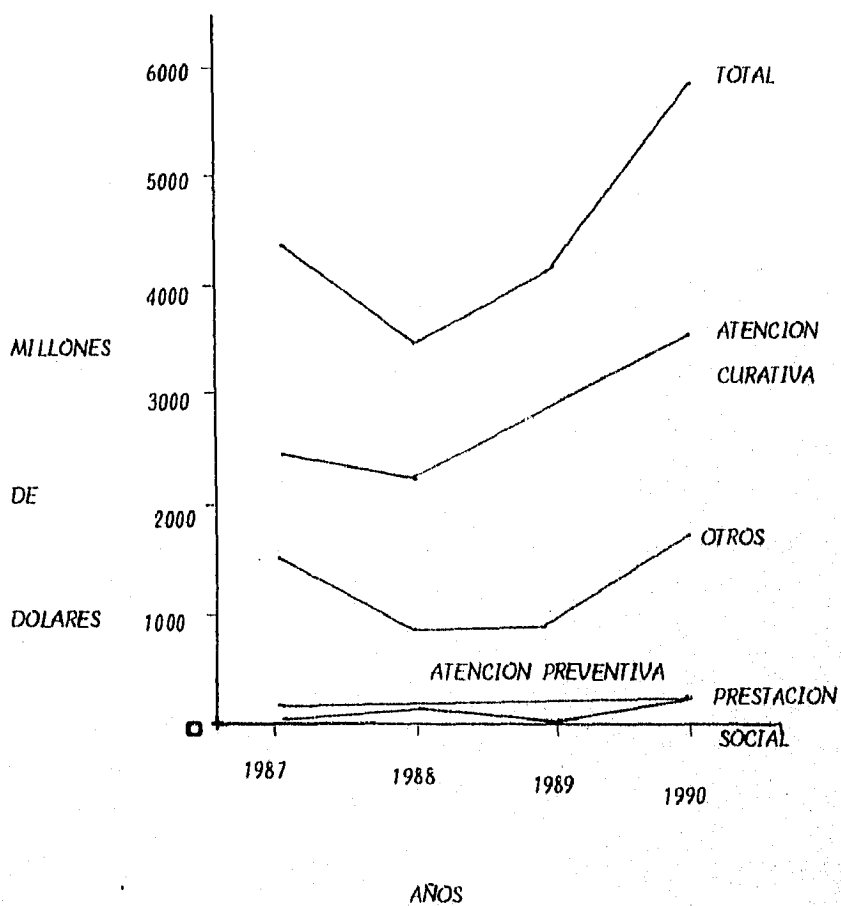
"Memorias de Rectores de Universidades y Directores de Escuelas y Facultades del Área de la Salud". México, D.F., del 9 al 11 de abril de 1984.

Zepeda Martínez, Mario.

"Modernismo neoliberal mexicano: Lento e inequitativo (Balance de un sexenio). *Momento Económico*. México: Instituto de Investigaciones Económicas/UNAM; no. 76, nov.-dic. de 1994, pp. 6-11.

ANEXOS.

PRESUPUESTO EJERCIDO POR PROGRAMA.
1987-1990

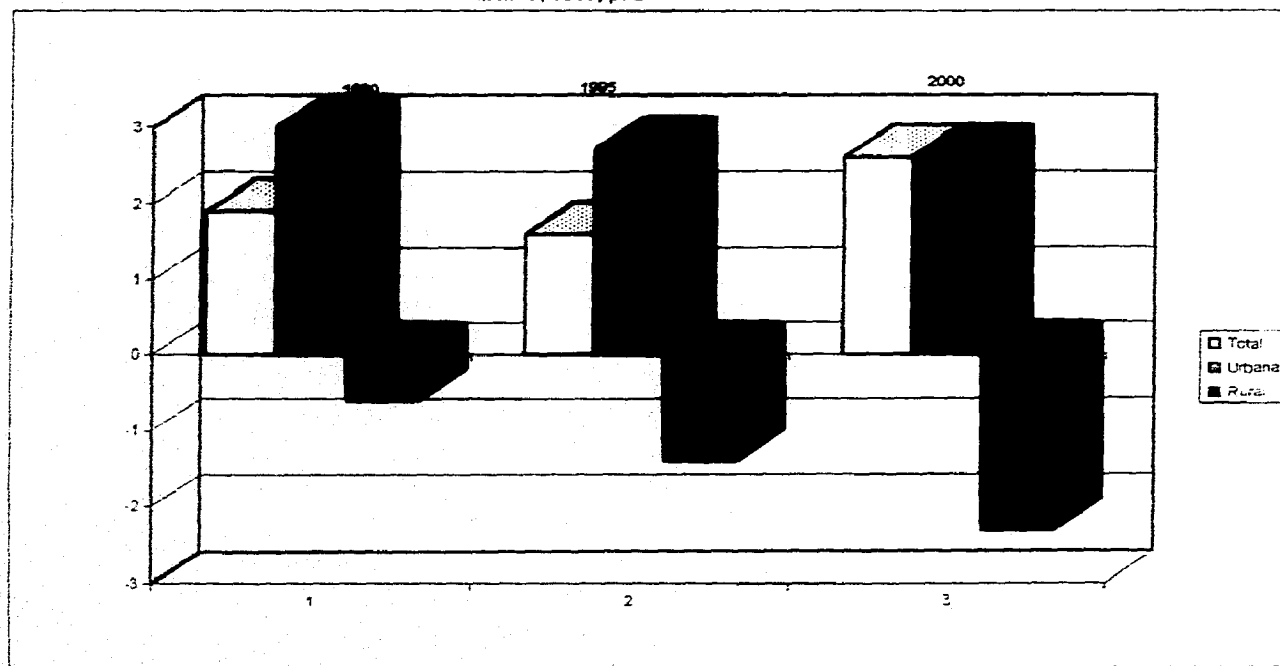


FUENTE: PRESUPUESTO POR PROGRAMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1990
INFORMES ANUALES DEL BANCO DE MEXICO 1986, 1987, 1988 Y 1989.

Tasas (%) de crecimiento medio rural
(aproximaciones)

Año	Total	Urbana	Rural
1990	1,9	3	-0,6
1995	1,6	2,7	-1,4
2000	2,6	2,6	-2,3

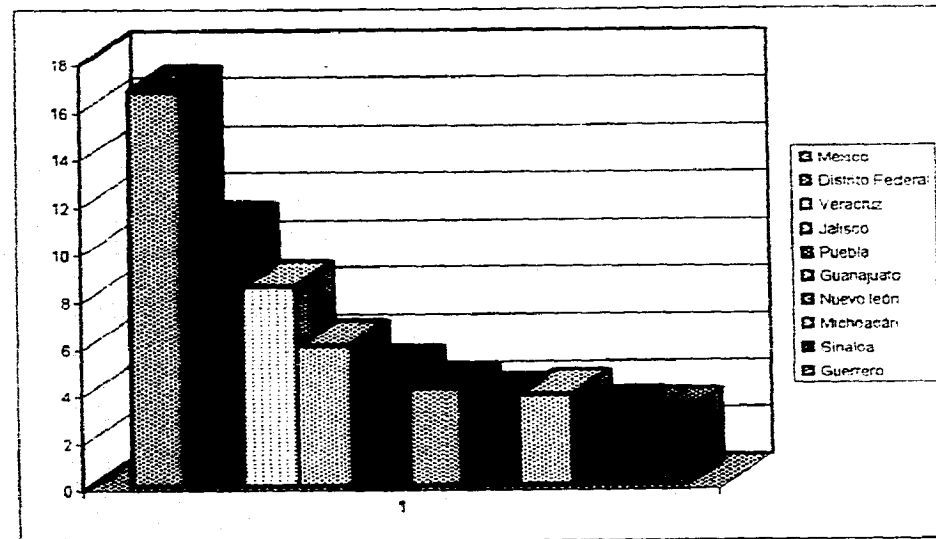
Fuente: NAFINSA. La Economía Mexicana en cifras.
México, 1988, p. 21



Estimación de la población Mexicana para el año 2000.

Entidad federativa	Población total
México	16,6885
Distrito Federal	10,9787
Veracruz	8,4727
Jalisco	5,9595
Puebla	4,8646
Guanajuato	4,143
Nuevo León	3,6594
Michoacán	3,8316
Sinaloa	3,0822
Guerrero	3,0345

(miles de habitantes)



Fuente: CONAPO-INEGI Proyección de la Población de México y de las Entidades Federativas 1980-2010. México 1988 p1