

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL IMSS  
Y SU PROYECCION INTERNACIONAL A TRAVES DE SU  
UNIDAD DE ASUNTOS INTERNACIONALES

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN RELACIONES  
I N T E R N A C I O N A L E S  
P R E S E N T A :  
C A R M E N J I M E N E Z R U I Z

DIRECTORA: LIC. ILEANA CID CAPETILLO

CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE DE 2000.

286435



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

---

El desarrollo de la seguridad social en el IMSS  
y su proyección internacional a través de su  
Unidad de Asuntos Internacionales

**T E S I S A**

Que para obtener el título de  
Licenciada en Relaciones Internacionales  
presenta:

**Carmen Jiménez Ruiz**

Directora: Lic. Ileana Cid Capetillo

Ciudad Universitaria, septiembre de 2000.

**Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**

**El desarrollo de la seguridad social en el IMSS  
y su proyección internacional a través de su  
Unidad de Asuntos Internacionales**

**Τὸ Ἔθνος  
T E S I N A  
Πολιτικόν**  
Que para obtener el título de  
Licenciada en Relaciones Internacionales  
presenta:

**Carmen Jiménez Ruiz**

**Directora: Lic. Ileana Cid Capetillo**

**Ciudad Universitaria, septiembre de 2000.**

Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora.

Tiempo de nacer y tiempo de morir; tiempo de plantar y tiempo de segar; tiempo de destruir y tiempo de edificar; tiempo de llorar y tiempo de reír; tiempo de ganar y tiempo de perder; tiempo de callar y tiempo de hablar; tiempo de aborrecer y tiempo de amar; tiempo de luchar y tiempo de tranquilidad...

Yo he visto lo que Dios ha dado a los hombres para que se ocupen en él. Todo lo hizo hermoso en su tiempo; y ha puesto eternidad en el corazón de ellos, sin que alcance el hombre a entender la obra que ha hecho Dios desde el principio hasta el fin. Yo he conocido que no hay para ellos mejor cosa que alegrarse, y hacer bien en su vida.

¿No has sabido, no has oído que Dios eterno creó los confines de la tierra? No desfallece, ni se fatiga con cansancio, y su sabiduría no hay quien la alcance.

Él da esfuerzo al cansado y multiplica las fuerzas al que no tiene ningunas.

Los muchachos se fatigan y se cansan, los jóvenes flaquean y caen; pero los que esperan en Dios tendrán nuevas fuerzas; volarán como las águilas; correrán y no se cansarán; caminarán y no se fatigarán.

Todo lo puedo en Dios que me fortalece.

A mis padres, quienes además de la vida, me regalaron los principios y la fortaleza de carácter para no dejarme vencer en la adversidad.

A mis hermanos Toño, Ada y Jose, por estar a mi lado en las buenas y en las malas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque su existencia hizo posible mi educación.

A mis profesores, gracias por compartir sus conocimientos conmigo y ayudarme siempre.

Con especial agradecimiento a la Profra. Ileana Cid Capetillo, asesora de esta tesina, porque bajo su dirección y sabios consejos fue posible la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas, amigos y amigas, que en diversas formas contribuyeron con su granito de arena al logro de esta meta porque continuamente me brindaron su amistad, apoyo y compañía.

A mi hija Natalia, mi razón de vivir, con la esperanza de que la superación sea su meta.

## Índice

Introducción	I
1. Surgimiento y desarrollo de la seguridad social	1
1.1. Conceptualización	1
1.2. Desarrollo en el mundo	4
1.3. Desarrollo en México	15
2. Estado actual de la seguridad social en México: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social	28
2.1. Crisis del Instituto Mexicano del Seguro Social	31
2.2. La reforma más reciente a la Ley del Seguro Social	50
2.3. Situación actual	54
3. Importancia del área de asuntos internacionales del IMSS en la proyección de la seguridad social mexicana a nivel internacional.	63
3.1. Fundamentos y objetivos de su creación	65
3.2. Actividades realizadas	70
3.3. Situación actual	80
3.4. Retos y perspectivas	83
Conclusiones	85
Fuentes de Información	91

## **Introducción**

El presente trabajo, además de mostrar el surgimiento y evolución de la seguridad social en el mundo y en México, señala la proyección que en el ámbito internacional se da a la seguridad social mexicana, a través de su principal vocero: el Instituto Mexicano del Seguro Social, mismo que tradicionalmente ha asumido la representación de la seguridad social mexicana<sup>A</sup>.

Al final del siglo XX podemos hacer una mirada retrospectiva y observar cómo, durante relativamente pocos años, hemos sido testigos de una serie vertiginosa y trascendental de cambios económicos, políticos y sociales que han transformado tanto la fisonomía del mapa mundial como a cada país en su interior, donde cada Estado no se encuentra exento de padecer nuevas, diferentes y mayores demandas y necesidades por parte de su población.

Es en este mundo actual, cada vez más globalizado e interdependiente, donde se hace necesario conocer aquellos mecanismos que posibilitan el desarrollo pleno e integral del individuo dentro de un ambiente que le garantice niveles adecuados de satisfacción a sus necesidades. Por ello, la seguridad social, que posee diferentes definiciones y campo de extensión, pero que aquí es entendida como el seguro social en su sentido más amplio, constituye el centro de atención de este estudio, por el lugar sobresaliente que ocupa, al formar parte de los servicios que contribuyen al desarrollo de una nación.

En el plano internacional, además de su importancia económica, el tema posee gran significación social y política, en tanto que los sistemas de seguridad social pueden convertirse en un medio eficiente para lograr una mejor distribución de la riqueza y ayudar al necesitado. No obstante, resulta un aspecto poco tratado en este plano ya que frecuentemente es estudiado por sus aspectos médicos, legales o administrativos, que la delimitan casi siempre a un nivel nacional,

---

<sup>A</sup> Artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social. IMSS. *Ley del Seguro Social*. IMSS, México, diciembre de 1995, p. 54.

aunado a que la mayoría de publicaciones e informes de instituciones de otros países y de organismos especializados, regionales e internacionales, resultan poco accesibles al público en general.

A pesar de ello, la seguridad social constituye una preocupación mundial que se encuentra actualmente normado con parámetros mínimos y, a pesar de haber alcanzado niveles diferentes de desarrollo en cada nación, permite a los pueblos encontrar en ella diversos vínculos para satisfacer sus necesidades de certidumbre en materia de prestaciones médicas, económicas y sociales.

Hace aproximadamente una década que, como consecuencia de la llamada "crisis de la seguridad social", resultado tanto de la crisis económica generalizada, como del auge de las tesis neoliberales y los cambios en la pirámide poblacional de la mayoría de países, que el tema ha reaparecido en las agendas nacionales e internacionales con nuevas fuerzas y empeño renovado que busca encontrar las mejores vías para perpetuar la seguridad social.

Este estudio constituye mi primer intento por enmarcar dentro de las relaciones internacionales, una revisión *grosso modo* sobre la evolución de los sistemas de seguridad social, haciendo especial énfasis sobre el modelo adoptado en México desde el nacimiento del IMSS, mismo que en fechas recientes sufrió modificaciones radicales en el rubro de financiamiento para el retiro con el propósito de adaptarlo a los cambios en la estructura de la sociedad y superar el desfinanciamiento que sufría, además de atender las sugerencias elaboradas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) como única salida para que los sistemas de seguridad social logren sobrevivir.

La premisa principal de este trabajo consiste en demostrar cómo, a través de los años y mediante la mejora continua, se han realizado intentos tanto en el ámbito mundial como en el nacional para perfeccionar los esquemas establecidos. Especialmente ahora, en una etapa histórica de globalización donde se privilegia la cooperación entre los pueblos como herramienta principal para la solución de problemas y mantenimiento de una coexistencia pacífica, las instituciones dedicadas a la seguridad social se enfrentan al reto de adaptarse a los



requerimientos sociales y garantizar de esta forma su sobrevivencia, fortaleciendo sus formas de comunicación y cooperación hacia sus homólogas alrededor del mundo y los organismos internacionales que tienen relación con la materia.

Por lo antes expuesto, este trabajo, que es tanto una investigación documental, como una expresión de lo que he observado durante mi práctica profesional, al contar con más de una década de experiencia dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encuentra articulado de lo general a lo particular mediante un método deductivo y estructurado en tres apartados. En el primero, realizo una reseña histórica, con el propósito de mostrar sintéticamente los aspectos que dieron inicio y forma a la seguridad social tal como ahora es conocida, con sus principios universales que son producto de una serie de factores comunes a las naciones y que derivan, principalmente, de la transformación de las formas de producción, que provocó la necesidad de asegurar la fuerza de trabajo para garantizar la producción, dar respuesta a las demandas obreras y legitimar al capitalismo que, en conjunto, trajo consigo el reconocimiento de los derechos sociales a los individuos. Así mismo, en este apartado paso del plano mundial a señalamientos en el plano nacional, al explicar la forma en que surgió la seguridad social en México y nació el Instituto Mexicano del Seguro Social, los factores que condicionaron su constante transformación y los beneficios que gradualmente se fueron agregando, todo ello dentro de un panorama de aparente prosperidad para el IMSS y de un esquema de Estado que intentó convertirse en benefactor de la sociedad.

Este último señalamiento deriva de que, aunque es cierto que durante un largo período el IMSS creció enormemente, tanto en infraestructura como en cobertura y prestaciones, se originaron diversas deficiencias de organización y administración que al acumularse con el paso de los años, desembocaron en una situación crítica que en 1995 hizo necesaria la realización de un diagnóstico con objeto de percibir claramente los aspectos que causaban problema.

En el segundo capítulo se extiende el conocimiento sobre el IMSS al hacer una revisión a la última transformación realizada, misma que hace énfasis en una eficiencia cada vez mayor y una eficacia de los servicios que se proporcionan, sin

demeritar por ello la calidad y mejorando la oportunidad en las prestaciones, salvando a la vez, la crítica situación económica que se venía presentando al interior de ese instituto. A su vez, se resaltan las divergencias de opinión que suscitó esta reforma y los resultados que hasta el último informe presentado por el Director General de este instituto, se ofrecen al público en general.

Por último, en el tercer apartado señalo cómo, dadas las dinámicas de optimización del Estado nacional y cooperación internacional, en 1953 se creó un área encargada de la proyección internacional del IMSS, cuyo nombre, estructura y objetivos se han modificado y deteriorado en actividades y presencia internacional a través de los años, aunque desde el principio pretendió llevar a cabo la representación de la seguridad social mexicana en los foros internacionales sobre la materia y ante las instituciones homólogas de todos los países con los que se establecieran relaciones, situación que en su planteamiento resulta razonable y acorde a los principios básicos de política exterior en tanto que, principalmente pretendía la consecución de beneficios a los nacionales y la comunicación para fortalecer el esquema de seguridad social establecido en México a través del análisis y discusión de experiencias con el exterior, pero que en la práctica no se ha logrado plenamente.

Es con base en dichas observaciones que se construyó la hipótesis en que se sustenta este trabajo ya que, una vez presentados en forma abreviada los logros obtenidos en materia de seguridad social y la necesidad de emplear las estrategias internacionales de cooperación como medio para obtener beneficios, pretendo demostrar que la actual Unidad de Asuntos Internacionales debería dar a conocer al exterior todo lo que en materia de seguridad social se realiza en el IMSS, así como instrumentar la presencia destacada de este instituto en foros internacionales y buscar, mediante la realización de convenios, mayores logros a favor de los asegurados dentro de su régimen, lo cual sólo será posible a través de una mayor atención a esa área, lo que incluye contar con el personal idóneo en la misma.

Se concluye finalmente, en un especial énfasis sobre la situación burocrática y simplista que ha reducido la capacidad de la Unidad de Asuntos Internacionales

para cumplir con sus objetivos iniciales, planteando propuestas para salvar esta situación, a fin de convertirla en una efectiva instancia de cooperación que anteponga la concreción del interés nacional de los beneficiarios en la materia.

Espero que este trabajo sea consultado por aquellos que deseen conocer aspectos que en torno a la seguridad social se insertan dentro de la política exterior del país y la cooperación internacional, además de plantear la necesidad de que la Unidad de Asuntos Internacionales del IMSS se fortalezca y supere para lograr erigirse en parte importante del Instituto Mexicano del Seguro Social, como instancia de apoyo logístico en la cual sustentar la ayuda que del exterior se pueda obtener para conocer lo más viable a la seguridad social nacional, siempre pretendiendo lograr dotar al individuo y su familia de un entorno sano y pleno de bienestar.

Finalmente, deseo dejar constancia que en esta primera oportunidad, aunque hay mucho que decir y hacer, debido a que un trabajo de tesina se encuentra limitado en espacio, concluyo mi trabajo en estas apreciaciones, aunque pretendo continuar con este tema donde, a mi parecer personal, hay mucho que aprender y aportar.

## **1. Surgimiento y desarrollo de la seguridad social**

La seguridad social es uno de los temas que se han internacionalizado al no circunscribirse a las fronteras de un país, ni a las políticas que se instrumentan al interior del mismo. Está fundamentada tanto en normatividades internacionales como internas y procura, mediante ellas, crear un conjunto de garantías a los trabajadores y sus familias, contra ciertas contingencias que pudieran disminuir o suprimir su actividad, o bien, imponerles gastos suplementarios.

Es por la importancia que en el ámbito mundial representa este tema y a fin de distinguir correctamente qué es lo que en adelante vamos a llamar "seguridad social", que resulta conveniente definirlo y diferenciarlo del concepto "seguro social", el cual, como se observó en la mayoría de la literatura consultada, a menudo se usa como sinónimo del primero, pero desde un punto de vista técnico, connota un concepto diferente.

### **1.1. Conceptualización**

La seguridad social presenta numerosos problemas para definirla, ya que esta expresión tiene un significado más amplio o reducido según el país o el autor que se ocupe del tema, por lo que, de hecho, no existe una definición universal. De manera general y tomando lo esencial, puede entenderse como "la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos"<sup>1</sup>, que es como la define el Convenio 102 sobre seguridad social (norma mínima), adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo el 28 de junio de 1952.

Esta definición contiene en su esencia dos enfoques: uno jurídico, que reconoce a todo ser humano el derecho a los bienes indispensables para protegerse de las contingencias sociales y cubrir sus efectos mediante las instituciones requeridas para ello; y uno social, que propone la distribución más equilibrada de las ganancias resultantes del mecanismo económico a fin de adaptar los recursos de cada individuo y de cada familia a las necesidades de las generaciones activas, preparando el camino a las venideras y sosteniendo a las eliminadas de la vida productiva.<sup>2</sup>

De esta manera, la seguridad social protege por lo general a casi toda la población contra los riesgos sociales<sup>3</sup>, depende de una gran diversidad de recursos financieros, otorga beneficios más uniformes y unifica los servicios en una organización que integra o coordina los diversos programas (incluida la asistencia pública).

El seguro social por su parte, tiende a limitar la cobertura a la fuerza de trabajo asalariado y a algunos de sus dependientes, se financia con contribuciones de los asegurados y los empleadores (y a menudo también del Estado), otorga beneficios relacionados por lo menos en parte con tales aportaciones y se organiza en programas diferentes, a veces separados, cada uno de ellos referente a un riesgo social (el bienestar social o la asistencia pública se organiza normalmente en programas separados).

El seguro social o sistema de seguridad social, como también se le denomina, funciona como un mecanismo que capta recursos económicos, tecnológicos y humanos, canalizándolos hacia las áreas donde se brindan servicios y prestaciones encaminadas a subsanar el estado de necesidad del hombre. Dicho sistema, provisto de una legislación específica y adecuada, permite al Estado regular y orientar las actividades y recursos con el propósito de adaptar el derecho a la seguridad social con la realidad, misma que requiere

---

<sup>1</sup> OIT. *Introducción a la seguridad social*. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, 3ª ed., 1984, p. 3.

<sup>2</sup> Cfr. Roberto Madrazo Pintado. *La seguridad social en el ámbito internacional*. Tesis de Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, 1974, pp. 30-31.

<sup>3</sup> La noción tradicional de riesgo enuncia que puede ser un hecho natural (muerte), humano (robo, enfermedad o accidente) o económico (pérdida del trabajo), pero en todo caso debe ser incierto (fortuito). La incertidumbre puede referirse a la existencia del suceso, al tiempo, al importe o a la duración y, finalmente, para considerarse riesgo social debe referirse a un mismo suceso o a sucesos análogos. Cfr. Gabriel Bonilla Marín. *Teoría del seguro social*. Cía. Editora Nacional, México, 1945, p. 15. No obstante, aunque la vejez no es fortuita, en el contexto de la seguridad social se cataloga como riesgo social, ya que deriva, como los demás riesgos, en la disminución de la capacidad para que el individuo pueda proporcionar, a sí mismo y a sus dependientes, los bienes económicos indispensables para su sobrevivencia.

ser enmarcada en espacios geográficos cuyas circunstancias, de orden político, económico y social, condicionan el desarrollo de la seguridad social en cada país, lo cual se confirma al revisar las diferentes concepciones existentes.

De acuerdo con lo anterior, el concepto seguridad social rebasa al término seguro social, pues pretende cubrir al ser humano como tal, y no solamente como trabajador, ante contingencias sociales; dándose en este momento una distinción entre seguridad social (el principio) y seguro social (la institución), donde el primero incluye los servicios de salud que regularmente otorga el segundo.

Existen cinco principios que caracterizan a la seguridad social y, aunque no se encuentran escritos como tales, se han ido constituyendo como fundamento de las diferentes normas jurídicas sobre esta materia, al ser universalmente aceptados, independientemente de la forma en que se encuentren organizados los diversos sistemas de seguridad social:

- a) **Universalidad**, que es la esencia del concepto moderno de seguridad social, entendido como el anhelo de proteger a la población en su conjunto.
- b) **Unidad**, característica que se enfoca al sentido orgánico y estructural que debe tener la seguridad social en un aspecto totalizador, con derechos, obligaciones e instituciones y se entiende como la armonización de las contingencias cubiertas por las diversas instituciones gestoras de la seguridad social.
- c) **Integridad**, que se refiere al campo de los beneficios y servicios que presta u organiza la seguridad social, atendiendo los niveles preventivo, curativo y reparador de consecuencias con la debida suficiencia, así como abarcando la totalidad de los riesgos sociales tanto en salud como en los aspectos económico, social y cultural.
- d) **Solidaridad**, que implica el reconocer la obligación de todos a cooperar para el cumplimiento de los postulados y objetivos en cada hombre que lo requiera. Este principio, en el nivel nacional, busca promover la creación y redistribución de la riqueza, dando a cada uno en la medida de sus fuerzas y recibiendo en función prudente de sus necesidades.<sup>4</sup>
- e) **Internacionalidad**. Dentro de los procesos de integración económica, social y política de países y continentes enteros, es evidente que los beneficios, derechos y

---

<sup>4</sup> Madrazo Pintado, *op. cit.*, p. 32.

obligaciones e instituciones de seguridad social en cada uno de esos países, deben adecuarse a un sistema unitario dentro de la respectiva integración, para no experimentar trastornos y/o competencias que la harían poco funcional si se han aceptado los procesos mencionados y principios antes descritos. Además, como resultado de estos procesos globalizantes, cada vez son más patentes las tendencias a extender la protección al ser humano en cualquier circunscripción territorial en que se encuentre, haciendo de lado las viejas restricciones regionales.<sup>5</sup>

Mucho se ha hablado hasta el momento sobre la procuración de bienestar y la protección contra contingencias. Existen dos teorías principales que explican la responsabilidad sobre la protección social. La primera enuncia que el hombre está obligado a cuidar de su subsistencia con su propio esfuerzo, procurando una existencia segura y protegiéndose contra la miseria, reservando a los poderes públicos sólo la responsabilidad de ayudar al individuo en este esfuerzo al crear las condiciones que le permitan realizarlo. La segunda, dice que la colectividad es responsable de la seguridad de los individuos y, en tanto que la seguridad social es una necesidad colectiva, corresponde al Estado su satisfacción a través de la organización de servicios públicos adecuados.

La historia de la seguridad social es una transferencia progresiva de la esta responsabilidad, de los individuos a personas o grupos más fuertes, con una especialización gradual que deja siempre a la familia, mientras tanto, el resto de la obligación<sup>6</sup>, como a continuación se explica.

## 1.2. Desarrollo en el mundo

Desde sus orígenes, el hombre se preocupó por satisfacer sus necesidades básicas (alimentación y vestido, salud, educación, trabajo, vivienda, comunicaciones, transportes y energía) de manera unida. Así se creó la división del trabajo y la producción empezó a multiplicarse, dando origen también a la *solidaridad*, ya que los hombres, reunidos por

---

<sup>5</sup> Irma Espíndola Martínez. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina 1920-1980*. Tesis de Licenciatura en Relaciones Internacionales, Universidad Femenina de México, México, 1995, pp. 23-24.

<sup>6</sup> Francis Netter. *La seguridad social y sus principios*. Traduc. Julio Arteaga, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, 1982, p. 13.

grupos de actividad, se protegieron mutuamente para tratar de resolver en forma conjunta las cuestiones que se presentaban.

Quizá la forma de previsión individual más antigua que perdura en la actualidad es el ahorro, actividad personal y voluntaria de guardar cierta cantidad de dinero para emplearlo en época de necesidad.<sup>7</sup>

No obstante, es en la solidaridad colectiva que surgen las primeras manifestaciones de apoyo al necesitado, mismas que, aunque con muy antiguos antecedentes, encontraron su más amplia expresión en el medioevo.

Así encontramos la *caridad*, que en un principio se otorgaba de persona a persona y, aunque influenciada por un sentimiento solidario de ayuda al prójimo, se veía limitada en cantidad y calidad debido a que era un acto generoso donde los que tenían posibilidades se despojaban de algo para dárselo a los que nada tenían. Siendo este desprendimiento difícil de lograr y, por lo tanto, poco práctico para las grandes masas de desposeídos que empezaron a surgir, en la búsqueda de nuevas formas para satisfacer las necesidades del hombre, surgieron instituciones auspiciadas por religiosos o por grupos de personas altruistas que proporcionaron asistencia en forma más regular.

Con el aumento de la población, el progreso de la civilización y la formación de sociedades más complejas, las economías pasaron de ser puramente agrícolas a economías de tipo artesanal. En este espacio surgieron las *cofradías*<sup>8</sup>, también denominadas *guildas*, que se considera, iniciaron la práctica formal de los principios de confraternidad humana. En el momento de su mayor auge e importancia, hacia finales del medioevo, las *cofradías* se asemejaban a los seguros sociales por su organización administrativa y apoyo en determinadas necesidades. Sin embargo, su funcionamiento se vio limitado por los cuantiosos recursos que lograron reunir, situación que empezó a inquietar al Estado. La ayuda que proporcionaban las *cofradías* comprendía gran variedad

---

<sup>7</sup> En el siglo pasado el ahorro podía encontrarse como un procedimiento tradicional en la cobertura de riesgos sociales, pero no constituye un sistema perfecto de indemnizaciones de los riesgos sociales. La inflación y la depreciación de la moneda, algunas veces, destruyen totalmente el ahorro; agregado a ello, a veces ni siquiera es posible ahorrar. Es por ello que se da la participación del Estado.

<sup>8</sup> La palabra *cofradía* quiere decir congregación humana. Frecuentemente era la reunión de devotos de algún sentimiento religioso y su significado se extiende también a un grupo de individuos de la misma clase social y actividad económica que se unen con un fin específico. Su primera aparición se dio en España hacia el siglo IX y originalmente tenía por objeto la asistencia de todos sus integrantes y familiares directos en todas las eventualidades de la vida, especialmente en casos de enfermedad y muerte. Cfr. Robledo Santiago, *op. cit.*, p. 34.



de situaciones, como la asistencia al enfermo, la ayuda para gastos de entierro, el auxilio a la viuda, la dote para que la huérfana se casara, etc. Debido al agrupamiento natural que ocasionaron, al extender sus acciones en beneficio de los trabajadores, constituyen el antecedente inmediato del *gremio*.

Previo a la Revolución Francesa las manifestaciones de ayuda al necesitado sufrieron un gran retroceso ya que las ideas hasta entonces planteadas en lo relativo a este tema eran contrarias a las monarquías de derecho divino. Lamentablemente fueron destruidos conventos, hospitales y todo aquello que se había logrado hasta ese momento.

Posteriormente se desarrollarían otras formas de previsión como la *mutualidad*<sup>9</sup>, que se propagó con la tolerancia e incluso la subvención del poder público a causa de su neutralidad política. Las mutualidades no son una asociación con base en la profesión o la fe como las anteriores formas de agrupación; su principio consiste en reunir un grupo de personas para que colectivamente y sin fines de lucro, constituyan una especie de fondo basado en cuotas y destinado a indemnizar a sus miembros en caso de que sufran situaciones de necesidad, enfermedad o muerte. En esta forma de organización se encuentran no sólo acciones de auxilio, sino también culturales, como el establecimiento de escuelas y bibliotecas.

Hasta entonces, las formas de apoyo a los miembros necesitados de la sociedad fueron actividades aisladas de la participación del Estado, sin embargo, la *asistencia social* como acción del Estado, nace de la Revolución Francesa de 1789<sup>10</sup>. En la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano se proclamaba: "se creará y organizará un establecimiento general de socorro público para educar a los niños abandonados, aliviar a los pobres enfermos y proporcionar trabajo a los inválidos que no hubieran podido procurárselo". Esta declaración, retomada en la Constitución francesa de 1793, consagró por primera vez en un instrumento legal el término "derechos sociales", incorporando dentro de éstos el deber de proporcionar trabajo a todos los hombres; así mismo, incluyó la

---

<sup>9</sup> La mutualidad, estrechamente vinculada a los gremios medievales y más aún a los romanos, denominada también asociación mutualista o sociedad de socorro mutuo, ofreció en el siglo XIX una solución parcial frente a los riesgos sociales de sus miembros debido a que constituye un acto voluntario, y no obligatorio, de ahorro. Cfr. Espíndola Martínez, *op. cit.*, p. 7.

<sup>10</sup> En la asistencia social o beneficencia, como también se le conoce, al Estado le corresponde buscar el bien común de la colectividad. Es sólo un remedio paliativo ante la dureza de la libertad económica incontrolada frente a las presiones sociales. En este plano se da la revolución que en su momento tendrá la seguridad social,

obligación de suministrar medios de subsistencia a los que no estuvieran en aptitud para trabajar y el imperativo de hacer efectiva la instrucción educativa.

De esta forma, la salubridad pública y la asistencia social se convierten en función del Estado y sus condiciones se determinan por ley. Las normas relativas a salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio, mientras que la asistencia es una obligación que se atribuye al Estado para prevenir los estados de necesidad y, cuando se requiere, proteger a los necesitados, cuidando su bienestar físico, moral y económico, que no se puede delegar en la iglesia o la iniciativa privada. Para lograrlo, el Estado crea una serie de instituciones: asilos para ancianos, orfanatos y casas de cuna, internados para inválidos, casas de pobres, escuelas, hospitales y centros de maternidad, montepíos para préstamos de dinero, etc., y también reparten ciertos bienes: alimentos en comedores públicos, desayunos escolares, leche a los infantes, prendas de vestir y medicinas, adaptando así al individuo para realizar su propio bienestar social.

La asistencia social como medio de procurar una vida compatible con la dignidad humana de las clases necesitadas y en acción complementaria con la que realiza el seguro social, sería posteriormente determinado en las constituciones modernas (como las de Bolivia y Ecuador, de 1867), integrando, en unión a la salubridad, el moderno derecho de la seguridad social. Con tal paso se declara al Estado responsable de proporcionar seguridad social a los necesitados.

Podría decirse que la concepción moderna de la seguridad social encuentra su origen en la Revolución Francesa y converge con el nacimiento y desarrollo de las sociedades industriales, periodo durante el que las condiciones laborales se agravarían en razón de todos los cambios que en todos los órdenes trajo consigo la maquinación de los procesos productivos, ya que los sectores mayoritarios de la población abandonan de manera acelerada las labores agrícolas y artesanales para emplearse en la industria y se da el tránsito de las pequeñas aldeas a las grandes urbes.

Así, con fundamento en la ideología liberal del *laissez faire*<sup>11</sup>, el 17 de junio de 1791 se promulgó la Ley *Le Chapelier* que suprimió las corporaciones y prohibió la formación de

---

determinando el papel rector y activo del Estado en aplicación de sus principios humanitarios frente a los riesgos sociales. Cfr. Espindola Martínez, *op. cit.*, p. 8.

<sup>11</sup> La doctrina del “dejar hacer, dejar pasar” en el aspecto económico, sostiene que el Estado no debe intervenir en las relaciones económicas que existen entre individuos, clases o naciones. En lo político, sin negar la

asociaciones profesionales por la creencia de que coartaban la libertad individual y entorpecían el comercio, pero con el desarrollo del maquinismo y la evolución económica que de él resultó, se hizo necesaria la solidaridad entre los trabajadores. De esta forma, las nociones de solidaridad humana y apoyo mutuo se impusieron a las condiciones imperantes en la época, apareciendo iniciativas patronales inspiradas por consideraciones generosas o humanitarias y, sobre todo, por el deseo de atraer mano de obra (paternalismo), sin contar con la intervención de los poderes públicos debido a los principios del liberalismo económico.

La posterior y gradual evolución de las formas de producción, originó diversos problemas y relaciones laborales, generándose una inevitable unión entre desarrollo económico y seguridad social, donde el primero se refiere al aumento de recursos y satisfactores en relación con la población y la segunda trata, tanto de asegurar al hombre la salud y bienestar necesarios para mantenerlo en aptitud para el trabajo y, por consiguiente, para la producción; como de brindar mejores condiciones de vida al proteger al ser humano de los riesgos comunes (enfermedades, vejez, invalidez y muerte) y específicos del trabajo (accidentes y enfermedades profesionales, desempleo y paro involuntario).<sup>12</sup> Esta vinculación pretende construir mecanismos de bienestar para toda la población en los ámbitos de salud, trabajo, recreación, educación y cultura, sin importar clase social, sexo, edad o creencia religiosa, esforzándose porque cada vez sean menos los que carezcan de las condiciones mínimas necesarias para subsistir y cada vez sean más las garantías que se ofrecen a la fuerza productiva a fin de incentivar la producción y, en consecuencia, el desarrollo. A partir de esto se podría afirmar que "toda política de desarrollo debe realizarse paralelamente con una política de seguridad social".<sup>13</sup>

En el curso del siglo XIX, los países que hoy calificamos de industrializados, pasaron por las diversas fases de la revolución industrial, de modo que esta evolución creó toda clase de problemas, dentro de los cuales, el más patético era el de la pobreza extrema en medio de la abundancia.

---

autoridad del Estado, sostiene que ésta no es absoluta y que los ciudadanos conservan una parte de autonomía que el Estado debe respetar. *Cfr. Madrazo Pintado, op. cit., p. 3.*

<sup>12</sup> Bonilla Marín, *op. cit.*, p. 23.

<sup>13</sup> Edgar Robledo Santiago. *Espistolario de la Seguridad Social*. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, 1976, p. 328.

Las formas de protección social manifestadas con anticipación a este período y las incipientes legislaciones que al respecto se fueron formulando tenían como finalidad reducir al mínimo la probabilidad de agitación social y no fueron más que un paliativo. Ninguna ayuda se concedía a un pobre que no había agotado totalmente sus recursos personales o que era socorrido por sus familiares. Además de que muy pocos se arriesgaban a la humillación de aceptar la ayuda prevista en las leyes de beneficencia, ya que esta aceptación suponía, a veces, la pérdida de los derechos civiles y el traslado obligatorio de miembros de la familia a asilos distintos.

En esta situación, la industrialización dio origen a una nueva y numerosa categoría de trabajadores: los obreros de las fábricas, que dependían por completo para su sustento del cobro regular de sus salarios y que si dejaban de percibirlos al quedar desempleados, caer enfermos, sufrir algún accidente de trabajo o alcanzar una edad demasiado avanzada para trabajar, podían verse reducidos a la indigencia. A su vez, la explotación intensiva de la fuerza laboral originaría enormes jornadas de trabajo y empleo de mujeres y niños con remuneraciones mínimas y bajo condiciones totalmente insalubres. De este modo, las libertades enunciadas por las teorías liberales condujeron a las grandes masas a condiciones de vida infrahumanas.

Como consecuencia, surgieron movimientos cuestionadores del orden establecido. En el plano ideológico, corrientes diversas impugnaron el estado de necesidad social, abogando, desde la autocorrección del liberalismo a través de legislaciones que humanizaran los procesos de desarrollo y posibilitaran la intervención del Estado, hasta el establecimiento de un nuevo orden basado en la vanguardia del proletariado. De manera simultánea, en el plano social, se multiplicaron los focos de tensión en el mundo.

Influenciados por esta situación, los gobiernos plasmaron en su legislación, durante los siglos XIX y XX, diversas medidas de carácter social. Desde los primeros y restringidos seguros sociales hasta los complejos e integrales sistemas de seguridad social.

De esta forma, a fines del siglo XIX, surge en Alemania el primer programa de seguridad social, en forma de seguro médico, con un Estado fuerte que buscaba la paz social, la unidad nacional y el estímulo al desarrollo industrial.

El canciller alemán Otto von Bismarck trató de impedir el surgimiento de organizaciones que pudieran contrarrestar la fuerza política del Estado, ya que la clase

proletaria que surgió como producto de la era industrial, constituía un poder en aumento para la creación de un movimiento político-social, situación que se hizo patente en 1874, cuando la crisis provocada por los derroches económico-financieros posteriores a la guerra de 1870 propició con sus huelgas, cesantía y cierres de industrias, el rápido nacimiento de un movimiento socialista bajo la influencia directa de Carlos Marx. Al observar estos progresos socialistas, el canciller Bismarck renovó su gobierno con base en conservadores prusianos y obtuvo una ley contra los socialistas el 21 de octubre de 1878, con la que suprimió el derecho de reunión y asociación, prohibió la existencia del Partido Social Demócrata Obrero (fundado en 1869) y aprisionó o desterró a sus jefes; sin embargo, temiendo que esta ley causara problemas al Estado, se dio cuenta de que era necesario ir al fondo del problema, que radicaba en la necesidad de los obreros y así surgió la idea de crear los seguros sociales cuya paternidad histórica se le adjudica por ese motivo.

El canciller planteó los fundamentos de su política social relativa a los seguros sociales en su mensaje al *Reichstag*<sup>14</sup> el 17 de noviembre de 1881 y, con base en esas ideas, fue promoviendo la aprobación de las siguientes leyes:

- a) Seguro Social Obligatorio de las Enfermedades, el 15 de junio de 1883, en beneficio de los trabajadores de la industria, administrado por mutualidades ya existentes;
- b) Seguro Social de los Accidentes de Trabajo, el 6 de julio de 1884, cuya administración se confió a las asociaciones de empleadores;
- c) Seguro Social de Invalidez y Vejez, el 22 de junio de 1889, que administraban las autoridades provinciales. Trabajadores, empleadores y Estado desempeñaban un papel y tenían voz en la dirección del régimen en conjunto, el seguro social se financiaba mediante cotizaciones y la afiliación era obligatoria para todos los asalariados a los que estaba destinado (hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, calificados y no calificados), sin considerar el estado de salud.<sup>15</sup>

Resulta interesante que la seguridad social haya empezado con la prestación de servicio médico-asistencial, pues para cualquier familia, la enfermedad representa un

---

<sup>14</sup> El Reichstag era el nombre alemán que se dio a la representación de los estamentos en el Sacro imperio romano germánico (I Reich, 962-1806) y al parlamento del estado alemán (Imperio alemán de los Hohenzollern Guillermo I y Guillermo II, II Reich, 1871-1918, así como el régimen de Hitler, III Reich, 1933-1945). Cfr. Edmund Jan Osmaciński. *Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales y Naciones Unidas*. FCE, México, 1976, p. 942.

<sup>15</sup> OIT, *op. cit.*, p. 4.

elemento desestabilizador, tanto por lo imprevisto, como por la posible gravedad, las repercusiones económicas del tratamiento y las posibles minusvalías resultantes. Por ello, desde 1883 la seguridad social ha sido parte decisiva de la estabilidad económica.<sup>16</sup>

El modelo de Bismarck, que fue el punto de partida de los seguros sociales modernos, no experimentó modificaciones sustanciales y su evolución hasta la Primera Guerra Mundial se enfocó casi exclusivamente a la ampliación de algunos nuevos beneficios. Así, el seguro contra enfermedad que en 1883 había sido establecido solamente para los trabajadores industriales, en 1911 y en 1913 extendió sus beneficios a los trabajadores agrícolas y los empleados de comercio, respectivamente. Así mismo, en 1911 se contempló la ayuda a viudas y huérfanos de trabajadores asegurados.

Al término de la Primera Guerra Mundial (1914-1917), con distintos matices y en diferentes tiempos, la mayoría de países adoptaron la solución alemana de fines del siglo XIX, estableciendo sistemas de seguros sociales como un intento para aliviar los problemas de desempleo, mientras que el Pacto de la Sociedad de Naciones, por su parte, insertó principios de seguridad social que desembocaron en la consolidación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a cuyo cargo se encuentra, desde entonces, la difusión de la legislación laboral internacional<sup>17</sup>, misma que incluye normatividades relativas a seguridad social.

En los veinticinco años siguientes ocurrieron tres hechos que cambiaron totalmente la forma de analizar y observar los seguros sociales y que dan pasos decisivos para el surgimiento de la seguridad social:<sup>18</sup> a) Entre 1929 y 1933, la economía mundial se desplomó, ocasionando una depresión económica mundial y mostrando la fragilidad del ser humano respecto al infortunio y la pobreza, pues hubo quienes al perder su trabajo, poco a poco perdieron su patrimonio hasta transformarse en víctimas de la llamada "crisis del 29"; b) el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial destruyó nuevamente la economía y, en consecuencia, generó un nuevo período de minusvalía física y social de las naciones en el ámbito mundial. Gran Bretaña produjo una especial respuesta a esta situación cuando el Parlamento inglés aprobó el Plan Beveridge, que establece atención médica gratuita,

---

<sup>16</sup> Cfr. Jesús Kumate Rodríguez. "Medicina preventiva, medicina curativa y salud pública" en José Narro Robles y Javier Moctezuma Barragán (Compiladores). *La seguridad social y el Estado moderno*. IMSS- ISSSTE-FCE, México, 1992, p. 281.

<sup>17</sup> OIT. *op. cit.*, p. 7.

<sup>18</sup> Cfr. Espindola Martínez, *op. cit.*, pp. 16-17.

prestaciones económicas y programas sociales de aplicación universal; y c) la crisis social y política que produce la Segunda Guerra Mundial generó un movimiento reivindicador del ser humano y los países se congregan en una nueva organización: las Naciones Unidas.

Respecto a los dos últimos puntos anteriormente señalados, conviene hacer algunas anotaciones debido a la importancia que revisten dentro de la evolución de la seguridad social, por el significado de su aportación.

En 1941, bajo circunstancias de guerra, el gobierno británico constituyó una comisión interministerial encargada de elaborar un examen general de los sistemas de seguros sociales y de los servicios anexos, en escala nacional, comprendiendo los accidentes de trabajo y debiendo presentar recomendaciones encaminadas a la mejora del régimen. La presidencia de dicha comisión recayó en William Beveridge, poseedor de vasta experiencia en los asuntos sociales, con amplios conocimientos científicos en la materia y numerosas obras sobre asuntos obreros y sociales.

El 20 de noviembre de 1942 fue presentado el resultado, conocido como Informe Beveridge, mismo que en su parte crítica, destaca las dos principales características de la seguridad social británica; la insuficiencia y la complejidad y, en su parte constructiva, perfila dos caminos principales para obtener mayor justicia social: la unificación de sistemas e instituciones y la extensión del campo de los beneficiados. Este informe consta de tres partes: el programa completo de prestaciones en dinero, el sistema general de subsidios infantiles y el plan general de cuidados médicos para toda la población, que fue finalmente establecido como servicio nacional de salud en 1948. De esta forma, el viejo sistema inglés que cubría sólo algunos de los riesgos sociales en beneficio de un reducido grupo de ciudadanos, especialmente de trabajadores subordinados, fue sustituido por una amplia organización nacional de seguridad social, unificada y completa, que atendía a todos los ciudadanos necesitados a través de la identificación de las causas primordiales de necesidad, consagrando para cada una de ellas un beneficio diferente, destinando a la asistencia como un medio auxiliar para aquellas necesidades no contempladas por los seguros correspondientes y financiándose del presupuesto nacional, con un diseño encaminado a atender la mayor parte de las necesidades del individuo y su familia, con prestaciones que antes sólo disfrutaban los asalariados.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Cfr. Madrazo Pintado, *op. cit.*, p. 12.

El Informe Beveridge, considerado como documento fundamental de la seguridad social contemporánea, provocó un movimiento político-social de tal magnitud que, traspasando las fronteras de su propio país, hizo impacto en el campo internacional y en la línea pragmática sostenida en la segunda posguerra.

La Segunda Guerra Mundial (1939-1945) condujo al triunfo de una nueva concepción de la seguridad social. Así, el 12 de agosto de 1941 fue firmada la Carta del Atlántico por Roosevelt y Churchill, donde este último, influido por Beveridge, introdujo en los puntos 5 y 6 de esta carta asuntos relacionados con la seguridad social. Así, el punto 5 comprometía a los aliados a luchar por "establecer la colaboración más completa entre todas las naciones en el dominio económico a fin de asegurar a todos mejores condiciones de trabajo, una situación económica más favorable y la seguridad social", mientras que el punto 6 obligaba al "establecimiento de una paz que garantice a todas las naciones los medios de vivir en seguridad en el interior de sus propias fronteras y que proporcione a los habitantes de todos los países la seguridad de poder terminar sus días al abrigo del temor y la necesidad".<sup>20</sup>

El eco que estas ideas tuvieron en todo el mundo se comprobó en la actitud de la conferencia internacional que llevó a cabo la OIT, en plena guerra, en la ciudad de Nueva York, en octubre y noviembre de 1941, donde se aprobaron resoluciones apoyando la Carta del Atlántico y la reconstrucción de posguerra sobre la base de la seguridad social. Además, una vez creada la Organización de Naciones Unidas, se aprobó un código ético suscrito por todos sus miembros: la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948), que en su artículo 22<sup>21</sup> establece el derecho a la seguridad social y en su artículo 25<sup>22</sup>, a la asistencia médica y a otras condiciones que garanticen el bienestar y la dignidad del ser humano y su familia. Este hecho coadyuvó a que la seguridad social se convirtiera

---

<sup>20</sup> Cfr. Espíndola Martínez, *op. cit.*, p. 19-20.

<sup>21</sup> Artículo 22: "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad". Cfr. "Declaración Universal de Derechos Humanos", Resolución 217 (III) de la Asamblea General de la ONU, 10/diciembre/1948" en Alberto Székely (Comp.). *Instrumentos Fundamentales de Derecho Internacional Público*. Tomo I, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Textos y Estudios Legislativos No. 9, México, 2a. ed., 1989, p. 219.

<sup>22</sup> Artículo 25: "1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2) La maternidad y la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales". *Ibid.*, p. 220.



en uno de los objetivos básicos de Naciones Unidas, con gran importancia mundial, por lo que, a partir del primer año de la segunda posguerra, se desarrolló un importante movimiento internacional pro-legislaciones de seguridad social, pues la instrumentación de regímenes en la materia constituyó un elemento básico en todos los programas de reconstrucción por el interés que representaba a los más de sesenta países que durante ese período se independizaron.

La importancia de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre radica en que expresa las prerrogativas que deben reconocerse a toda persona sólo por el hecho de serlo y porque constituye testimonio irrefutable de que con buena voluntad y rectitud de intención, por encima de diferencias ideológicas, se puede alcanzar la unidad en puntos fundamentales como supuesto imprescindible para afianzar la convivencia, ya que las naciones signatarias de esta declaración, no obstante las grandes diferencias que entre ellas existían, coincidieron en hacer patente la convicción respecto a la urgencia de lograr transformaciones que permitieran a los hombres una vida digna en todas sus dimensiones<sup>23</sup>.

De esta forma, a partir de la década de los años cincuenta, la fundación de instituciones de seguridad social se dio horizontal y verticalmente en el mundo entero de manera vertiginosa, lo que creó la imagen de que la consolidación de los principios que la sustentan ya no admitía discusión, cuando en realidad, en muchos casos fue una consecuencia del positivo crecimiento económico que se presentó en el hemisferio occidental.

Dentro de la misma tendencia, aunque con inicio un poco anterior (a mediados de la década de los cuarenta), surgieron organismos internacionales que de alguna forma se relacionan con la seguridad social, entre los que se pueden citar: primero, a organismos del sistema de Naciones Unidas, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); segundo, a organismos internacionales cuyos objetivos no son específicamente la seguridad social, pero que cuentan con programas en esta materia que se enfocan a la región americana, que es nuestro particular

interés, como son la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y por último, los organismos cuyo objetivo principal es el desarrollo de la seguridad social, como la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), todos ellos con el objetivo básico de lograr la coordinación intrasectorial para aprovechar más eficientemente los recursos y con ello, promover el desarrollo de la seguridad social.

Las tendencias universales para establecer, mantener y mejorar sistemas de seguridad social en los países industrializados, desde los más rudimentarios hasta los más progresistas, tuvieron claras manifestaciones en América Latina y en especial en México, como se detalla a continuación.

### **1.3. Desarrollo en México**

Desde la época precolonial se encuentran los antecedentes más remotos de formas de ayuda que podrían catalogarse como de seguridad social. Así, se pueden citar los almacenes de bastimentos destinados al reparto de comida y ropa a los pobres, y hospitales mantenidos por el emperador azteca. Por su parte, el Código Badiano de 1522, escrito en náhuatl por Martín de la Cruz, afirma que la medicina entre los aztecas se encontraba sumamente desarrollada.<sup>24</sup>

Durante la época colonial, los reyes españoles dictaron las denominadas leyes de indias, destinadas a proteger a los indígenas de los abusos de los españoles y que, entre otros puntos, limitaban la jornada máxima de trabajo a ocho horas; protegían la maternidad; trataban de regular los trabajos insalubres, peligrosos y los que se realizaban en las minas y ciertas plantaciones, además de establecer cajas de comunidad para el socorro de viudas, huérfanos, ancianos, inválidos y enfermos. A su vez, hacia 1553 se solicitó a la Real Audiencia de la Nueva España el presupuesto y la autorización para construir un hospital para curar pobres y enfermos, en tanto que en los virreinos de México y Perú se fundaron

---

<sup>23</sup> Cfr. Mariano Azuela Gutiérrez. "El estado social de derecho en México" en Narro Robles y Moctezuma Barragán., *op. cit.*, p. 37.

<sup>24</sup> Cfr. Jerónimo Angel Salazar Estrada. *La seguridad social en el ámbito internacional*. Tesis de Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho, UNAM, México, 1983, p. 51.

casas-asilo para niños "vergonzosos" y casas-hospicio para niños abandonados, mientras que los negros libres tenían también sus cofradías.<sup>25</sup>

En esta época destacan personajes como Bartolomé de las Casas, quien defendió a los indígenas contra los abusos e intentó la reducción de esclavos en su obispado, o Vasco de Quiroga, quien estableció una comunidad indígena donde se trabajaba colectivamente, se otorgaba instrucción de lenguas, artes, oficios, labores caseras y agricultura; así mismo, existían enfermerías y casas de convalecencia. La obra de Vasco de Quiroga fue recordada en ocasión de la Séptima Conferencia de Seguridad Social celebrada en Asunción, Paraguay, en 1964<sup>26</sup>.

Al lograrse la independencia de México, se puso de manifiesto el deseo de agregar a la emancipación política, la social, por lo que en la mayoría de discursos de los libertadores se hacen patentes los principios que serían la base constitucional de la futura nación y que incluyen como móviles principales, la justicia social y la distribución equitativa de los ingresos. Así tenemos, por ejemplo, que José María Morelos, en sus "Sentimientos de la Nación" propone una nación socialmente justa donde se moderen tanto la pobreza como la riqueza. Este ideario fue refrendado en la Constitución de Apatzingán de 1814, en cuyo artículo 25 se aludía al derecho popular a una seguridad garantizada por los gobernantes. Sin embargo, durante el primer siglo de existencia autónoma de México no hubo un período suficientemente largo de tranquilidad, por lo que el gobierno dedicó sus esfuerzos a la consolidación del poder político en lugar de satisfacer las necesidades más elementales de su población.<sup>27</sup>

El régimen porfirista fue ajeno a la protección de las clases necesitadas y, a la par del desarrollo incipiente del capitalismo, las precarias condiciones de trabajo de la población incrementaron de manera sustancial los movimientos de inconformidad de obreros y campesinos, quienes en busca de mejorar su forma de vida se unieron para crear las primeras organizaciones para su protección. Así encontramos, por ejemplo, el Círculo de Obreros Libres y la Liga de Ferrocarrileros que, en 1906 y 1908, respectivamente, iniciaron la lucha común por mejoras laborales y de protección social. Sin embargo, las reducidas

---

<sup>25</sup> Cfr. Madrazo Pintado, *op. cit.*, p. 37.

<sup>26</sup> Cfr. Salazar Estrada, *op. cit.*, pp. 51-53.

<sup>27</sup> Cfr. IMSS. *Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983: 40 años de historia*. IMSS, México, 1983, p. 16.

aportaciones con que contaban, derivadas de las cortas percepciones obreras, les impidieron llegar a organizar adecuadamente sus servicios.

Por lo anterior, en el plano legislativo, los verdaderos antecedentes sobre el aseguramiento de los obreros y sus familiares con respecto a los riesgos propios de su trabajo, se encuentran en dos disposiciones aprobadas por legislaturas estatales: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida por José Vicente Villada el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida el 9 de abril de 1906 por el gobernador de la entidad, Bernardo Reyes. La importancia de estos dos ordenamientos radica en el hecho de que reconocían por primera vez en el país la obligación para los empresarios de atender a los empleados de sus negociaciones en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores.<sup>28</sup>

Por otra parte, en 1906, Enrique y Ricardo Flores Magón, en su *Manifiesto del Partido Liberal Mexicano*, realizaron una trascendente aportación al desarrollo de la seguridad social en el país, al proponer la modificación de la Constitución Política con objeto de garantizar al obrero un salario mínimo; la reglamentación de la jornada de trabajo, el servicio doméstico y el trabajo a domicilio; la prohibición del empleo de niños menores de 14 años; la obligación de los patrones de mantener condiciones de seguridad e higiene en las fábricas y el pago de indemnizaciones por accidentes de trabajo, entre otros.

Durante el período revolucionario, los caudillos manifestaron pensamientos a favor de una labor legislativa en materia social desde 1914.<sup>29</sup> Como consecuencia de ello, el 14 de septiembre de 1916, Venustiano Carranza expidió un decreto para explicar la urgencia de llevar a la práctica las reformas política, social y económica que postulaba la revolución, pues consideraba que su instauración sería remedio eficaz para dar fin a la guerra interna, lo cual hacía imprescindible la elaboración de una nueva constitución, ya que la de 1857 había revelado su ineficacia para hacer de México una nación moderna y de convivencia armoniosa.

De esta forma, el Congreso Constituyente de 1917, retoma las ideas de los Flores Magón, en el sentido de incorporar los derechos de los obreros a la Constitución, haciendo hincapié en la responsabilidad de los empresarios ante los accidentes y enfermedades profesionales al asentar que "se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de

---

<sup>28</sup> Cfr. *Ibid.*, p. 17.

seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular<sup>30</sup>.

Posteriormente, el presidente Alvaro Obregón se preocupó por crear un instrumento de seguridad social para los trabajadores, como lo manifestó en uno de sus discursos, el 7 de febrero de 1921, donde declaró que el establecimiento del "seguro obrero es una medida de protección a la clase trabajadora, cuya oportunidad y conveniencia nadie podrá discutir, pues son tan apremiantes las reivindicaciones del pensamiento y la cultura modernas en este sentido, que cualquier gobernante que quisiera oponerse a un movimiento humanitario de suyo tan importante, no sólo fracasaría, sino que dejaría de cumplir con su deber".<sup>31</sup> Esta convicción sirvió de fundamento para la redacción de un proyecto de ley para el aseguramiento de los trabajadores que se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de diciembre de 1922, donde se planteaba la creación de un fondo de reserva formado a partir de la contribución del 18% del salario de los obreros, que aportarían los empresarios y administraría el Estado, al tiempo que, por otra parte, se acordaba ayuda económica y otras prestaciones para los obreros que sufrieran accidentes, padecieran enfermedades y llegaran a la vejez, así como para los familiares de los que murieran. A pesar de que Obregón exhortó a la opinión pública a analizar su proyecto a fin de que se agilizará su aprobación, la carencia de una legislación laboral única en toda la República significó un gran obstáculo y, pese a que posteriormente éste solicitó una reforma al artículo 123 constitucional para que el Congreso de la Unión expidiera leyes sobre el trabajo que fueran de observancia en toda la nación, su propuesta no tuvo éxito y continuó en espera la cristalización del proyectos para la creación del seguro social.

En 1925, el presidente Plutarco Elías Calles retomó los pasos iniciales que había dado su antecesor y presentó otros dos proyectos de ley, uno sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que disponía la creación de un Instituto Nacional de

---

<sup>29</sup> Cfr. Madrazo Pintado, *op. cit.*, p. 42.

<sup>30</sup> Artículo 123 fracción XXIX de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* publicada el 5 de febrero de 1917.

<sup>31</sup> Cfr. IMSS. *Instituto Mexicano... op. cit.* p. 18.

Seguros Sociales, y otro sobre la reforma al Artículo 123 constitucional<sup>32</sup>. Todos ellos, junto con la propuesta de la Cámara de Senadores para integrar un fondo de ahorro por los obreros, sólo retirable ante la incapacidad definitiva, un accidente grave, una enfermedad incurable o la vejez, suscitaron la inconformidad de los empleadores, que no estaban de acuerdo en ser ellos los únicos contribuyentes al sostenimiento del sistema de seguro social porque consideraban que otros sectores de la población debían contribuir económicamente también. De cualquier modo, pese a las dificultades que hallaba, el gobierno estaba empeñado en la creación de un seguro social y así, cuando el 27 de marzo de 1926 expidió una Ley General de Sociedades de Seguros, se incluyó un artículo transitorio que dejaba al Poder Ejecutivo la facultad de decretar posteriormente las medidas complementarias conducentes a lograr ese objetivo.

De esta forma, el establecimiento del seguro se convirtió en bandera política por parte de todo el que quisiera llegar a la Presidencia y así, durante la campaña reeleccionista de Alvaro Obregón en 1927, hasta había un partido llamado Previsión Social, que tenía como principal objetivo el establecimiento de una institución dedicada al aseguramiento obrero, mientras que su principal opositor, el general Francisco Serrano, mencionaba en su plan de gobierno la creación de una legislación sobre seguridad social de los trabajadores industriales. Sin embargo, la desaparición violenta de ambos contendientes durante 1928 hizo que ningún programa se hiciera realidad.

El 1º de marzo de 1929, por inspiración del expresidente Calles, se fundó el Partido Nacional Revolucionario que aglutinó tanto a los diferentes grupos políticos surgidos de la revolución, como a los caciques locales, caudillos militares y agrupaciones de obreros y campesinos, que consiguieron que entre los principios asentados en la declaración fundamental de ese Partido se expresara que se lucharía por elevar a la categoría de ley el proyecto de seguro obrero concebida y presentada por el general Alvaro Obregón.<sup>33</sup>

De esta forma, en agosto de 1929, siendo presidente Emilio Portes Gil, se reformó el artículo 123 constitucional y el texto de su fracción XXIX, los cuales quedaron así:

---

<sup>32</sup> El proyecto sobre la creación del Instituto Nacional de Seguros Sociales proponía una administración tripartita, pero la integración económica correspondería sólo al sector patronal, mientras que el proyecto sobre la reforma al Artículo 123 contenía una definición precisa de la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y en las enfermedades profesionales de sus empleados, así como la determinación del monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes a tales casos. *Ibid.*, p. 19.

<sup>33</sup> *Ibid.*

"El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos, y de una manera general, todo contrato de trabajo...

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares".<sup>34</sup>

Con ello, se dejó asentada la posibilidad legal para el establecimiento formal del sistema de seguridad social mexicano; sin embargo, pasaron casi tres lustros para que esto se hiciera realidad. Mientras tanto, su necesidad se hizo tan patente que, durante la presidencia de Pascual Ortiz Rubio, en 1931 se expidió la Ley Federal del Trabajo, en la que se hace extensivo el deber de asegurar el porvenir de los asalariados y de sus familias mediante el pago de indemnizaciones en caso de riesgos profesionales. A la par, se realizaron varios estudios y proyectos para el establecimiento de una Sociedad Nacional de Seguros contra Accidentes de Trabajo que posteriormente, ampliaría su acción a las enfermedades profesionales, previendo para su funcionamiento la aportación de fondos gubernamentales y patronales y el manejo por los industriales con el fin de transformarla con el tiempo en una mutualidad.<sup>35</sup>

Fue hasta el régimen presidencial de Lázaro Cárdenas, cuando se emitió un proyecto de Ley del Seguro Social, fundamentado en los antecedentes, pensamientos y proyectos elaborados con anterioridad. Cabe mencionar que esta acción fue particularmente influenciada por las resoluciones adoptadas por la Primera Conferencia de los Estados de América miembros de la OIT, que se desarrolló en Santiago de Chile en enero de 1936 y que hacía alusión a la necesidad de que se establecieran lo más pronto posible legislaciones adecuadas sobre la materia en todas las naciones signatarias de tales acuerdos. Ante tal recomendación a escala internacional, Cárdenas solicitó a las distintas dependencias del gobierno federal la redacción de distintos proyectos de ley, entre los que fue aceptado el presentado por el entonces Secretario de Gobernación, Ignacio García

---

<sup>34</sup> Este texto es conservado actualmente. Cfr. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Ed. Porrúa, 119ª. ed., México, 1997, pp. 127-138.

<sup>35</sup> Cfr. IMSS. *Instituto Mexicano... op. cit.*, p. 20.

Téllez. Sin embargo, debido a la fuerte crisis económica que sufrió el país a causa de la expropiación petrolera, nuevamente el proyecto no fue puesto en marcha.

Hubo que esperar hasta el período presidencial de Manuel Ávila Camacho, para que se creara la Comisión Técnica del Seguro Social y el proyecto de García Téllez fuera aceptado por el Congreso de la Unión y publicado el 19 de enero de 1943 en el *Diario Oficial de la Federación*, quedando promulgada, de esta forma, la Ley del Seguro Social que dio origen, en 1944, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Con este hecho, se lograba la concreción de los principios de justicia laboral expresados durante la revolución mexicana y se suponía que, en la práctica, al entrar en operaciones el citado instituto, éste funcionaría:

1. Como instrumento de seguridad para el trabajador, porque procuraba la protección de su ingreso y porque hacía efectiva la creación de todo un sistema médico tendiente al cuidado de su salud.
2. Como elemento de distensión de las relaciones laborales, puesto que implicaba un régimen de diálogo entre los diferentes sectores que intervienen en el proceso de la producción —el obrero y el patronal—, representados los dos, lo mismo que el Estado —en funciones de mediador y de superior instancia de conciliación—, en los órganos de gobierno del Instituto encargado de su aplicación.
3. Y, finalmente, como ordenamiento creador y organizador de un régimen específico de justicia social que repercutiría en la mejoría general de toda la economía del país, puesto que tendería a asegurar el patrimonio humano, 'que es la riqueza por excelencia de las naciones'.<sup>36</sup>

Durante los primeros años, el instituto tuvo que afrontar oposición por parte de industriales y comerciantes descontentos por el pago de cotizaciones, así como por uniones médicas que veían perdida buena parte de sus honorarios, en el Distrito Federal, que fue donde inició operaciones el IMSS. Estas campañas antagónicas llevaron a algunos grupos de manifestantes a apedrear clínicas, argumentando incompetencia y negligencia de los médicos.

No obstante, el instituto, por la vía legal, continuó buscando los procedimientos más idóneos y los servicios adecuados para brindar más y mejores beneficios a la clase trabajadora. Por ello, y en tanto que ninguna legislación puede permanecer estática,

---

<sup>36</sup> Benjamín Flores Hernández. "1943-1993: 50 años de historia de la Ley del Seguro Social" en *Cuestión Social*, edición especial por el cincuentenario del IMSS, IMSS, México, 19 de enero de 1993, p. 29.



particularmente frente a una sociedad tan cambiante como la nuestra, casi inmediatamente se hizo necesario introducir ciertas modificaciones a la Ley del Seguro Social para que los resultados de su aplicación fueran mejores.

De esta forma encontramos que, apenas a seis meses de su aplicación, esta Ley tuvo la primera reforma cuando, el 24 de noviembre de 1944, se decretó que la cobranza de las aportaciones al seguro social tendría carácter fiscal para facilitar el cobro a los acreedores morosos.<sup>37</sup> Posteriormente, mediante decretos del 11 de abril y 21 de junio de 1945, se reformó en dos ocasiones consecutivas, el artículo 112, relativo a la integración del Consejo Técnico del instituto.<sup>38</sup>

En el período presidencial de Miguel Alemán (1946-1952), el 31 de diciembre de 1947, se reformaron 10 artículos de la ley de referencia, a fin de adaptar el monto de los subsidios y pensiones a los incrementos salariales y al costo de la vida, con objeto de que no se perdiera el poder adquisitivo de los beneficios<sup>39</sup>. Así mismo, de febrero a julio de 1949, se modificaron 60 artículos más, con objeto de adecuar las cuotas del ramo de enfermedades y maternidad para asegurar el equilibrio financiero de la institución, aumentar las prestaciones y mejorar los servicios. Otras innovaciones fueron: la ampliación hasta los 25 años de edad para el goce de pensiones de orfandad, siempre que sus beneficiarios estuvieran incapacitados para mantenerse por sí mismos (por enfermedad, defecto físico o por encontrarse estudiando); la autorización para que el IMSS celebrara convenios con otras personas o instituciones que lo auxiliaran en el cumplimiento de las prestaciones por riesgos profesionales o enfermedades generales y maternidad; y la introducción de cambios operativos para transformar los avisos de alta, baja o modificación dentro del

<sup>37</sup> Modificación al artículo 135 de la Ley del Seguro Social original que expresaba cómo, a partir de entonces, la obligación de pagar las aportaciones debidas al IMSS tendría el carácter de fiscal y que, además, correspondería a este instituto la determinación del monto de los créditos y las bases para su liquidación. En cuanto a las cuotas adeudadas, su cobro podría hacerse a través de las oficinas federales de hacienda, pudiéndose recurrir a la vía económico-coactiva. Esta innovación resultó muy acertada según los estudios económicos elaborados por el IMSS. *Cfr. IMSS. Instituto Mexicano... op. cit., p. 36.*

<sup>38</sup> Con estas reformas se incrementó el número de miembros propietarios del Consejo Técnico de seis a nueve miembros, más nueve suplentes, además del Director General del instituto, con tres representantes del Estado, tres de los trabajadores y tres de los patrones. La justificación de esta modificación fue el buen éxito que en la mayoría de sistemas de seguridad social existentes en el mundo, tenía la composición tripartita, ya que permitía la armonización y asociación de intereses de los que contribuyen al sostenimiento financiero de la institución. *Ibid.*

<sup>39</sup> Esta reforma fue producto de los primeros cuatro años de operación del IMSS y fue positivo en cuanto a que reconocía la responsabilidad gubernamental para que el IMSS se mantuviera acorde a los cambios sociales,

régimen y los números de registro patronal y de afiliación, lo que facilitó el control sobre el pago de cuotas y la vigencia de derechos de los asegurados.

Durante la presidencia de Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958) se modificaron, a partir del 1º de marzo de 1957, 78 artículos, que introdujeron mejoras en la administración y estabilidad financiera del instituto; ciertas variantes en la definición de riesgos de trabajo (como por ejemplo, el reconocimiento de que los accidentes sufridos por el empleado entre el traslado de su casa al centro de trabajo, y viceversa, constituían un riesgo efectivo de trabajo) y prevención social en general. Así también, aumentó el número de grupos de cotización de acuerdo con las alzas salariales; se incrementó en determinadas circunstancias el subsidio por incapacidad hasta la totalidad del sueldo y se incorporó, dentro del concepto de previsión social y prevención de estado de invalidez, toda una amplia gama de prestaciones de índole médica, cultural, educativa y social, entre las que se pueden encontrar el establecimiento de casas de recuperación y reposo y escuelas de adaptación para la completa curación de los asegurados que hubieran sufrido algún riesgo de trabajo o enfermedad general que requiriera de ese tratamiento. De la misma forma, se inició la extensión del seguro social al campo y se creó la "Casa de la Asegurada" para impartir cursos y artes menores que permitieran a las asistentes aprender actividades económicamente redituables. Estos centros sustituyeron a los de alfabetización, creados en 1945, y que en 1950 recibieron el nombre de Centros de Educación Popular y de Seguridad Social.

Al llegar a la primera magistratura Adolfo López Mateos (1958-1964), desde fines de 1959 se introdujeron reformas a 26 artículos de la ley las cuales crearon los instrumentos adecuados para aumentar las prestaciones en dinero y mejorar los servicios médicos otorgados por el instituto, así como para constituir la incorporación al régimen de ciertos grupos de trabajadores rurales y urbanos. En su afán por intensificar la extensión del régimen a otros estados de la República, a mediados de 1963, se encontraban firmados convenios con campesinos de nueve estados de la República, mientras que el 27 de junio de ese mismo año, López Mateos expidió un decreto para incorporar al régimen a los productores de caña de azúcar pero, ya que por las características específicas de los trabajadores de este ramo, hubiesen sido necesarias muchas modificaciones a la Ley, se

---

mantuviera su equilibrio financiero y garantizara a las clases laborales el derecho a su bienestar material y

optó por la formulación de un ordenamiento complementario para determinar con más precisión la forma en que operaría el seguro en su beneficio. Este hecho resulta muy importante ya que, además de expresar lo que López Mateos concebía sobre el seguro social<sup>40</sup>, constituye el punto de partida para la incorporación de otros núcleos de población con modalidades especiales al seguro ordinario inicialmente establecido. Esto condujo a que por primera vez apareciera de manera oficial la consideración de la necesidad de superar la noción tradicional de seguro para adoptar la de seguridad social, que desarrollaría posteriormente el principio institucional de "seguridad y solidaridad social para todos"<sup>41</sup>. Por otra parte, desde 1960 las casas de la asegurada se transformaron en Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar, algunos de los cuales, actualmente funcionan como centros de capacitación técnica para el trabajo. Con ello, el IMSS obtuvo la protección a 266,867 mexicanos (64,216 asegurados y 202,651 beneficiarios), para cuya atención se inició enseguida un extenso plan de construcción de clínicas y puestos periféricos.

El mandato del presidente Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970) se caracterizó por el fortalecimiento del régimen del seguro social en el campo, sustentando este suceso en el hecho de que, a la larga, tal medida repercutiría en mejoras para la economía nacional, y además, ante todo, debería fortalecerse la conciencia de solidaridad social en todos los componentes de la colectividad, por lo que nuevas modificaciones a la Ley entraron en vigor a partir del 1º de enero de 1966. En este mismo sexenio, el 3 de julio de 1966 se abrió al público el centro vacacional Oaxtepec con el propósito de fomentar la salud integral de

---

desarrollo espiritual. *Ibid.*

<sup>40</sup> El seguro social, producto de los ideales del nacionalismo revolucionario, era concebido por López Mateos como uno de los productos centrales de su administración, por lo que era necesario aprovechar cuanta circunstancia fuera propicia y destinar cuanto recurso, material y humano, estuviera al alcance, para hacer de la reforma agraria una reforma social y económica integral que diera sentido a los anhelos y luchas de los campesinos de México para disfrutar mejores condiciones de vida y por ello, era necesario extender el régimen al mayor número de campesinos *cfr. Ibid.*, p. 39.

<sup>41</sup> En palabras del presidente López Mateos, México vivía una etapa de transición de los seguros sociales a la seguridad social, ya que "las prestaciones sociales que nos hemos impuesto impartir e impulsar y que ya forman parte de la actividad del Seguro Social, muestran importantes conquistas logradas hacia esa nueva proyección y nuevo sentido del bienestar social. La seguridad social se distingue de los seguros sociales clásicos, tanto por la más amplia protección que concede para abarcar el ciclo de cada vida —de la cuna a la tumba— como por la estructura financiera de uno y otros sistemas. Los seguros sociales operan dentro de los principios del cálculo de probabilidades, la teoría del riesgo y una idea restringida de solidaridad frente a los riesgos, pues sólo comprende a los empleadores en relación con sus trabajadores, cuando existe, en el molde legal tradicional un contrato de trabajo. La seguridad social, en cambio, implicaba la adopción de nuevas

los trabajadores asegurados, elevar la calidad de vida, desarrollar la convivencia social y fortalecer el núcleo familiar. Tiempo después, se abrieron dos centros vacacionales más, ante el incremento de la demanda de este tipo de establecimientos.

Durante su período presidencial, Luis Echeverría Álvarez (1970-1976) se enfrentó a la urgencia de capitalizar al país y, frente a las fuertes presiones internacionales sobre la economía, se hizo necesario, según sus propias palabras, "sacudir la inercia originada en tres décadas de prosperidad desigual y de una expansión de la fuerza productiva que relegaba las legítimas exigencias sociales y las sometía en nombre de una falsa y precaria estabilidad"<sup>42</sup>, para lo cual resultaba indispensable desechar la falsa ideología de un crecimiento que, para elevar los indicadores económicos, postergaba las demandas de justicia social. De esta forma, dentro de la concepción de Echeverría, la clase trabajadora de México sólo se afianzaría mediante la mejora de su nivel de vida, lo que redundaría a la larga, en un aumento de la producción. Las acciones que se emprendieron para buscar que la totalidad de los mexicanos participara en los beneficios de la riqueza nacional, encajaba muy bien en el concepto de seguridad social, lo que había sido demostrado en la experiencia de los años de existencia del IMSS.

Como consecuencia de ello, se planteó la posibilidad de una reforma más amplia a la Ley del Seguro Social e inclusive, su completa reestructuración, ya que algunas figuras jurídicas no concordaban con la nueva Ley Federal del Trabajo que adquirió vigencia el 1º de mayo de 1970. Como resultado, el 1º de enero de 1971, y debido a las condiciones económicas del país, se introdujeron reformas parciales que fortalecían la acción del instituto, y eliminaban o modificaban las figuras jurídicas que no concordaban con la nueva legislación laboral.

No obstante, para Echeverría esas reformas no eran suficientes, pues se requería un replanteamiento de la ley original. Debido a ello, el 1º de abril de 1973 entró en vigor la nueva Ley del Seguro Social que imprime nuevo vigor al instituto e incluye, entre los puntos más importantes: un nuevo grupo de colización con límite móvil (y no fijo, como antes se estipulaba) equivalente a 10 veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal; sustitución de los términos "accidentes de trabajo" y "enfermedades profesionales", por el

---

legislaciones y derechos que llevan a una ampliación de la solidaridad social frente a los riesgos comunes de toda una colectividad." *Ibid.*, p. 40.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 46.

de "riesgos de trabajo"; incremento en el monto de las pensiones (cuyos importes databan de 1959) y revisión de su cuantía cada 5 años; creación del ramo de guarderías para hijos de aseguradas; establecimiento de formas para facilitar la continuación voluntaria dentro del régimen obligatorio; enriquecimiento y perfeccionamiento de los seguros facultativos y adicionales; ampliación del campo de las prestaciones; consolidación de la estructura económica del régimen; instauración de servicios de solidaridad social (inicio del Programa IMSS-Coplamar para atención médica en las poblaciones rurales marginadas) y actualización del artículo primero de la ley. Este último hecho resulta particularmente sobresaliente ya que enuncia que el seguro social obligatorio se establecía para "garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo"<sup>43</sup>, tesis que México ha sostenido de manera constante y reiterada y que coincide con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, documento que fue suscrito y ratificado por nuestro país.

Posteriormente, a partir del 1º de enero de 1975, serían modificados 19 artículos de la nueva ley, con el propósito de proporcionar atención médica a otros miembros del grupo familiar, así como de mejorar en general, el monto de las pensiones económicas, mismas que se incrementarían con la asignación anual de una cantidad a manera de aguinaldo.

Con el gobierno de José López Portillo (1976-1982), se llevaron a cabo seis procesos distintos de modificación a la ley, que establecían, reformaban, adicionaban y derogaban diversas disposiciones fiscales contenidas en los artículos 46 y 271 de la misma (1º de enero de 1980 y 1º de enero de 1982); actualizaban la cuantía mínima mensual de las pensiones de invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada ante la disminución que progresivamente resentía el poder adquisitivo del dinero (31 de diciembre de 1976, 26 de noviembre de 1979 y 19 de diciembre de 1980); y fijaban la revisión anual al monto de las pensiones otorgadas por el instituto (1º de julio de 1982).<sup>44</sup>

Como puede observarse, a lo largo de este capítulo se ha explicado sucintamente la aparición y desarrollo como tal, de la seguridad social en el ámbito internacional y, en el caso de México, su establecimiento y mejoramiento para obtener la consolidación y perfección del sistema, dentro de un contexto nacional enmarcado por los ideales

---

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 41.

revolucionarios. Sin embargo, podría afirmarse que este proceso comienza a cambiar su rumbo en México a partir del periodo presidencial de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), tanto por la situación económica del país, como por las tendencias que a partir de este momento empezaron a imperar, como se observará en el capítulo siguiente.

---

<sup>44</sup> *Ibid.*, pp. 54-55.

## **2. Estado actual de la seguridad social en México: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Como se apreció en el capítulo anterior, el esquema de seguridad social establecido en México a través del IMSS a partir de 1943, se encontró directamente influenciado por el nacionalismo producto de la revolución de 1910. Este a su vez, se guió por la teoría económica keynesiana que, después de la Segunda Guerra Mundial, fue el sustento para la consolidación en los países capitalistas, del llamado "Estado benefactor".

Dentro de este concepto, el Estado adquirió un papel activo en la gestión macroeconómica, al intervenir directamente en el proceso de acumulación mediante la gestión monetaria y fiscal, el desarrollo de un sistema de crédito público, la regulación del comercio y las tarifas, la producción directa de bienes y servicios, así como la construcción de la demanda a través de diversos medios.<sup>1</sup>

En lo relativo a seguridad social, esta configuración estatal suponía un conjunto de mecanismos destinados a mejorar las condiciones de vida de la población mediante la responsabilidad del Estado para asegurar adecuados niveles de ocupación e ingresos salariales, establecer sistemas de transferencias para la cobertura de contingencias que afectaran necesidades básicas de las personas, proveer servicios sociales y ciertos bienes, así como contribuir a la reafirmación de la universalidad, obligatoriedad y solidaridad como principios rectores de la política social<sup>2</sup>, lo que en conjunto tenía como objeto la superación del estancamiento económico al impulsar la capacidad de consumo de la población, ya que se vincula el crecimiento en los ingresos de los trabajadores con aumentos en la productividad y el consumo.

---

<sup>1</sup> La construcción de la demanda en el Estado benefactor se instrumentaba con medios como: incremento en los salarios (que incluye la fijación de un salario mínimo por parte del Estado), aumento del sector asalariado debido a la creación de puestos no directamente productivos (personal en tareas de bienestar, salud, previsión, educación, asistencia, administración, etc.) y extensión de la cobertura de necesidades de la población (otorgamiento de prácticamente todos los servicios públicos, con el consecuente incremento de presupuesto en esas áreas). *cfr.* Mario O. Paganini. "Las políticas de previsión y el Estado benefactor" en Narro Robles y Moctezuma Barragán, *op. cit.*, p. 22.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 19

El modelo resultó aparentemente efectivo hasta la década de 1970, en que se manifiestan muchas deficiencias y errores que hasta entonces se habían acumulado. Con respecto a la seguridad social, Mario O. Paganini<sup>3</sup> considera que la deficiencia estructural del Estado benefactor radica en<sup>4</sup>:

- a) La burocrática política de igualdad que excluyó la responsabilidad de la sociedad en la atención de necesidades y la búsqueda de bienestar, de manera que las estructuras político-administrativas adquirieron una configuración centralizada, burocratizada, sectorizada y clientelística, donde los principales protagonistas (gobierno, burocracias estatales, partidos políticos, corporaciones empresariales y sindicatos integrados), confundieron las exigencias sociales con la adhesión político-partidista y transformaron las demandas y soluciones en cuadros de pretensiones selectivos y sectorializados.
- b) La regulación jurídica de la intervención estatal, según una estructura condicionada de "si contingencia, entonces prestación" se orientó hacia la compensación de daños, y no a la prevención y ataque de raíz de los problemas sociales.
- c) La manera absorbente de resolver los conflictos sociales, al despojar a los individuos de toda injerencia en la definición de sus problemas, discusión de las soluciones y gestión de los servicios para satisfacer sus necesidades, conduciendo a los implicados a renunciar a sus capacidades de autogobierno al recibir como clientes las prestaciones elaboradas por las instancias de gobierno<sup>5</sup>.
- d) La homogeneización y estandarización de los servicios que brindaba el Estado, dio lugar a grandes inequidades al ignorar las necesidades y recursos de cada individuo, con resultados desfavorables a las clases más pobres. Sin embargo, según afirma Paganini, aunque siguió existiendo la desigualdad, diversas investigaciones demuestran que los servicios sociales producen efectos más igualitarios que la distribución de la riqueza normada por las fluctuaciones del mercado.

Según las observaciones de Paganini, en los países en vías de desarrollo, como los de América Latina, se procedió a una aplicación mecánica y simplista del programa

---

<sup>3</sup> Mario O. Paganini, doctor en derecho por la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fé, Argentina. Especialista en seguridad social, es autor de trabajos relacionados con el tema y presidente del Instituto de Política Social de Argentina.

<sup>4</sup> *Ibid.*, pp. 23-25.



keynesiano, sin tomar en cuenta la historia y la situación de cada país. Esto dio lugar a esquemas paradójicos y con carácter dogmático donde ni siquiera se logró el establecimiento del Estado benefactor en sentido estricto y la mayoría de la población nunca se benefició con algún sistema que se le aproximara. Lo que en estos países se estableció, y que es aplicable al caso de México, fue un Estado nacional populista donde la acumulación se sustentó en la industrialización sustitutiva de importaciones, lo que necesitó de una fuerte intervención estatal que estableciera y regulara las condiciones generales de producción e infraestructura, con una presencia más débil en la cobertura de necesidades sociales, a pesar de que en este periodo operó el principal desarrollo de las medidas de protección social y los intentos para construir un verdadero Estado benefactor, por lo que este modelo gozó de un importante consenso entre los sectores populares.<sup>6</sup> Por lo anterior, los sistemas de seguridad social que se construyeron en esa época, tenían más apego a los esquemas de seguros sociales que a la lógica de la seguridad social, al comprender una cobertura más segmentada, beneficiando principalmente a los grupos con mayor capacidad de presión en el sector industrial y de servicios, pero con serias limitaciones para extenderse a la población rural y al amplio sector informal de la economía.

En el ámbito mundial, cuando el Estado benefactor empezó a colapsarse, se suscitó un movimiento que, retomando las tesis liberales del siglo XIX y criticando dicho modelo, prometía controlar la inflación, equilibrar las cuentas fiscales y reanimar la economía (el llamado neoliberalismo).

El sustento operativo de ese modelo sostiene que es indispensable la reorganización de la administración pública, por tratarse de un ente demasiado extenso, con excesivos gastos y que aparece inhibitorio sobre la economía productiva por los ingresos garantizados ofrecidos que derivan en falta de iniciativa, creatividad y capacidad de trabajo ya que los capitales, al encontrarse respaldados por los recursos del Estado, se habían confiado y dejaron de preocuparse por las fluctuaciones del mercado, situación que era contraria a la dinámica capitalista. Por ello, para superar el estancamiento económico, es necesaria la "libertad económica" que devuelve al mercado el papel de fijación de salarios y nivel de

---

<sup>5</sup> Esta situación es denominada por Paganini como "neutralización del papel del ciudadano" y, según su percepción, llegó a ser tan grande que no podía ser percibida por la conciencia cotidiana, despolitizada en forma creciente. Cfr. *Ibid.* p. 24.

<sup>6</sup> *Ibid.* p. 31.

empleo, la eliminación de cargas sociales y fiscales y retira al Estado de la actividad económica a través de la provisión privada de ciertos servicios mediante los cuales el individuo goza de libertad para decidir entre varias opciones, contra el hecho de que el Estado benefactor privaba a los individuos de la denominada libertad de elegir, al enfrentarse a los monopolios de Estado.

En lo relativo a las demandas sociales, puede considerarse que si el modelo liberal, en el siglo pasado no funcionó debido a que no es posible establecer igualdad entre individuos desiguales. El retorno a esas tesis presenta las mismas deficiencias, agravadas por la cada vez más grande polarización de clases sociales al interior de los países, fenómeno que es más claramente perceptible en las economías débiles, lo que, con el sacrificio del pleno empleo, el estancamiento del poder adquisitivo de los salarios frente a la constante inflación y la reducción del gasto social (por considerarse todos ellos como vías distributivas contrarias a las utilidades del capitalismo), ha ocasionado el abandono gradual del principio de solidaridad y universalidad de la seguridad social<sup>7</sup>, como se presentará en el desarrollo de este capítulo.

## **2.1. Crisis del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Cuando se aprobó la reforma a la Ley del Seguro Social en 1973 todavía se expresaba en ella todo el marco teórico que derivado de los principios de la revolución de 1910 había inspirado un concepto de seguridad social integral<sup>8</sup>, que pretendía atender las necesidades no sólo de los trabajadores asalariados sino de la totalidad de la población nacional. Por ello, los servicios proporcionados por el IMSS no se circunscribían únicamente a la atención

<sup>7</sup> Algunos teóricos del neoliberalismo han inclusive retomado la antigua idea de que el pobre es culpable de su situación por su comportamiento irresponsable y por tanto, debe solucionar sus propios problemas. *Cfr. Ibid*, p. 29. Esta idea hace que los programas de prestaciones sociales abiertas a la población y la ayuda a las regiones más necesitadas, sean seriamente cuestionados por algunos sectores de la población, a pesar de su gran contribución a la legitimación del sistema, ya que se ve en ellos una gran erogación presupuestal. Esto deriva en restricciones presupuestales que conllevan en parte, a la limitación de la universalidad de beneficios.

<sup>8</sup> En México no se ha alcanzado la seguridad social integral al no contar con seguro de desempleo. El Convenio 102 sobre Seguridad Social, adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo el 28 de junio de 1952, define nueve ramas de seguridad social: 1) asistencia médica; 2) prestaciones monetarias de enfermedad; 3) prestaciones de desempleo; 4) prestaciones de vejez; 5) prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional; 6) prestaciones familiares; 7) prestaciones de maternidad; 8) prestaciones de invalidez, y 9) prestaciones de sobrevivientes. *Cfr. "Convenio sobre la seguridad social (Norma Mínima), 1952, (Num. 102)" en OIT. Introducción a la Seguridad Social. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, 3ª ed., 1984, p. 197.*

médica y los sistemas de pensiones, sino que incluían deportivos, centros vacacionales, hoteles, teatros, centros de rehabilitación, lavanderías, guarderías y tiendas; es decir, prácticamente todos los servicios que hacían del sistema "una empresa de solidaridad nacional de los mexicanos privilegiados hacia los menos favorecidos", a partir de la convicción de que los marginados, al mejorar su nivel de vida y unirlos a la estructura nacional, serían cabalmente incorporados a la entidad nacional, convirtiéndolos por fin en mexicanos completos.<sup>9</sup>

En los años siguientes, las reformas a la Ley del Seguro Social, aunque fueron varias, no introdujeron en ella innovaciones radicales, sino la fueron adecuando a la cambiante situación nacional, por ejemplo, en lo relativo a la adaptación de los importes de los beneficios a la creciente inflación monetaria típica de esa época, aunque a principios de 1983, apenas iniciada la presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado, se dan los lineamientos para la instauración del Sistema Nacional de Salud, la cual correspondió a la preocupación por unificar y coordinar los servicios en todo el país, elevándolos al rango de derecho constitucional<sup>10</sup>.

Para esos años, resultaba incuestionable la existencia de una aguda crisis en las instituciones de seguridad social que, según Carmelo Mesa-Lago<sup>11</sup>, en América Latina había sido causado por:<sup>12</sup>

- Muy pesada carga del servicio de la deuda externa
- Caída de los precios de las exportaciones de materias primas (en el caso de México, en especial, la caída de los precios del petróleo, producto en el que se ha concentrado el sector exportador)
- Agotamiento del modelo de desarrollo aplicado por varios decenios (el del Estado nacional populista que pretendía constituirse en Estado benefactor)
- Caída del salario real (con la consecuente reducción del poder adquisitivo)

---

<sup>9</sup> Cfr. IMSS, *Instituto Mexicano... op. cit.*, p. 48.

<sup>10</sup> Flores Hernández, *op. cit.*, p. 30.

<sup>11</sup> Carmelo Mesa-Lago, doctor en ciencias políticas, Especialista estadounidense en seguridad social abocado al estudio de la problemática que se presenta en América Latina. Autor de numerosos trabajos acerca del tema, es consultor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización de Estados Americanos (OEA), así como profesor de la Universidad de Pittsburg.

<sup>12</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de pensiones de seguridad social en América Latina: sistemas públicos, privados, mixtos y paralelos" en AISS, *Estudios de la seguridad social*. No. 80, Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), Oficina Regional para las Américas, Buenos Aires, 1996, p. 59.

- Aumento en la evasión y mora patronal para contribuir al financiamiento de los sistemas de seguridad social
- Incumplimiento estatal de los aportes (en algunos países, el Estado se convirtió en el principal deudor de la seguridad social)
- Rendimientos reales negativos de la inversión
- Rápido envejecimiento de la población (con la consecuente disminución de la relación activo/pasivo<sup>13</sup>)
- Persistente inflación

Como consecuencia se presentaron fenómenos como: reducción en la cobertura poblacional en algunos países, debido al alza del desempleo y a la informalización del mercado laboral; súbita caída del ingreso para seguridad social y reducción del valor real de sus reservas; inflación que provocó el alza en los salarios del personal de las instituciones de seguridad social y reajuste en los montos de las pensiones (al menos por un tiempo, ya que luego se erosionó gravemente el poder adquisitivo del salario y las pensiones); incremento en el costo de medicinas, equipo médico, material de curación y otros bienes de consumo, incremento en la demanda de servicios de salud por parte de grupos poblacionales que antes recurrían al sector privado y aumento en la demanda de beneficios asistenciales en los países que tenían integrados programas de asistencia social en el seguro social.

En nuestro país, además de presentarse las circunstancias arriba señaladas, la problemática económica casi permanente, con las consecuentes presiones tanto internas como externas, desembocaron en medidas drásticas para la transformación de la seguridad social.

Así, desde la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, a la par que se reconocía la difícil situación, se asentó claramente que la tarea principal a la que habría de encaminarse la acción nacional para afrontarla sería atender las necesidades prioritarias del

---

<sup>13</sup> En algunos sistemas de seguridad social, como en el mexicano, se preveía una transferencia intergeneracional de recursos para el sostenimiento de las pensiones, de manera que los trabajadores activos sostenían las pensiones de los jubilados (pasivos) y cuando llegara el momento en que esos trabajadores activos pasaran a pasivos, la nueva fuerza de trabajo sería su sostén. Con el incremento de la esperanza de vida y la estabilización de las tasas demográficas, se volvió más pesada la carga para sostener a los ancianos y minusválidos pensionados. *Cfr.* Ajit Singh. "Reforma de las pensiones, mercados de valores, formación de capital y crecimiento económico: un comentario crítico sobre las propuestas del Banco Mundial" en AISS. *Revista Internacional de Seguridad Social*. Vol. 49, 3/96, AISS, Ginebra, 1996, p. 29.

hombre "de empleo, educación y cultura, alimentación, salud, vivienda, ambiente y calidad de vida".<sup>14</sup> Para ello, el sistema mexicano de seguridad social debería aprovechar su amplia experiencia operativa y fortalecerse para tratar de anticiparse a las carencias, amortizando o aminorando los efectos de la crisis para continuar siendo un poderoso, eficaz y preciso medio redistribuidor de la riqueza.

Esta situación obligó a replantear la forma de financiamiento del IMSS "a efecto de posibilitar al Estado una mayor participación en el cuidado de las necesidades de los grupos marginados, cuyas precarias condiciones de vida urgían una pronta atención".<sup>15</sup> Con este argumento, en un periodo extraordinario de sesiones desarrollado en abril de 1986, el Congreso de la Unión aprobó la iniciativa del Ejecutivo Federal para modificar ciertos artículos de la Ley del Seguro Social en los que se establecían nuevas cuotas relativas a los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad e invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, a fin de disminuir el porcentaje de las aportaciones correspondientes al gobierno y de incrementar, proporcionalmente, el de las que deben cubrir los patrones. El decreto relativo apareció en el *Diario Oficial de la Federación* del 2 de mayo de ese año.<sup>16</sup>

Con la llegada a la presidencia de Carlos Salinas de Gortari, se integraron en su Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, dos disposiciones que incidieron directamente en el IMSS: la reforma del Estado y el Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994.

La reforma del Estado, en plena concordancia con las teorías neoliberales en auge, se fundamentó en el señalamiento de tres razones que venían impidiendo al Estado establecer sus funciones con más precisión y avocarse a ellas con renovado vigor: el hecho de que este ente se había involucrado en demasiadas actividades, desviando el sentido de sus prioridades y perdiendo capacidad para atenderlas; la modificación sustancial de la cantidad e índole de demandas por la transformación de la sociedad y los inaceptables rezagos sociales y económicos persistentes en el medio rural, las comunidades indígenas y los cinturones de miseria de las grandes ciudades, que exigían atención sin demora y con máxima eficiencia.

---

<sup>14</sup> Flores Hernández, *op. cit.*, p. 30.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>16</sup> A partir de este momento, el retiro gradual de la participación del Estado se pone de manifiesto. *Cfr. Ibid.*

Así, la participación del Estado en casi todos los aspectos de la vida social, en la perspectiva del nuevo gobierno había perdido efectividad y se convirtió, de manera progresiva, en un obstáculo al desarrollo, porque cada vez era menos capaz de atender sus responsabilidades institucionales y promover la justicia y el desarrollo. Por ello, resultaba indispensable la conclusión del proceso del "Estado paternalista" y el comienzo de un "Estado de responsabilidad compartida" que, siendo más representativo, abierto a la competencia y eficiente en lo que respecta a sus obligaciones sustanciales, pudiera enfrentar los grandes compromisos en nutrición, salud, empleo, educación, vivienda, seguridad pública, medio ambiente y servicios básicos.<sup>17</sup>

El Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994, por su parte, establece los lineamientos generales y las acciones que deben cumplir las entidades paraestatales para alcanzar su modernización a corto, mediano y largo plazos, sustentándose en cinco aspectos fundamentales: fortalecimiento de los órganos directivos de las empresas públicas; promoción de una mayor autonomía de gestión de las entidades; incremento de la eficacia, eficiencia y productividad; simplificación administrativa y concertación como principio básico para mantener adecuadas relaciones dentro y fuera de esas entidades. Este programa se enmarcó dentro de un proceso general de desarrollo administrativo del gobierno mexicano cuyo propósito medular consistía en plantear medios y soluciones que permitieran elevar la calidad de los bienes y servicios que ofrecían las entidades paraestatales que conservaba el Estado para colocar al país en una posición más competitiva en los mercados internacionales a los que México empezaba a tener acceso pleno.<sup>18</sup>

Para el IMSS el proceso de modernización significó nuevas modificaciones en su ley que entraron en vigor a partir del 5 de enero de 1989. En esta ocasión los cambios legislativos procuraron facilitar la mejor operación institucional, por ejemplo, mediante el otorgamiento de aumentos en las pensiones, automáticamente, siempre y en la misma

---

<sup>17</sup> El sector paraestatal se redujo de 1,155 a 223 empresas. En los discursos de Salinas referentes a este tema, se hizo hincapié en que no se abandonaba el contenido político del Estado establecido en la Constitución, sino se restablecía su viabilidad y continuidad, por lo que la privatización se extendería a las empresas públicas no significativas que constituyen una carga onerosa e inhiben la función reguladora del mercado, mientras que el Estado conservaría aquellas consideradas estratégicas, incrementando la inversión en ellas. *Cfr.* Presidencia de la República. *Agenda de México*. Presidencia de la República, Dirección General de Comunicación Social, México, 13ª ed., 1992, pp. 13, 23-25, 27-28.

<sup>18</sup> *Cfr. Ibid.*, pp. 35-37.

medida en que se incrementaran los salarios mínimos generales en el Distrito Federal. Así mismo, se establece legalmente la prestación, que ya en la práctica se venía realizando, de atender médicamente a todos los pensionados y sus beneficiarios, cualquiera que fuera el porcentaje de sus incapacidades permanentes. Igualmente quedó garantizado el pago de una pensión mínima decorosa, sin importar el número de miembros de la familia.

Para hacer frente a las nuevas obligaciones en cuanto a pensiones derivadas de los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, se autorizó un incremento en las cuotas del seguro de enfermedades y maternidad, las cuales pasaron, para los patrones, de 6.3 a 8.4% del salario base de cotización<sup>19</sup>, y para los trabajadores, de 2.25 a 3%, mientras que las aportaciones estatales se incrementarían proporcionalmente ya que, según el artículo 178, éstas constituyen 7.143% de las empresariales.

En cuanto a la prima para el seguro de guarderías (cuyo pago sólo corresponde a los patrones), se estipuló que continuaría siendo de 1% de todos los salarios pagados, quitando el tope antes establecido de hasta diez veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

Para respaldar este incremento en las aportaciones se apeló al "sentido de responsabilidad de quienes, si bien deben pagar más, están conscientes de que de tal manera contribuyen al sostenimiento de un mejor nivel de vida de la población en general".<sup>20</sup>

Otros cambios incluidos se refieren a que sería definitivo el número de semanas de cotización comprendidas en cada bimestre; al tiempo de presentación de las modificaciones de los salarios promedio (bimestral y no anual como antes); al incremento de la ayuda para gastos de funeral, de uno o dos meses del salario mínimo vigente en el D.F. a la fecha del fallecimiento; al aumento de la pensión de viudez (de 50 a 90% de la de vejez, invalidez o cesantía en edad avanzada que el pensionado fallecido disfrutaba, o de la que le hubiera correspondido al asegurado en caso de invalidez) y a que los subsidios por incapacidad derivada de riesgos de trabajo prescriben a los dos años.

<sup>19</sup> El salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria y las gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por sus servicios según el Artículo 32 de la Ley del Seguro Social de 1973. (Artículo 27 de la ley de 1997).

<sup>20</sup> Cfr. Flores Hernández, *op. cit.*, p. 33.

La siguiente reforma a la Ley del Seguro Social entró en vigor a partir del 1° de enero de 1991, con el propósito de garantizar el equilibrio financiero del IMSS, planteando la elevación paulatina de las cuotas obrero-patronales en un lapso de cinco años y estableciendo la obligación institucional de llevar por separado la contabilidad correspondiente a cada uno de los ramos de aseguramiento y de invertir la mayor parte de las reservas del seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte en activos financieros. Además, se elevaba la cuantía mínima de las pensiones de 70 a 80% del salario mínimo vigente en el D.F.

Otra reforma, con vigencia a partir del 1° de mayo de 1992, creó un nuevo ramo dentro del régimen ordinario del seguro social, el de retiro, con las siguientes características:

- a) Financiamiento a cargo de los patrones, consistente en el pago de cuotas equivalentes a 2% del salario base del trabajador. Estas deberían ser depositadas en cuentas individuales abiertas a nombre de cada trabajador en alguna institución bancaria, elegida por el empleador, el cual sería responsable de abrir y mantener las cuentas. Esta reforma fue simultánea a la aparición de ciertas modificaciones a la Ley del Instituto del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), por las cuales se estipula la obligación patronal de que, junto con la cuenta de fondo de retiro, se estableciera una subcuenta para la integración del Fondo Nacional de Vivienda consistente en una prima de 5% sobre el salario de los trabajadores.<sup>21</sup>
- b) Posibilidad de que los trabajadores realizaran contribuciones voluntarias al fondo de retiro, con opción de que el titular disponga de los fondos al momento de cumplir 65 años o adquirir el derecho a una pensión por cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez, incapacidad permanente total o incapacidad permanente parcial de 50% o más, en los términos de la Ley del Seguro Social o de algún plan de pensiones establecido por el patrón o derivado de contratación colectiva mediante dos mecanismos: un pago único o una pensión vitalicia.
- c) Ajuste de los saldos del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) según el índice de precios al consumidor y ganancia de un interés mínimo anual de 2% garantizado, mientras que los saldos de vivienda deberían mantener su valor real.

<sup>21</sup> Establecimiento del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) *Cfr. Ibid*, p. 35.



d) A partir de 1995 los trabajadores podrían traspasar los depósitos del SAR a sociedades de inversión pero sin la garantía del interés mínimo

Las ventajas de estas reformas fueron el aumento de las contribuciones para el financiamiento del sistema, la flexibilización de las reglas de inversión del IMSS y la restauración del valor de las pensiones casi al nivel de 1980. Pero no todo en esta reforma fue positivo ya que se enfrentaron algunas desventajas, como el hecho de que no se redujeron los gastos administrativos, no se reformaron las condiciones de adquisición de las prestaciones, la cobertura poblacional total continuó apenas sobrepasando la mitad de la población y la posibilidad de aumentar dicha cobertura pareció escasa porque la contribución a SAR e INFONAVIT (7%) fue destinado a mejorar las pensiones y beneficios ya cubiertos, y no a extender la cobertura.<sup>22</sup>

El gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León, por su parte, estableció cinco objetivos en su Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000<sup>23</sup>:

- a. fortalecer el ejercicio pleno de la soberanía nacional;
- b. consolidar un régimen de convivencia social regido plenamente por el derecho;
- c. construir un pleno desarrollo democrático con el que se identifiquen todos los mexicanos, con base en una intensa participación ciudadana,
- d. avanzar a un desarrollo social nacional que permita la superación individual y comunitaria, bajo los principios de equidad y justicia,
- e. promover un crecimiento económico vigoroso, sostenido y sustentable.

La forma en que la seguridad social se vincula y contribuye al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo es<sup>24</sup>:

- a. para avanzar en el desarrollo social, al proveer a las familias de servicios de salud, al favorecer la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, al garantizar a los niños un arranque saludable en su vida y al dotar a los jubilados y a sus familias de medios para un retiro decoroso,
- b. para contribuir al crecimiento económico al proveer instrumentos efectivos de ahorro que reduzcan la dependencia del financiamiento externo y favorezcan la competencia y atractividad del ahorro financiero para los trabajadores;
- c. para construir el desarrollo democrático, al promover que la identificación de los mexicanos se haga sobre bases objetivas de bienestar,

<sup>22</sup> Esta reforma es catalogada por Carmelo Mesa-Lago como una reforma no estructural que establece un programa público reformado con pensión complementaria obligatoria. *Cfr.* Mesa-Lago, *op. cit.*, pp. 62-63.

<sup>23</sup> <http://www.imss.gob.mx>, 04/06/2000.

<sup>24</sup> *Ibid.*

- d. para consolidar el estado de derecho y lograr la convivencia social en un país de leyes, al establecer una justicia social que impida la pérdida súbita o sustantiva de bienestar a la población,
- e. para cumplir el objetivo de preservar la soberanía, como una de las instituciones de la República cuyo fundamento constitucional se determina por el consenso nacional sobre la necesidad de permitir el desarrollo integral de la persona.

Así, frente a las metas del Plan Nacional de Desarrollo y los cambios que México experimenta, se hizo necesario reconocer los problemas de la seguridad social para plantear un camino hacia el futuro. En marzo de 1995, la Dirección General del IMSS, a partir de una solicitud expresa del Presidente de la República, hizo público un diagnóstico del instituto, cuyos resultados se señalan a continuación.<sup>25</sup>

Hasta esa fecha, el IMSS contaba con cinco ramos de seguro: enfermedades y maternidad (E y M); invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM); riesgos de trabajo (RT); guarderías y ahorro para el retiro (SAR) que en conjunto suman 26.5% del salario cotizable del trabajador. A esto se añade 5% correspondiente a INFONAVIT, con lo que las contribuciones de previsión y seguridad social suman 31.5% de la nómina. Estas contribuciones se distribuían de la siguiente manera: 70% patrón, 25% trabajador y 5% Estado, pero ya que las aportaciones son deducibles del impuesto sobre la renta y de la participación de utilidades, los empresarios transmitían 35% de sus contribuciones al Estado y 10% a los trabajadores.

Debido a los procesos de globalización que han permitido a México insertarse en los mercados internacionales, las empresas nacionales enfrentan mayor competencia externa, por lo que incrementar las contribuciones a la seguridad social implicaría automáticamente la disminución de la competitividad de esas empresas y atentar contra el empleo, ya que la producción nacional no puede elevar sus precios para solventar el incremento en las cargas sociales, porque quedaría en desventaja frente al exterior. Por el contrario, cualquier reducción en esas aportaciones incrementaría la competitividad, además de que las cuotas al seguro social hasta ese momento resultaban elevadas en relación con los principales socios comerciales. De la misma forma, el incremento en el porcentaje de aportaciones al seguro social también afectaría a los trabajadores ya que, el conjunto de impuestos

---

<sup>25</sup> Cfr. IMSS. *La Nueva Era del Instituto Mexicano del Seguro Social*. IMSS, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, México, octubre de 1995, pp. 5-37 (Documento interno de trabajo).

pagados por éstos (cuotas al IMSS, impuesto sobre la renta, impuestos sobre las nóminas estatales e impacto del IVA sobre el ingreso) son demasiado elevados aún para los trabajadores de bajos salarios, lo que promueve la economía informal, la evasión parcial mediante subdeclaraciones fiscales y la evasión total mediante la contratación con pago por honorarios u otros.

La seguridad social está sujeta a revisión constante en todo el mundo, por lo que los cambios demográficos y económicos han obligado a la mayor parte de los países a modificar sus sistemas de seguridad social, adoptando una diversidad de caminos según su propia ideología y circunstancia. Ahora bien, la seguridad social contribuye a los cambios demográficos y al mismo tiempo, estos cambios influyen directamente sobre el financiamiento y demanda de servicios y prestaciones. En México, en los últimos años se ha incrementado la población total, de 50 millones de habitantes en 1970 a más de 90 millones a la fecha en que se elaboró el diagnóstico del IMSS. Además, la pirámide poblacional cambió debido a la disminución considerable de la tasa de crecimiento de la población de 3.2% en los setenta a 2.1% en 1994, situación originada por la caída de la tasa de fecundidad, el incremento de esperanza de vida al nacer y el aumento de esperanza de vida para las personas de más de 65 años de edad. Esta última circunstancia incrementó la tasa anual de crecimiento de los pensionados (de 6.4% en 1994), los años de otorgamiento de esos beneficios (de 7 a 18.6 años en promedio) y el tiempo en que se otorga atención médica cuando, debido a la edad, resulta más costosa. De esta forma, la población pensionada se extendió en mayor proporción que los trabajadores activos, por lo que para continuar la labor de cobertura de la población resultaba necesario modificar los mecanismos para fortalecer financieramente en corto y largo plazo al IMSS. Aunado a ello, en México se modificó el perfil de las enfermedades que enfrenta la población, lo que hace que coexistan en México enfermedades propias tanto de países desarrollados (las crónico-degenerativas), como de los menos desarrollados (infecciosas). La suma de todos estos factores derivaron en incremento en la demanda de servicios frente a insatisfacción de los usuarios y excesivos gastos.

A pesar de que la población cubierta ascendió constantemente, al vincularse su financiamiento con la nómina salarial y debido al crecimiento de los autoempleados y la economía informal, no se consiguió el principio de universalidad de la seguridad social, ya

que la cobertura sólo alcanzó a los trabajadores asalariados y sus familias, a pesar de existir excepciones con esquemas modificados donde cotizaban productores de caña de azúcar, pequeños propietarios, asalariados del campo, sociedades de crédito ejidal, tabacaleros y trabajadores eventuales de la construcción. Según estudios realizados por el propio instituto, el sistema no llegaba a la gran mayoría de campesinos, empleados por honorarios y trabajadores urbanos por cuenta propia o contratados a obra determinada, mientras que existía un elevado porcentaje de evasión por parte de micro y pequeñas empresas y, en algunos casos, hasta por grandes empresas, a pesar de los sistemas de supervisión del IMSS.

Aunque las aportaciones se vieron limitadas por las circunstancias arriba señaladas, el IMSS continuaba atendiendo a un gran número de derechohabientes ya que, por ejemplo, es común que un miembro de la familia cotice al seguro social (con lo que toda la familia tiene cobertura), mientras otros miembros trabajadores de la misma eluden pagar sus aportaciones, ya sea porque trabajan en la economía informal, cobran por honorarios, comisiones o laboran en microempresas que evaden más fácilmente las obligaciones laborales, hecho que no afecta el número de población derechohabiente, pero sí las finanzas institucionales.

En lo referente a cada prestación, se señalaron varias fortalezas y debilidades, mismas que se esquematizan en los siguientes cuadros:<sup>26</sup>

#### Seguro de Enfermedades y Maternidad (E y M)

FORTALEZA	DEBILIDAD	FINANCIAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe diferenciación en las cuotas por edad, estado de salud o número de dependientes</li> <li>• Cobertura excepcionalmente amplia que incluye todos los costos derivados de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de cualquier enfermedad</li> <li>• Notables logros en salud e infra-</li> </ul>	<p>Grave desequilibrio financiero en la prestación de servicios médicos ocasionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envejecimiento de la población</li> <li>• Incremento en la esperanza de vida</li> <li>• Cuotas proporcionales a los salarios y no al costo de los servicios</li> <li>• Carga financiera que representan los esquemas modificados</li> </ul>	<p>Consistente en una prima correspondiente a 12.5% del salario de los trabajadores hasta un tope máximo equivalente a 25 salarios mínimos<sup>27</sup></p> <p>Desde su origen el ramo se encontró desfinanciado por la urgencia para invertir en la infra-</p>

<sup>26</sup> Elaboración propia de la autora con base en la información contenida en el diagnóstico situacional del IMSS compilado en IMSS. *La Nueva Era... op. cit.*, pp. 4-37.

<sup>27</sup> La evolución de las aportaciones a este seguro ha sido ascendente debido a la expansión de los beneficios y el incremento de los costos del servicio. En 1943 correspondía al 6%, calculando brindar atención sólo al

Seguro de Enfermedades y Maternidad (E y M)

FORTALEZA	DEBILIDAD	FINANCIAMIENTO
<p>estructura médica que garantiza a los trabajadores, independientemente de su nivel de ingreso o ubicación geográfica, el pleno acceso a la atención médica a través de una red nacional de unidades médicas organizadas en regiones y por niveles de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulso a la atención ambulatoria (internamiento, atención y alta el mismo día), que reincorpora al paciente al núcleo familiar y reduce costos</li> <li>• Formación y especialización de recursos humanos para la salud</li> <li>• Fomento al desarrollo de la investigación básica y clínica</li> <li>• Contribución a la disminución de la morbilidad y mortalidad general y materno-infantil</li> <li>• Seguro de maternidad y prestaciones en dinero independientemente de la edad del asegurado, sin límite de tiempo ni erogaciones que deriven del tratamiento del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema de trabajo que no propicia la superación del personal, ni mayor calidad y eficiencia, donde los mejores trabajadores no reciben ningún beneficio adicional a los que no lo son</li> <li>• Alta demanda y modelo de prestación de servicios que no favorecen la relación cercana entre médico y paciente, dañando la calidad de la atención y la confianza del usuario</li> <li>• Centralización administrativa de la institución y escasa capacidad de gestión de las unidades médicas</li> <li>• Sistema de abasto ineficiente</li> <li>• Gran diferimiento en la atención, desde horas hasta meses, según el nivel de atención requerido</li> <li>• Sistema de vigencia de derechos obsoleto que afecta la oportunidad de la atención a los derechohabientes y permite el otorgamiento de servicios a los que no lo son, en detrimento de la operación de las unidades y de las finanzas institucionales</li> <li>• Los hospitales gastan demasiado en servicios generales y auxiliares de diagnóstico, limitando las posibilidades de reinversión y actualización de equipo</li> <li>• Creciente insatisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores de servicios</li> </ul>	<p>estructura necesaria para el inicio de operaciones, ya que desde esa época fue financiado con subsidios de los seguros de IVCM y guarderías, mismos que contaban en ese momento con importantes remanentes debido el escaso número de pensionados y mujeres trabajadoras.</p> <p>Los trabajadores con mayores salarios subsidian a los de menos ingresos ya que al no estar diferenciadas las cuotas y no existir alguna forma de financiamiento proveniente de pagos de los usuarios al momento de recibir los servicios, la cuota incluye servicios médicos, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como prestaciones en dinero equitativas. Por esta razón, los empresarios argumentan que sería más barato un seguro privado para los trabajadores de altos salarios o bien, muchos de ellos declaran un salario inferior, evaden la obligación o despiden a sus empleados</p>

Todas estas circunstancias hacían que los servicios que brinda este seguro se encontraran gravemente comprometidos en el corto plazo ya que los egresos siempre habían superado a los ingresos.

trabajador, aunque también se protegía a los familiares directos. Esta se incrementó a 8% en 1948, 9% en 1959 y 12% en 1989, llegando hasta 12.5% hasta julio de 1993. *Cfr. Ibid.*, p. 11.

### Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM)

FORTALEZA	DEBILIDAD	FINANCIAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicialmente las pensiones eran de monto fijo, por lo que durante un tiempo se rezagaron por la inflación. A partir de 1989 su ajuste es automático conforme se incrementa el salario mínimo del Distrito Federal, por lo que en términos reales, los pensionados reciben más de lo que aportaron</li> <li>• Fomento a la solidaridad entre generaciones y entre los sectores más desprotegidos</li> <li>• Gran experiencia operativa que permite la recaudación y administración de más de 10 millones de cotizantes, con beneficios a 1,400,000 pensionados y sus familias</li> <li>• Primer seguro de retiro en México que llegó a grandes núcleos de la población</li> <li>• Actualmente permite pensiones a familiares ascendientes</li> <li>• Ha reducido las semanas de cotización necesarias para tener derecho a los beneficios (invalidez o muerte, de 200 a 150, vejez o cesantía, de 700 a 500)</li> </ul>	<p>Inevitable déficit del ramo por egresos mayores que los ingresos, situación que es ocasionada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente incremento de las contribuciones para garantizar el monto mínimo de pensión</li> <li>• Cambios demográficos de la población</li> <li>• Cobertura limitada que ampara únicamente a los asalariados formales</li> <li>• Estructura discriminatoria contra trabajadores de bajos ingresos y mujeres, que son los sectores de la población con mayor probabilidad de perder sus derechos por no cumplir los requisitos necesarios para recibir los beneficios</li> <li>• Impacto negativo de la inflación sobre el valor adquisitivo de las pensiones al momento de retiro, por lo que la mayoría de pensionados sólo tienen acceso a la cuantía mínima</li> <li>• Al no tomar en cuenta toda la carrera salarial del trabajador para el cálculo del monto de la pensión, se provoca subdeclaración de salarios durante la mayor parte de la vida laboral y sobredeclaración en los últimos 5 años previos al retiro</li> <li>• Falta de incentivos para declarar salarios reales y cotizar más tiempo, por lo que la mayoría de pensionados consideran que nunca se les paga lo justo</li> <li>• Inequidades generadas por subsidios cruzados considerando estado civil y sexo ya que las cuotas son independientes de si el trabajador tendrá esposa e hijos con derechos al momento del retiro, pero el monto de las pensiones por viudez y orfandad si depende de esta situación, lo que tiende a favorecer el cambio de matrimonio en edad avanzada e incluso la posibilidad de matrimonio y registro de hijos ajenos para heredarles una pensión</li> <li>• Los viudos no tienen acceso a la pensión que correspondería a las viudas, por lo que las mujeres asalariadas subsidian las pensiones de los trabajadores masculinos</li> <li>• Anormalias para otorgar pensiones de invalidez por falta de control que permite corrupción</li> </ul>	<p>Se financia por contribución de 8.3% del salario de cotización, que se reparten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3% a invalidez y muerte,</li> <li>• 2.8% a vejez y cesantía en edad avanzada,</li> <li>• 1.5% a servicios médicos a pensionados,</li> <li>• 0.6% a gastos de administración, y</li> <li>• 0.4% a prestaciones sociales</li> </ul>

A pesar de que este seguro se creó bajo la estructura de un fondo colectivo de reparto, donde las obligaciones son cubiertas con las aportaciones de los cotizantes en activo con un mecanismo de solidaridad entre generaciones, desde su inicio, las reservas generadas por este ramo se destinaron a constituir el patrimonio inmobiliario del instituto y

financiar al seguro de enfermedades y maternidad, en lugar de constituir ese fondo que permitiera afrontar obligaciones futuras por lo que, hasta el año en el que se elaboró el mencionado diagnóstico situacional, se encontraban comprometidas las finanzas de este ramo. Hasta ese momento, debido a que los egresos eran mayores que los ingresos, se habían tomado parte de los recursos del fondo de reserva, mismos que se agotarían en el 2004. Según los estudios actuariales realizados, "ni siquiera cotizando al tope máximo durante 40 años se logra formar un fondo suficiente para financiar la pensión mínima de un asegurado casado".<sup>28</sup>. Además de ello, resultaba incongruente que aún cuando este ramo de aseguramiento se encontraba en situación crítica, se continuara destinando recursos del mismo a prestaciones sociales y gastos administrativos.

Por otro lado, el SAR, que constituye el quinto ramo de seguro y es complementario al seguro de IVCM, desde su creación enfrentó problemas administrativos como trabajadores con diversos números de registro, falta de oportunidad y eficacia para el registro de las cuentas individuales, problemas de fiscalización, etc., además de que el sistema bancario no resultaba atractivo para manejar cuentas de trabajadores de bajos ingresos ya que les generaba muy pocas ganancias, mientras que por sus términos, resultaría prácticamente imposible garantizar una pensión mínima ya que se requerirían 40 años de cotización con 24% del salario (recuérdese que la aportación establecida es sólo del 2%)

#### Seguro de Riesgos de Trabajo (R.T.)

FORTALEZA	DEBILIDAD	FINANCIAMIENTO
Creado para salvaguardar al trabajador en caso de sufrir algún accidente o enfermedad durante su jornada laboral o al trasladarse de su domicilio al centro de labores y viceversa. Beneficia también al patrón ya que el IMSS cubre los gastos del trabajador accidentado, sin generar gastos extraordinarios a la empresa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio financiero ocasionado por el notorio incremento en la esperanza de vida de los pensionados que provoca incremento en los gastos para la tercera edad</li> <li>• Debido a que en el régimen inicial no se contemplaron aumentos en las prestaciones, no se previó un incremento correspondiente de las aportaciones indispensables para financiarlas</li> <li>• Estructura que no ofrece incentivos a la modernización de las empresas y menos aún a invertir en la reducción del grado de riesgo por la vía de la prevención</li> </ul>	A través de cuotas equivalentes en promedio al 2.5% del salario de cotización, pero determinada para cada empresa según la clase de riesgo que corresponda a su ramo de actividad y el grado de riesgo que la propia empresa presente, según tablas de riesgo establecidas en la ley. Las cuotas constituyen un fondo de reserva denominado "Reparto de Capitales de Cobertura" que deben garantizar el pago de pensiones y las prestaciones en especie.

<sup>28</sup> IMSS. *La Nueva Era... op. cit.*, p. 17.

Una empresa no podía cambiar la clase de riesgo en la que cotizaba a menos que todas las empresas de su ramo lo hicieran, pero la fórmula de siniestralidad que se aplicaba en ese momento y desde 1987, discrepaba significativamente de la realidad. Este mecanismo se mostraba inequitativo para las empresas que invertían recursos en la prevención de riesgos de trabajo contra las que no lo hacían, ya que, al catalogarse el grado de siniestralidad de acuerdo al ramo, debían pagar altas cuotas, subsidiando a las que no tenían mecanismos para reducción de riesgos, situación que derivó en juicios fiscales y por tanto, en gastos innecesarios para el instituto y los patrones.

### Seguro de Guarderías

FORTALEZA	DEBILIDAD	FINANCIAMIENTO
<p>Establecido a partir de 1973 con la finalidad de apoyar la incorporación de la mujer al mercado laboral en condiciones de igualdad y al mismo tiempo, ofrecer a los infantes una base sólida de cuidados y preparación para su educación futura mediante la especial atención en aspectos nutricionales, psicológicos, de salud y socialización.</p> <p>Existen tres esquemas de guarderías: las "Madres-IMSS" para las trabajadoras del instituto, las cuales constituyen una prestación contractual, cuenta con 8 unidades y recibe niños hasta los 6 años de edad, con horario de servicio conforme a la jornada laboral institucional de la madre en los turnos matutino y vespertino; el "ordinario" con 135 unidades y atención hasta los 4 años, cuyo servicio se extiende a todas las trabajadoras asalariadas y, finalmente, el "participativo", donde el instituto, apoyándose en el artículo 192 de su ley, subroga el servicio a una asociación civil que administra la guardería, que opera bajo las mismas bases legales que las de esquema ordinario pero con personal directamente contratado por la asociación civil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La inmensa brecha existente entre la demanda y la capacidad de atención ya que, a pesar de haberse duplicado la capacidad instalada, solamente se atiende al 14.12% de la demanda, lo que afecta la incorporación de la mujer al mercado laboral, hecho que constituye el fundamento de este servicio.</li> <li>• Problemas administrativos internos como alto ausentismo del personal operativo que no es sustituido, atención a niños sin derecho por falta de control en la vigencia de derechos y ubicación no correcta de los centros, ya que ésta obedeció más a la disponibilidad de inmuebles o terrenos que a la demanda real.</li> <li>• Alto costo de operación, en comparación con los servicios privados, siendo las más caras, el esquema Madres-IMSS, luego el ordinario y el único que es inferior al servicio privado (pero con muy poca diferencia) es el esquema participativo</li> <li>• Pese a que ha habido una recaudación regular, los fondos no han sido totalmente aplicados a este seguro, sino que se han empleado para cubrir déficits de otros ramos de seguro, especialmente el de enfermedades y maternidad, transferencia que ha significado hasta el 50% de los fondos, restando autonomía al ramo al impedir tomar decisiones de largo plazo para aumentar la calidad y oportunidad de los servicios, a la vez que limita de manera directa la cobertura y el crecimiento del sistema. La inmensa brecha existente entre la demanda y la capacidad de atención ya que, a pesar de haberse duplicado la capacidad instalada, solamente se atiende al 14.12% de la demanda, lo que afecta la incorporación de la mujer al mercado laboral, hecho que constituye el fundamento de este servicio</li> </ul>	<p>Cuota correspondiente a 1% del salario base de cotización, con pago sólo a cargo del patrón.</p>



## Prestaciones y servicios sociales

FORTALEZA	DEBILIDAD	FINANCIAMIENTO
<p>Creadas a partir de 1956, no como un nuevo ramo de seguro sino como complemento al propósito de lograr la seguridad social integral a través de múltiples servicios como teatros, deportivos, velatorios, centros vacacionales, tiendas, etc. Los servicios se encuentran abiertos tanto a población derechohabiente como a la que no lo es.</p> <p><b>Tiendas:</b> Creadas para fortalecer el poder adquisitivo de los trabajadores mediante la venta de artículos básicos a precios inferiores a los del mercado, con beneficios adicionales para los trabajadores del IMSS.</p> <p><b>Centros Vacacionales:</b> Socialmente necesarios y con gran demanda en épocas anteriores.</p> <p><b>Velatorios:</b> Se cuenta con 16 instalaciones en 12 estados de la República y el D.F.; pueden solicitar el servicio tanto asegurados como no asegurados; cuando el asegurado fallece en una unidad médica del sistema, el traslado al lugar de origen es gratuito y se otorgan facilidades de pago a las familias. Actualmente registra un remanente financiero.</p> <p><b>Centros de Seguridad Social:</b> Actualmente hay 116 en todas las entidades federativas.</p> <p><b>Teatros:</b> Existen 38 cubiertos y 36 al aire libre, los que han permitido fortalecer la cultura nacional.</p> <p><b>Unidades Deportivas:</b> Al igual que los Centros de Seguridad Social y los teatros, se cuenta con una gran infraestructura, además de que es la actividad que más de vincula con el fomento a la salud.</p>	<p><b>Tiendas:</b> Constituyen una carga financiera por las pérdidas que ocasionan a la institución y que se han incrementado sistemáticamente como consecuencia del ineficiente sistema de operación y administración vigente, corrupción, robo hormiga, sistema de abasto deficiente, carencia de controles de inventario, poca variedad de productos y el hecho de que los precios no son significativamente más bajos a los del mercado (se estiman sólo del 3%).</p> <p><b>Centros Vacacionales:</b> Han reportado déficits importantes (para 1994 fueron de 7,768,000 pesos) por la reducción de la población usuaria, siendo Oaxtepec el único centro vacacional con superávit ya que los otros centros no se encuentran en lugares turística-mente frecuentados. A su vez, por la poca flexibilidad en el manejo de los recursos, existen trabas a la reinversión y la modernización por lo que no se da el suficiente mantenimiento y se imposibilita la introducción de innovaciones que hagan más atractivas las instalaciones del IMSS, en comparación con los centros vacacionales privados.</p> <p><b>Velatorios:</b> Servicio seriamente limitado geográficamente que actualmente sólo representa el 5% de los servicios por fallecimiento del país. Además, 11 velatorios tienen instalaciones rentadas, lo que implica una alta erogación por renta, mientras que el burocratismo existente genera insatisfacciones en el usuario y hace el servicio no competitivo en el mercado.</p> <p><b>Centros de Seguridad Social:</b> La reducción de presupuesto ha afectado la eficacia de sus programas y la opinión de la población respecto a su utilidad, a pesar de que se brinda mayor cuidado a los grupos más vulnerables (madres, niños, ancianos y minusválidos), toda vez que sus actividades no se han actualizado, reflejando carencia de utilidad para las necesidades de la población. Además, los inmuebles padecen falta de mantenimiento y deterioro en su estructura.</p> <p><b>Teatros:</b> Resulta poco viable su operación por los notables descensos en la población concurrente debido a la falta de impulso en esta área, el hecho de que los ingresos producto del arrendamiento de instalaciones no ingresen a las finanzas institucionales y los altos gastos de mantenimiento.</p> <p><b>Unidades deportivas:</b> La falta de financiamiento limita su mantenimiento, aunado a que existen instalaciones poco usadas como los estadios de fútbol y el parque de béisbol.</p>	<p>0.4% de las cuotas para el seguro de IVCM (8.3% del salario de los trabajadores)</p> <p>Debido al déficit del seguro de IVCM, resulta imposible continuar con el actual sistema de financiamiento</p>

Según las circunstancias que ha atravesado el instituto, se ha concedido mayor importancia a ciertos aspectos, así, en otras épocas, el IMSS promovió, primero, la cultura,

destacando la recreación a través de espectáculos artísticos y segundo, el deporte, fundamentalmente en el ámbito competitivo y de alto rendimiento, llegándose incluso a la contratación de equipos profesionales representativos del instituto. Posteriormente, y ante las condiciones del país, se priorizó la protección del ingreso de los grupos con menor nivel de vida, a través de la enseñanza de oficios que complementarían los ingresos familiares, pero la estructura de estos programas, al obedecer a intereses y necesidades de la población usuaria, poco tiene que ver con el objetivo inicial de esta área, que principalmente es el fomento a la salud y la elevación general de los niveles de vida de la población. Además, al ser abiertas a toda la población, no benefician necesariamente a los derechohabientes del IMSS, que son su objeto principal, por lo que han sido objeto de crítica pública, además de que los gastos, al ser absorbidos por el ramo de IVCM afectan las finanzas institucionales.

El análisis de la situación del IMSS se extendió a todos los rubros, incluyendo el de su personal, donde se destacó que pese a que el crecimiento en el personal del instituto ha sido proporcional a la evolución de la institución, el crecimiento de la población y la extensión de los servicios que se otorgan,<sup>29</sup> se detectó que existe un desequilibrio en la asignación de recursos humanos y serias limitantes a su reubicación en las áreas donde se requiere fortalecer la fuerza de trabajo, además de que se ha incrementado la proporción de trabajadores por cada mil derechohabientes, de 5.4 en 1944 a 9.4 en 1994, mientras que las prestaciones contractuales favorecen altos índices de ausentismo que, por falta de recursos financieros, no son cubiertos y, en consecuencia, afectan la atención a la población usuaria. En consecuencia, las autoridades del IMSS consideran necesario establecer mecanismos que permitan la optimización de recursos humanos y la modernización de las estructuras existentes.

Frente a este análisis, que situaba al IMSS al borde de un colapso financiero, se desataron una serie de comentarios a favor y en contra del proceso de cambio que pretendía darse en el instituto, mismas que se publicaron y pueden ser consultados en los diarios de circulación nacional de los meses de febrero a octubre de 1995. Particularmente interesante resulta la opinión del Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores

---

<sup>29</sup> Al fundarse el IMSS se contaba con 207 trabajadores y para 1995 existían 345,238, de los cuales 62.25% eran mujeres y 37.74% eran hombres. *Cfr. Ibid.*, p. 30.

del Seguro Social (SNTSS), quien en el documento "En defensa de la seguridad social. Propuestas del SNTSS" destacó:<sup>30</sup>

1. No resulta comprensible que los directivos del IMSS hagan un diagnóstico al instituto, ya que sólo tienen en sus puestos de dos a cuatro años y no lo conocen, además, no plantean soluciones y se centran solamente en los problemas financieros, pero cancelan al mismo tiempo la única vía de ingresos posibles que es la de las cuotas, y culpan a los trabajadores y el Contrato Colectivo de Trabajo de la situación crítica.
2. Al insistir en la no elevación de cuotas, se pone de manifiesto la intención de proteger al sector patronal, a pesar de que en ese diagnóstico se demuestra que del 70% que les corresponde a los patrones como contribución obligatoria al seguro social, éstos recuperan el 31.5% vía exención de impuestos y su contribución neta queda en 38.5%
3. Los problemas de evasión son de carácter administrativo y su solución depende de la administración del instituto por medio de la corrección y mejoría de los sistemas de inspección, auditoría y verificación de patrones. Mientras esto no se logre, la ampliación del régimen sólo conducirá al incremento en la demanda de servicios y prestaciones sin que haya el sustento financiero.
4. Respecto a la incapacidad histórica del sistema de abasto oportuno, se ha demostrado la ineficiencia de la administración, ya que la contratación de transportes para la movilización de material, equipo y medicamentos genera no sólo corrupción, sino mayores gastos, mientras que el instituto tiene vehículos parados por falta de reparación y personal subutilizado por falta de vehículos.
5. En lo referente al "enorme" gasto derivado de prestaciones sociales, se olvida que estas prestaciones constituyen uno de los mecanismos más importantes para la prevención de enfermedades, que la utilización adecuada del tiempo libre es una actividad inherente a la seguridad social y que estos servicios no fueron creados como negocio para tener utilidades, con posibilidad de cancelarlos si no las tenían.
6. En cuanto al seguro de enfermedades y maternidad, se olvidaron decir que una parte del déficit existente es porque a partir del 1º de marzo de 1995 se otorga atención médica completa, además de las 8 semanas que establece la ley, por 4 meses más, a los trabajadores y sus familias, víctimas del desempleo masivo que se ha dado debido a

---

<sup>30</sup> Cfr. *Ibid.*, pp. 41-44.

la crisis financiera del país, sin que exista cotización que respalde la obligación, en sustitución de una acción que en esencia corresponde al Estado, por lo que una de las soluciones a este problema financiero es el incremento en la aportación del Estado en el equivalente a 1.5%, para elevarlas a un total de 14%, en lugar del 12.5% actual.

7. Por lo que toca al seguro de IVCM, para brindar seguridad en el futuro, sostener un equilibrio, mantener el principio de solidaridad que sustenta la seguridad social y garantizar la permanencia e incremento de las pensiones, se sugiere la incorporación de la aportación patronal del 2% que corresponde al SAR a este seguro.
8. En lo referente a los recursos humanos del instituto, el Sindicato ha realizado gestiones para la mayor capacitación de los mismos y la revisión de plantillas, pero no es permisible que se critiquen las prestaciones que actualmente tienen y que son resultado de muchos años de lucha.
9. La alternativa integral que se ofrece es mejorar la administración "con vicios de muchos años y defectos nuevos, darle continuidad a los programas de trabajo para no reinventar al Seguro Social cada seis años en el mejor de los casos, ya que el anterior sexenio vio pasar tres Directores Generales con criterios y políticas diferentes, lo que causó serios trastornos al trabajo del IMSS" y escuchar la opinión de los trabajadores, con lo que no sólo sería viable la actuación del instituto, sino que se revitalizaría su acción, permitiendo ampliar la cobertura, mejorar la calidad de sus servicios y cumplir con el compromiso que originó su creación: "la necesidad de llevar la Seguridad Social en su más amplio concepto a todo el pueblo de México"<sup>31</sup>

Con todos los elementos de análisis que fueron presentados por las autoridades del IMSS, el SNTSS, los foros de Consulta popular y los buzones que se establecieron, se procedió a elaborar propuestas que llevaron a la presentación ante el Congreso de la Unión, de una iniciativa de Nueva Ley del Seguro Social que plantea una reforma estructural al sistema<sup>32</sup> con base en cinco lineamientos básicos: no privatización del

<sup>31</sup> *Ibid*, p. 42.

<sup>32</sup> Las decisiones que se han tomado en esta materia, se encuentran directamente influenciadas por las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional y en especial, el Banco Mundial, los que han orientado su acción hacia aspectos de desarrollo macroeconómico, como infraestructura, productividad y promoción de las exportaciones. El interés del Banco Mundial se materializó en un informe titulado "Envejecimiento sin crisis, políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento" donde esta organización analizó muchos de los problemas actuales de la seguridad social en el ámbito mundial y elaboró algunas recomendaciones que promueven los esquemas de financiamiento basados en el sistema de ahorro individual,

sistema de seguridad social mexicano; precaución para evitar el incremento en las aportaciones de trabajadores y patrones; exploración de mecanismos para sanear las finanzas del IMSS y conciliarlas con la viabilidad de los ramos de aseguramiento y la intención de ampliar la cobertura y estimular el papel del instituto como promotor del empleo y la productividad. La nueva Ley del Seguro Social resultó aprobada y se publicó el 21 de diciembre de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*, con vigencia a partir del 1º de julio de 1997.

## 2.2. La reforma más reciente a la Ley del Seguro Social

La nueva ley, como se mencionó anteriormente, introduce una reforma estructural que transforma primordialmente al ramo de pensiones, lo que constituye, según Carmelo Mesa-Lago, el establecimiento de un programa de privatización sustitutiva cuyas características, muy similares a las establecidas en Chile a fines de la década de los setenta, se señalan a continuación:<sup>33</sup>

- ◆ Reclasificación de los ramos de aseguramiento dentro del régimen obligatorio: enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y guarderías y prestaciones sociales, con los beneficios y forma de financiamiento que se señalan en el siguiente cuadro<sup>34</sup>.

Ramos de aseguramiento dentro del régimen obligatorio del seguro social

RAMO DE SEGURO	DERECHOHABIENTES	APORTACION
Enfermedades y maternidad (E y M)	Quedan amparados por este seguro: El asegurado El pensionado por: incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada, vejez, viudez, orfandad o ascendencia La esposa/esposo o concubina/concubinario de la persona asegurada	Tripartita Para prestaciones en especie: • Cuota patronal diaria de 13.9% del salario mínimo general diario vigente en el D.F. Si el trabajador gana más de 3 veces ese salario, se añadirá una cuota adicional patronal de 6% y otra obrera

que se consideran como la alternativa más efectiva para proporcionar cierta seguridad de ingresos en la vejez. Cfr. Dalmer D. Hoskins. "La seguridad social americana en el contexto de la seguridad social mundial" en *Estudios de la Seguridad Social*. No. 80, AISS, Oficina Regional para las Américas, Buenos Aires, 1996, pp. 8-9.

<sup>33</sup> Mesa-Lago, *op. cit.*, pp. 63-64.

<sup>34</sup> <http://www.imss.gob.mx>, 04/06/2000.

RAMO DE SEGURO	DERECHOHABIENTES	APORTACION
Enfermedades y maternidad (E y M)	<p>La esposa/esposo o concubina/concubinario del pensionado o pensionada</p> <p>Los hijos menores de 18 años</p> <p>Los hijos incapacitados y los hijos estudiantes hasta los 25 años de edad mientras realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.</p>	<p>de 2% sobre la diferencia entre el salario base de cotización del trabajador y el importe de 3 veces el salario mínimo diario vigente en el D.F.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aportación estatal de 13.9% del salario mínimo general diario vigente en el D.F., misma que se actualizará trimestralmente conforme el Índice Nacional de Precios al Consumidor.</li> </ul> <p>Para prestaciones en dinero:</p> <p>1% del salario base de cotización, distribuido, 70% a cargo del patrón, 25% a cargo del trabajador y 5% a cargo del Estado</p>
Riesgos de trabajo (R.T)	<p>Este seguro ampara al trabajador asegurado</p> <p>Si un accidente de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, sus beneficiarios tendrán derecho a una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas en la ley.</p> <p>Los beneficiarios del trabajador son:</p> <p>La viuda/viudo o concubina/concubinario, siempre y cuando no contraigan nuevas nupcias o entren en concubinato</p> <p>Los huérfanos menores de 16 años o hasta los 25 si se encuentran estudiando en planteles del sistema educativo nacional, tomando en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario y siempre que no sean sujetos del régimen obligatorio</p> <p>Cada uno de los huérfanos totalmente incapacitados</p> <p>A falta de viuda/viudo, concubina/concubinario o huérfanos, cada uno de los familiares ascendientes que dependían económicamente del trabajador fallecido</p>	<p>Patronal</p> <p>La cuota a aportar se determinará en relación a la cuantía del salario base de cotización y los riesgos inherentes a la actividad de la negociación de que se trate, pero ahora se clasifican por grado de siniestralidad, que debe ser determinado por cada patrón con base en la cantidad de incapacidad y defunciones que por este concepto se hayan presentado durante un año y de acuerdo con una fórmula que se establece en el artículo 72 de la Ley del Seguro Social.</p> <p>Sin embargo, al inscribirse por primera vez al instituto o cambiar de actividad, las empresas cubrirán la prima media de la clase que conforme al Reglamento establecido para el efecto les corresponda</p>
Invalidez y vida (I.V)	<p>Este seguro protege al trabajador asegurado.</p> <p>En caso de muerte de éste por causas distintas a las de un riesgo de trabajo y siempre que el asegurado hubiese pagado al instituto de un mínimo de 150 cotizaciones semanales o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez, el IMSS otorgará a sus beneficiarios las siguientes prestaciones:</p> <p>Pensión de viudez</p> <p>Pensión de orfandad</p> <p>Pensión a ascendientes si no existieran viuda/viudo, concubina/concubinario ni huérfanos con derecho a pensión</p> <p>Ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule, y Asistencia médica</p>	<p>Tripartita</p> <p>El patrón le aportará 1.75% y el trabajador, 0.625% del salario base de cotización</p> <p>Al Estado le corresponde pagar 7.143% del total de las aportaciones patronales</p>

RAMO DE SEGURO	DERECHOHABIENTES	APORTACION
Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (R.C.V.)	<p>Este seguro cubre al trabajador asegurado</p> <p>Para gozar de las prestaciones de este ramo se requiere que éste tenga reconocidas ante el instituto un mínimo de 1,250 semanas de cotización.</p> <p>Si el asegurado tiene cotizadas un mínimo de 750 semanas, tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.</p> <p>Los beneficiarios del trabajador titular de este seguro serán, cuando éste fallezca. La esposa/esposo, concubina/concubinario del asegurado/a o pensionado/a que hubiere dependido económicamente de él/ella</p> <p>Los hijos menores de 16 años</p> <p>Los hijos incapacitados y los hijos estudiantes hasta los 25 años de edad, mientras realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional</p>	<p>Tripartita</p> <p>Para la subcuenta de retiro, el patrón aportará 2% del salario base de cotización. Para las subcuentas de cesantía en edad avanzada y vejez, la aportación será, por parte del patrón, 3.150% y del trabajador 1.125% del salario base de cotización, mientras que el Estado aportará 7.143% del total de la aportación patronal.</p> <p>Además, mensualmente el Estado aportará, por concepto de cuota social, 5.5% del salario mínimo vigente en el D.F. por cada día cotizado.</p>
Guarderías y prestaciones sociales	<p>Para efecto de las prestaciones de los servicios de guardería, quedan cubiertos por este seguro:</p> <p>La mujer trabajadora</p> <p>El trabajador viudo o divorciado que conserve la custodia de los hijos, de no poder proporcionar cuidados durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia y en tanto no contraigan nuevamente matrimonio o se unan en concubinato</p> <p>Los hijos menores de éstos desde la edad de 43 días hasta que cumplan 4 años.</p> <p>Para efecto de las prestaciones de los servicios que se otorgan a través de prestaciones sociales, tendrán acceso a éstos todos los derechohabientes del instituto.</p>	<p>Patronal</p> <p>1% sobre el salario base de cotización</p> <p>Para las prestaciones sociales institucionales sólo se podrán tomar hasta el 20% de dicho monto.</p> <p>Las prestaciones sociales de solidaridad social se encontrarán financiadas por el Estado y los propios beneficiarios a través de aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades que habitan</p>

- ◆ Los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio son: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo. Voluntariamente, mediante convenio con el instituto, pueden ser sujetos de aseguramiento: los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados; los trabajadores domésticos; los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las

administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que no estén comprendidos en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

- ◆ Con la separación de los ramos de vejez, invalidez y muerte, la pensión por vejez (retiro y cesantía en edad avanzada) se saca del IMSS y se traspassa su administración a Administradoras de Fondos de Retiro (AFORE) de carácter público, privado o social, que operarán las Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos de Retiro (SIEFORE).
- ◆ La edad de retiro se mantiene sin cambio, pero los años de trabajo/contribución aumentan de 10 a 24.
- ◆ Los asegurados actuales tienen la opción de elegir entre el sistema antiguo o nuevo, pero los que ingresaron a laborar desde el 1º de julio de 1997, obligatoriamente se incorporarán al nuevo.
- ◆ El programa público anterior desaparecerá cuando desaparezcan todos sus posibles beneficiarios.
- ◆ Se reconocen los años de trabajo/contribución acumulados en el IMSS por los asegurados que se pasen al sistema nuevo, pero no hay bono de reconocimiento.
- ◆ Se transfieren los fondos acumulados en el SAR a las Afores.
- ◆ Si a la edad de retiro un asegurado actual elige el sistema antiguo, recibirá una pensión del IMSS mas los fondos acumulados en el SAR,
- ◆ Los asegurados en el sistema nuevo podrán elegir al tiempo de retiro, entre una renta vitalicia contratada con una compañía de seguros (pública, privada o social) o un retiro programado administrado por la AFORE, o una combinación de retiro programado y renta vitalicia.
- ◆ En el sistema nuevo, el Estado garantiza una pensión mínima (igual a un salario mínimo en el D.F., ajustable por el índice de precios al consumidor), y se hará cargo de las pensiones en curso y de las que se otorguen en el futuro bajo el sistema antiguo.
- ◆ Las pensiones de invalidez y muerte se contratarán libremente por el asegurado con compañías privadas de seguros.
- ◆ El IMSS descontará todas las contribuciones, retendrá la de los asegurados que se acojan al sistema antiguo y traspassará las correspondientes a las Afores y compañías de seguros para los que elijan el sistema nuevo.



- ◆ Los porcentajes de aportación de empleadores y asegurados se mantienen, pero se aumenta el tope de cotización, con lo que incrementa el aporte efectivo.
- ◆ El total de contribución en el sistema antiguo es de 8.5%. En el sistema nuevo se divide 4% para invalidez y muerte y 4.5% para vejez. A la contribución de vejez se agregará el 2% para SAR y 5% de vivienda, dando un total de 11.5%, al que se añadirá un aporte estatal que aumentará de 0.22% a 5.5%, según disminuya el ingreso del asegurado.
- ◆ La Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (CONSAR) es la instancia encargada de dictar las regulaciones y supervisar el sistema nuevo.

### **2.3. Situación actual**

A tres años de distancia desde la entrada en vigor de la nueva Ley del Seguro Social, la evaluación de los efectos que esta reforma ha representado en el país fue expuesta en el Informe de Actividades que el entonces Director General del IMSS, Genaro Borrego Estrada, ofreció a la LXXXVI Asamblea General de ese instituto, el 28 de febrero de 2000.<sup>35</sup>

En esa ocasión, se señaló que la reforma institucional se ha manejado en tres vertientes: la nueva ley y su debida aplicación, haciendo las adecuaciones necesarias al marco reglamentario que rige los sistemas operacionales sustantivos; la reorganización administrativa, acompañada de una amplia reestructuración financiera, presupuestal y contable, desconcentración operativa y fortalecimiento del control interno y, por último, la modernización institucional, actualización tecnológica e instrumentación del Plan Integral de Calidad.

De esta forma, se destacó que con 32 meses de aplicación de la nueva ley, el balance resulta satisfactorio ya que la afiliación al nuevo sistema de pensiones superó las expectativas y el sistema está respondiendo al entregar a los trabajadores rendimientos muy por arriba de la inflación, asegurando la plusvalía de los depósitos para el retiro.

A su vez, se reconoció que el mayor éxito de la reforma radica en que el IMSS recuperó su capacidad de crecer y así brindar protección contra la enfermedad, los accidentes y el inevitable envejecimiento de un cada vez mayor número de mexicanos, lo

que se refleja en el incremento constante de derechohabientes y constituye "un avance concreto en la búsqueda de un México más social"<sup>36</sup>.

Esta situación, que implica el aumento en la demanda de servicios, ha obligado a llevar a cabo importantes ajustes y adecuaciones a la estructura y organización del instituto. Así, bajo la vertiente de la reorganización administrativa, se ha dado un cambio estructural que descentraliza, desconcentra y moderniza todos los niveles, agilizando la capacidad de respuesta al tomar decisiones en donde se generan los problemas. En este marco, desde 1995 se modificó la estructura orgánica del IMSS mediante la definición de cuatro niveles de operación: central, regional, delegacional y de unidad de operación con la finalidad de hacer acorde la función administrativa con las necesidades y retos que se presentan para la eficiente prestación de servicios. Al nivel de las unidades de operación, es importante destacar la desconcentración de autoridad y capacidad de autogestión de los cuerpos de gobierno, la actualización de los indicadores del proceso de atención médica, la identificación de las necesidades de equipo y la adquisición en sus diversas modalidades de aprovisionamiento.

De la misma forma, se han modificado y establecido reglamentos relativos a supervisión e inversión de los recursos financieros del instituto, fortaleciendo las estructuras de control interno, cuya dependencia se trasladó directamente a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), todo ello debido a la importancia que representa manejar con transparencia y plena confiabilidad los recursos de alrededor de 14 millones de aportantes.

La estrategia de reorganización administrativa está orientada a dotar de facultades para la toma de decisiones a los directivos responsables de la operación, en busca de la autonomía de gestión. Para ello, el instituto y su representación sindical trabajan en la elaboración de programas, sistemas y formas de operación que lleven a la puesta en operación del Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud. Este modelo busca que los trabajadores de la institución traten los problemas de salud como un proceso integrado, que parte necesariamente de la prevención y que, en el caso de que el padecimiento se presente, cubre todas las instancias de atención médica, desde el diagnóstico hasta el

---

<sup>35</sup> IMSS. *Informe escrito de la Dirección General a la LXXXVI Asamblea General del Instituto Mexicano del Seguro Social*, <http://www.imss.gob.mx>, 01-07-2000

<sup>36</sup> *Ibid.*

tratamiento especializado y la rehabilitación, como un sólo ciclo continuo de prestación del servicio.

En congruencia con esta meta, los servicios de atención y orientación al derechohabiente se han modernizado para investigar las necesidades y expectativas de los usuarios a fin de encontrar elementos útiles que permitan dar respuesta oportuna a las exigencias de los usuarios y al mismo tiempo, reaccionar ante los desafíos del futuro. De la misma forma, se ha desarrollado un Sistema Nacional de Quejas que integra al IMSS con el sistema que administra la SECODAM, y que operan conjuntamente el propio instituto, el ISSSTE, la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, evitando la duplicidad en la atención y una mayor eficacia, en beneficio de los usuarios de este servicio, de manera que, según el Director General del IMSS, ahora, además de interesarse por la pronta resolución de una queja, hay una preocupación por conocer las necesidades de la población, lo que se ha traducido en el diseño e instrumentación de un sistema de cobertura nacional para medir en forma permanente, la calidad de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.

Derivado de ello, hoy se sabe que los derechohabientes demandan: servicio excelente de los prestadores de servicios, trato amable, entrega de medicamentos completos, tiempo de espera razonable para recibir los servicios y para la programación de cirugías, explicaciones claras de los médicos sobre el estado de salud de los pacientes y la realización de una explicación adecuada al padecimiento del paciente. Esto ha llevado al establecimiento del Plan Integral de Calidad que constituye la estrategia para que, a través del establecimiento de equipos de proyecto, los trabajadores detecten las situaciones problemáticas en cada unidad y planteen las soluciones que ellos consideran más viables a fin de lograr estándares de calidad necesarios para la operación del instituto.

Los beneficios de la reorganización administrativa han fortalecido la atención médica que constituye la actividad institucional primordial. Así, se continúa haciendo especial énfasis en la formación, actualización y capacitación permanentemente al personal de salud, así como en el impulso a la investigación médica. De igual manera, resulta relevante la magnitud de la atención que en este rubro se brinda a la población nacional y la consolidación de estrategias para atender a sectores especialmente sensibles como las madres, niños, ancianos y minusválidos.

En el verano de 1999, se concluyó la reconstrucción del Parque Acuático en el Centro Vacacional IMSS Oaxtepec, con recursos provenientes en su totalidad del concesionario, de acuerdo con los términos de una licitación y contrato elaborado para este fin, mismo que fue inaugurado por el presidente de la República el 5 de agosto de 1999. Esta acción se llevó a cabo como una estrategia para acrecentar el patrimonio institucional que no representara una carga financiera para los ramos de seguro establecidos por la ley.

De igual forma, el terreno del llamado Parque de Béisbol del Seguro Social de la ciudad de México, se vendió a un particular, destinado el valor íntegro de la operación al fondo de la reserva del Seguro de Invalidez y Vida, para apoyar las responsabilidades institucionales.

En cuanto a la infraestructura escénica, los teatros que antes operaba el IMSS, ahora son operados por empresas especializadas, mediante licitaciones abiertas convocadas junto con CONACULTA, cuyos fallos son emitidos en los términos de las convocatorias correspondientes, por un comité integrado en su totalidad con personalidades de este medio, con lo que se continúa fomentando la cultura sin que ello represente una carga financiera inconveniente para el IMSS.

Debido a que la meta histórica del instituto es la ampliación de la cobertura, se afirmó que la nueva ley permitió la recuperación de la expansión a largo plazo, lo que se puede constatar con las cifras financieras que se proporcionaron y que demuestran un superávit financiero en las reservas institucionales, situación que, de continuar la tendencia igual, se repetirá durante los próximos años y permitirá el equipamiento integral de las unidades de atención entre los años 2003 y 2005. Este equipamiento incluye la actualización informática, donde ya se han dado grandes pasos al modificar la mayoría de sistemas relativos a conservación de derechos, recopilación de cuotas, administración de personal, pago de pensiones, abastecimiento de insumos, etc.

Finalmente, el balance de resultados concluyó con la afirmación del Director General de que apenas se vislumbran los primeros pasos, pero con perseverancia y voluntad, se pueden alcanzar resultados francamente sorprendentes. Ayer, el compromiso fue la nueva ley, la reorganización y la modernización; actualmente la bandera, compromiso y consigna del IMSS es la calidad.

En cifras concretas, el resultado del balance se presentó de la siguiente forma:<sup>37</sup>

**Cobertura:**

- ◆ Se proporcionaron servicios médicos a 57% de la población del país, en comparación con 52% que se atendía en 1994.
- ◆ 14 millones 559 mil asegurados, 6.7% más que en 1998.
- ◆ 44 millones 557 mil derechohabientes, 7.8% más que en 1998.
- ◆ 2 millones 998 mil nuevos asegurados entre 1994 y 1999; 25.9% de crecimiento.
- ◆ 8 millones 003 mil nuevos derechohabientes entre 1994 y 1999; 21.9% más, cantidad equivalente a la población de República Dominicana o a la de Paraguay y Uruguay juntos.
- ◆ 555 mil jornaleros agrícolas incorporados en 1999.
- ◆ 316 mil familias se han incorporado voluntariamente al Seguro de Salud para la Familia.

**Construcción y Equipamiento:**

En el trienio 1998-2000:

- ◆ 4,635 millones de pesos para construcciones, cifra 164% superior a los tres años anteriores.
- ◆ 162 obras, más del doble que las del trienio anterior.
- ◆ 3,800 millones de pesos para la renovación y adquisición de equipo e instrumental médico.
- ◆ Las 1,522 unidades de medicina familiar, 68 hospitales generales de subzona y todos los servicios de urgencias ahora tienen totalmente cubiertas sus necesidades de equipamiento.
- ◆ Los 217 hospitales generales y 41 hospitales de especialidades incluyendo los 10 Centros Médicos Nacionales también tienen ahora cubiertas sus necesidades prioritarias de equipamiento.
- ◆ 453 ambulancias nuevas.
- ◆ 1,300 farmacias están en proceso de renovación y equipamiento.

**Atención a la salud:**

- ◆ 422 mil 094 consultas diarias.
- ◆ 5,492 intervenciones quirúrgicas por día.

<sup>37</sup> <http://www.imss.gob.mx>, 04-06-2000

- ◆ 1,742 partos diarios.
- ◆ 754 mil 427 niños nacieron en el IMSS en 1999, 34% de los nacidos en todo el país, es decir, 1 de cada 3.
- ◆ 100 millones de recetas surtidas por año en las farmacias del IMSS.
- ◆ Distribución de medicamentos y material de curación a más de 17 mil centros de atención.
- ◆ Ningún caso de sarampión se ha presentado en 4 años.
- ◆ Ningún caso de difteria en 10 años.
- ◆ Se ha reducido 84.87% la mortalidad de menores de cinco años por enfermedades diarreicas agudas en los últimos 9 años.
- ◆ Ha disminuido 57.54% la mortalidad por infecciones respiratorias agudas.
- ◆ En 1993 la tasa de mortalidad materna hospitalaria era de 41.7 por cada 100 mil nacidos vivos. Hoy es de 38.7.
- ◆ En 1994 la tasa de mortalidad infantil era de 13.3 por cada mil nacidos vivos. Hoy es de 12.4.
- ◆ En 1994 la mortalidad perinatal era de 15.7 por cada mil nacidos vivos. Hoy es de 12.8.
- ◆ En 1995 se registró un índice de 39.8 casos de incapacidad permanente por cada mil riesgos de trabajo. En 1999 se redujo a 31.9.
- ◆ En 1995 se registró un índice de 2.9 días promedio de incapacidad por trabajador por año. En 1999 fue de 1.4.
- ◆ La tasa de invalidez que en 1995 era de 2.1 por cada mil trabajadores, en 1999 fue de 1.2.

***Pensiones:***

- ◆ 1 millón 739 mil pensionados.
- ◆ 15 millones 594 mil trabajadores afiliados a las AFORES.
- ◆ 500 mil afiliados a AFORE XXI
- ◆ 221 mil 386 millones de pesos manejados por las AFORES a 32 meses de su establecimiento, cifra equivalente al 5.1% del PIB.
- ◆ 203 mil 395 millones de pesos en saldo acumulado en las AFORES.

- ◆ 9% de rendimiento real de las AFORES desde su inicio. En 1999 un promedio de 13% en términos reales, es decir, por encima de la inflación.
- ◆ De julio de 1997 a diciembre de 1999 se han depositado 17 mil 991 millones de pesos en las aseguradoras para el Seguro de Invalidez y Vida, en beneficio de 51 mil 538 personas. Se han otorgado pensiones 39% superiores, en promedio, a las que se habrían otorgado bajo la legislación anterior.

**Guarderías:**

- ◆ 692 guarderías a diciembre de 1999, 52% más que las 455 creadas de 1973 a 1994.
- ◆ 82 mil 870 niños atendidos, 36% más que en 1994.

**IMSS-Solidaridad:**

- ◆ 11 millones de personas atendidas entre la población campesina e indígena.
- ◆ 3 mil 399 millones de pesos ejercidos en 1999, aportados en su totalidad por el Gobierno Federal.

**Formación e investigación médicas:**

- ◆ 20.2% de la producción bibliográfica del país en temas de salud la genera el IMSS.
- ◆ Creación de nuevas unidades de investigación en áreas de infectología e inmunología, dermatología y micología, investigación educativa, epidemiología clínica, servicios de salud.

**Modernización tecnológica:**

- ◆ 12 mil 600 programas de cómputo reelaborados.
- ◆ 25 mil equipos de cómputo en 1999 contra 9,584 en 1994; se triplicó la capacidad instalada.
- ◆ 6,500 equipos de cómputo distribuidos en delegaciones, subdelegaciones y unidades de medicina familiar con más de 5 consultorios.
- ◆ Se instaló en todo el país la red de telecomunicaciones IMSS para voz y datos, la más grande de América Latina en su tipo.
- ◆ 56 millones de registros en el Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE).
- ◆ 740 mil registros en el Catálogo Nacional de Patronos (CANAPA).
- ◆ Se han actualizado y modernizado los sistemas que simplifican y agilizan los procesos de afiliación, pago de pensiones, de cuotas obrero-patronales, de vigencia de derechos, de atención médica, de abasto y de administración de personal, entre otros.

### **Finanzas:**

1999:

- ◆ Ingresos: 108 mil 233 millones de pesos.
- ◆ Egresos: 105 mil 407 millones de pesos
- ◆ Resultado superavitario: 2 mil 826 millones de pesos, para la reconstitución de las reservas financieras.
- ◆ El patrimonio institucional ascendió a 71 mil 071 millones de pesos.
- ◆ 11 mil 242 millones de pesos en reservas financieras, de las que:
  - 5 mil 032 millones son de la reserva de invalidez y vida, y
  - 6 mil 210 millones para el fondo del régimen de jubilados y pensionados.

Para el año 2000 se prevén:

- ◆ Ingresos de operación: 125 mil 796 millones de pesos
- ◆ Egresos: 111 mil 135 millones de pesos
- ◆ Superávit operativo proyectado: 14 mil 661 millones de pesos, para las reservas financieras.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto y pese a los rumores privatizadores, la situación actual del IMSS que se presenta al público en general, parece manifestar buenas expectativas que permiten garantizar la continuidad de su existencia como garante de la seguridad social mexicana.

La revisión histórica que a lo largo de estos dos capítulos se realizó al desarrollo de la seguridad social en los planos internacional y nacional, me pareció necesaria para proporcionar una idea sobre la importancia que este tema reviste y los logros que paulatinamente se han obtenido. Además, como se pudo observar, el mejoramiento de los esquemas de seguridad social no es un proceso aislado; en la mayoría de los casos es el resultado de la comunicación de experiencias, la revisión de resultados y el cumplimiento de normas internacionalmente establecidas. Por ello, el enfoque internacional del IMSS, que es el objeto de este estudio, merece especial atención.

No obstante, según mi percepción, en la actualidad el área internacional se encuentra parcialmente abandonada dentro de la estrategia de revitalización al instituto ya que, si bien en etapas anteriores se le otorgó impulso por los beneficios que se podrían obtener de la cooperación con otros países y organismos internacionales, en los últimos años ha sido



olvidada, convirtiéndose en una parte del organigrama institucional que a simple vista, no presenta justificación de su existencia, como se verá en el capítulo siguiente.

### **3. Importancia del área de asuntos internacionales del IMSS en la proyección de la seguridad social mexicana a nivel internacional.**

La seguridad social es un asunto que, como señalé en los dos capítulos anteriores, se ha contemplado e impulsado por cada presidente en turno, por el interés que significa para la estabilidad del país y la legitimación del gobierno. Su importancia rebasa las fronteras de México por tratarse de una preocupación mundial, un derecho humano cuyos orígenes son los mismos y que, aunque no en todas partes ha alcanzado igual desarrollo, permite que los pueblos encuentren en ella diversos vínculos y mecanismos para satisfacer sus necesidades.

Es por el alcance internacional de esta materia que el IMSS, en concordancia con los principios de política exterior de México,<sup>1</sup> prácticamente desde su establecimiento ha desarrollado relaciones con dependencias del Poder Ejecutivo y/o instituciones y organismos de seguridad social o afines, nacionales, regionales e internacionales.

Entre los antecedentes más remotos encontramos que, en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Chile en 1942, se estableció que el sentido de la seguridad social era el de "una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos", por lo que cada país debía "mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de sus individuos activos, preparar el camino a las generaciones venideras y sostener a las personas eliminadas de la vida productiva".<sup>2</sup> Con base en esta afirmación, se impulsaron las políticas de seguridad social en América, que promovían las medidas destinadas a aumentar las posibilidades de empleo y mantenerlo a un alto nivel, incrementar la producción y rentas nacionales para distribuirlas equitativamente y mejorar la

---

<sup>1</sup> Para los fines de este trabajo se consideran tres principios básicos de política exterior mexicana: 1) Mantener intactas la soberanía e independencia nacionales; 2) Buscar la cooperación internacional para acelerar el progreso económico, social y cultural, y cooperar al desarrollo de todos los países y 3) Contribuir al mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales. En estos principios se sustentan: la autodeterminación, la no intervención, la igualdad jurídica de los Estados, la solución pacífica de las controversias y la cooperación internacional. Cfr. IMSS. *Instituto Mexicano...*, *op. cit.*, p. 217.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 219.

salud, alimentación, vestuario, vivienda y educación general y profesional de los trabajadores y sus familias. En esa ocasión, la delegación mexicana estuvo integrada por Ignacio García Téllez, entonces Secretario del Trabajo y Previsión Social y Miguel García Cruz, Jefe del Departamento de Seguros Sociales y Presidente de la Comisión Redactora del Anteproyecto de Ley del Seguro Social. En su participación, esta delegación expuso tres ponencias, entre las que se encontraba la presentación del anteproyecto de la ley mexicana del seguro social. La conferencia, por su parte, reconoció que esta iniciativa merecía la aprobación y aliento de esa reunión de especialistas en seguridad social, porque constituía un "código de seguridad científicamente elaborado con todas las perspectivas de viabilidad en su realización, a la par que presenta una firme garantía técnica para establecer en México el Seguro Social en beneficio de las clases productoras y de la prosperidad de la nación mexicana".<sup>3</sup>

La relevancia de esa conferencia para el anteproyecto mexicano de Ley del Seguro Social se reflejó en el hecho de que, con el mismo impulso técnico, se aprobó la ley, 82 días después, en el Congreso de la Unión de México.

Casi tres años después, del 23 al 28 de julio de 1945, se realizó en México la Segunda Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), con asistencia de 19 países, además de los delegados de la Oficina Internacional del Trabajo, la Unión Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana. En aquella ocasión, el entonces presidente Manuel Ávila Camacho declaró que "las Naciones Unidas no habían terminado su tarea con la derrota de los ejércitos enemigos y que la paz sólo alcanzaría proporciones universales y perdurables si se levantaba la estructura de una época firme y clara, en la que el hombre no viviera para vencer al hombre y para aprovechar su trabajo en la servidumbre, sino para alentararlo a vivir, para animarlo y para fraternizar con él en la ayuda mutua".<sup>4</sup> Las consecuencias de dicha reunión fueron muy importantes, ya que con ella se acrecentó la conciencia latinoamericana respecto a los problemas que suscita la seguridad social; los planteamientos de la Ley del Seguro Social mexicana sirvieron de guía para otras legislaciones latinoamericanas y se consolidó el hecho de que cada nación puede y debe desarrollar su propio sistema de seguridad social de acuerdo con sus

---

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 220.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 221.

necesidades y realidad particulares, así como sus tradiciones históricas nacionales, con la plena afirmación de que este elemento era esencial tanto para la seguridad interna como para la internacional y la paz del mundo, al resultar de interés para todos los países por su contribución a la estabilidad y el bienestar económico.

Posteriormente, en 1952, se celebró en México la V Reunión del Comité Permanente Interamericano, en la que se acordó que la sede de éste se situara en la Ciudad de México.

Todas estas acciones hicieron patente la necesidad de que el IMSS contase con una dependencia que se encargara de las relaciones con los organismos internacionales. Es así como a propuesta del Director del instituto, se creó en el año de 1953, la Oficina de Asuntos Internacionales (actualmente Unidad de Asuntos Internacionales).

### **3.1. Fundamentos, objetivos y estructura**

Tradicionalmente, *de facto* pero no *de jure*, la representación del sistema mexicano de seguridad social en reuniones, asambleas, congresos y ante organismos internacionales, se había encontrado a cargo del Director General del IMSS. Tomando en consideración esto, el 23 de marzo de 1960, el presidente Adolfo López Mateos expidió un acuerdo mediante el cual se oficializaba el nombramiento de este personaje como el titular de la representación de la seguridad social, tanto en las relaciones internas como en las internacionales y, a la par, se reafirmó y justificó la necesidad de contar con un órgano activo que las instrumentara.

La Oficina de Asuntos Internacionales, órgano auxiliar de la Dirección General del IMSS, desde el momento de su creación funcionó en el edificio principal del instituto, con un reducido personal que se hizo cargo de la organización y seguimiento de las relaciones internacionales de la institución.

En sus inicios, los objetivos generales de ésta área fueron:<sup>5</sup>

- ◆ promover el establecimiento de relaciones con las instituciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales afines al IMSS;
- ◆ gestionar los programas de asistencia técnica y cooperación internacional;

---

<sup>5</sup> *Ibid*, p. 224.

- ◆ difundir y divulgar información e intercambio de experiencias y realizar programas de relaciones públicas con funcionarios, representantes y visitantes de gobiernos e instituciones internacionales;
- ◆ mantener y custodiar los convenios, convenciones o acuerdos internacionales en los que el IMSS participe y
- ◆ gestionar e intervenir ante la Secretaría de Relaciones Exteriores en todo lo referente a la seguridad social.

Posteriormente, el 1º de octubre de 1963, mediante Acuerdo número 194288 del H. Consejo Técnico del IMSS y a propuesta del Director General, se transforma a la Oficina de Asuntos Internacionales en Departamento, asignándole además de las funciones antes mencionadas las siguientes:

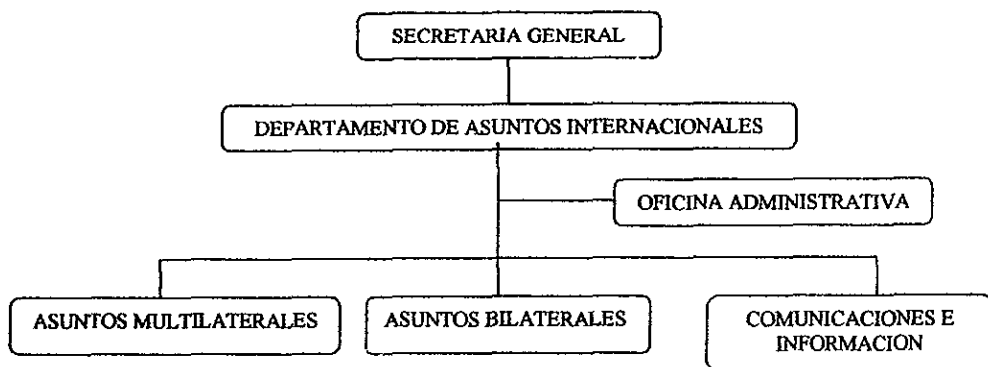
- ◆ atender consultas y otorgar información solicitada por las representaciones diplomáticas en México, en materia de seguridad social;
- ◆ preparar itinerarios de visitas a las diversas dependencias del IMSS;
- ◆ distribuir en el extranjero las publicaciones que sobre seguridad social se editen y
- ◆ colaborar en la preparación de estudios y ponencias para las participaciones del instituto en reuniones internacionales.

Más adelante, por Acuerdo número 9928/77 de fecha 7 de diciembre de 1977 del H. Consejo Técnico, el Departamento de Asuntos Internacionales, que hasta la fecha formaba parte de la Dirección General del IMSS, pasó a depender de la Secretaría General del instituto, como consecuencia de un ajuste institucional de las estructuras orgánicas que se dio entre 1977 y 1982.<sup>6</sup>

Para 1983, el Departamento de Asuntos Internacionales se encontraba estructurado de la siguiente forma:

---

<sup>6</sup> El Director General propuso a la Asamblea General del IMSS en 1977, crear fórmulas de organización que permitieran la participación activa en la administración del instituto de los sectores representados en sus órganos superiores de gobierno. La coyuntura se aprovechó para hacer los cambios en la estructura orgánica del IMSS que se darían en los años siguientes. La Secretaría General, que en 1966 se componía de 3 dependencias, en 1977 se amplía a 6, incorporando en ese año, al Departamento de Asuntos Internacionales, al lado de la Unidad de Inconformidades, la Unidad Auxiliar, la Prosecretaría General, la Unidad Técnico Jurídica y el Secretariado Técnico de Información y Documentación. IMSS. *Unidad de Asuntos Internacionales. Memoria Institucional Global (1990-1999)*. IMSS, Secretaría General, Unidad de Asuntos Internacionales, México, noviembre de 1999, p. 2 (Documento interno de trabajo).



Esto permitió que los objetivos del área se ampliaran, agregando a los hasta entonces establecidos los que a continuación se enlistan:<sup>7</sup>

- ★ seguir una política activa mediante intercambios compensatorios de servicios, experiencias y conocimientos, especialmente para los países de América;
- ★ incrementar la vinculación del Departamento de Asuntos Internacionales con los objetivos, políticas y metas del IMSS en su conjunto, a fin de que pueda actuar como agente promotor del mismo hacia el exterior, por una parte y, por la otra, mantener un carácter receptor de lo que en el área internacional pueda interesar a la operación y funcionamiento del instituto, para lo que cada área específica realizaría las siguientes actividades:

➤ Asuntos multilaterales:

- ✓ promover y mantener las relaciones del IMSS con aquellos organismos internacionales de seguridad social de los cuales el instituto es miembro,
- ✓ desarrollar actividades tendientes a la promoción y mantenimiento de relaciones con aquellos organismos internacionales especializados en seguridad social, de los cuales el IMSS no es miembro,
- ✓ impulsar las relaciones de la institución con aquellos organismos internacionales que, si bien no son especializados en seguridad social, mantienen proyectos de cooperación técnica, de los cuales puede beneficiarse, y
- ✓ difundir los planteamientos que se hagan en los diversos foros internacionales y que resulten de interés para las distintas áreas operativas del instituto.

➤ Asuntos bilaterales:

- ✓ revisar exhaustivamente los convenios suscritos por el IMSS con otras instituciones de seguridad social a fin de determinar su vigencia, con fundamento en las políticas establecidas por la Dirección General para todo el instituto y en los casos en que se justifique, proponer a las autoridades la celebración de nuevos convenios,
- ✓ promover actividades de enlace o apoyo entre las áreas operativas del IMSS y del exterior;
- ✓ impulsar actividades de información permanente del exterior en aquellos temas, asuntos o hechos que sean de interés para las áreas operativas del IMSS, y
- ✓ desarrollar actividades de coordinación en materia internacional con las distintas instituciones mexicanas de salud o seguridad social.

➤ Comunicaciones e información:

- ✓ elaborar el material documental requerido por la Dirección General y por otras dependencias del IMSS, para auxiliar a las autoridades que asisten a reuniones internacionales,
- ✓ publicar los temas relacionados con la seguridad social internacional, de interés para el instituto,
- ✓ promover y divulgar la información del IMSS en el exterior; y
- ✓ elaborar y mantener actualizado un banco de información internacional sobre seguridad social y actividades conexas que sirva de apoyo tanto a las relaciones bilaterales como multilaterales del instituto.

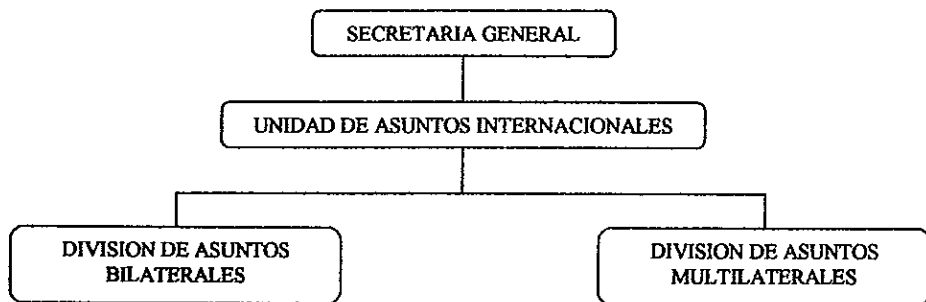
Tiempo después, el H. Consejo Técnico, en sesión celebrada el 7 de agosto de 1985 y mediante Acuerdo 1074/85, suprimió el Departamento de Asuntos Internacionales, por lo que sus funciones fueron asumidas por el Secretario General. Lo anterior implicó que esa dependencia quedara fuera de la estructura orgánica desde esa fecha y hasta enero de 1991.

Así, por Acuerdo 42/91 del H. Consejo Técnico, de fecha 30 de enero de 1991, se modificó la estructura orgánica de la Secretaría General del IMSS a efecto de reintegrarle el

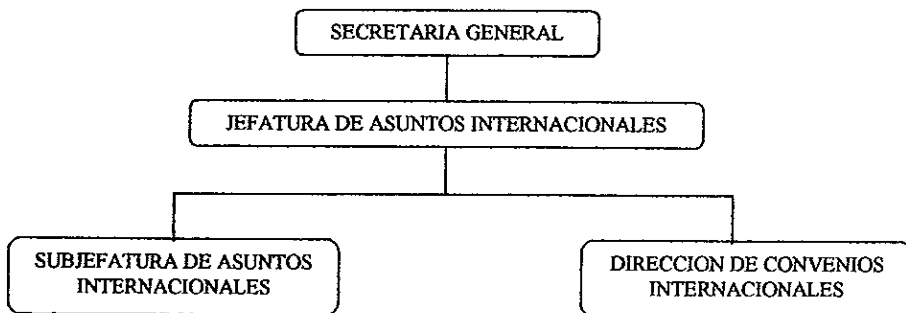
---

<sup>7</sup> IMSS. *Instituto Mexicano...*, op. cit., p. 225.

área de asuntos internacionales, que funciona por primera vez como Unidad, con la siguiente organización:

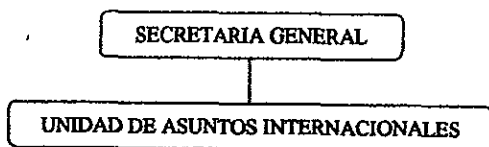


Sin embargo, por Acuerdo número 25/92 del H. Consejo Técnico, el 28 de enero de 1992, es nuevamente suprimida, absorbiendo sus funciones la Prosecretaría General. No obstante, el 9 de junio de 1993, por Acuerdo número 352/93, el H. Consejo Técnico, aprobó la propuesta de reorganización de la Secretaría General del instituto, creando la Jefatura de Asuntos Internacionales.



Finalmente, el 1º de junio de 1994, el H. Consejo Técnico, por Acuerdo 183/94 transformó la Jefatura de Asuntos Internacionales en Unidad de Asuntos Internacionales, con dependencia directa de la Secretaría General y el objetivo de continuar representando al IMSS ante la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y sus órganos ejecutivo, el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS) y de docencia, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). La estructura orgánica desde este momento y a la fecha, es la que se presenta a continuación:





A la fecha, no se han replanteado ni agregado nuevos objetivos a los mencionados hasta el momento, algunos de los cuales continúan aplicándose y consolidándose, mientras otros, por desgracia, se han dejado en el olvido.

### 3.2. Actividades realizadas

Como se señaló en el apartado anterior, la acción internacional del IMSS se desarrolla en dos ámbitos: el de las relaciones multilaterales y el de las relaciones bilaterales.

En el campo de las relaciones multilaterales, el IMSS tiene vínculos con organismos internacionales, la mayoría de ellos especializados en materia de seguridad social y de los cuales es miembro, como la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), a la que el instituto se encuentra afiliado desde 1948 y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), de la que es miembro desde 1943. Existen relaciones con otro tipo de organismos especializados tales como la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá (AISSCAP), de la cual no es miembro, pero promueve programas conjuntos de trabajo con los países que sí lo son y además mantiene relaciones estrechas y valiosas con esta Asociación. Así mismo, sustenta nexos con organismos no especializados en seguridad social, cuya acción se dirige a proyectos relacionados con el bienestar y la seguridad, como por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), incluyendo algunos de sus organismos especializados como el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

La relación del IMSS, a través de su área de asuntos internacionales, con los mencionados organismos, durante algún tiempo fue intensa y activa, de manera que, con la AISS, constantemente se presentaban informes y ponencias de utilidad para el estudio del desarrollo de la seguridad social. Dentro de las comisiones permanentes de la asociación, era frecuente también que el instituto participara en sus deliberaciones, presentara

ponencias o aportaciones sobre diversos temas, auspiciara alguna de esas reuniones, o bien, organizara eventos.<sup>8</sup>

La colaboración del IMSS con la AISS también se puede apreciar por el auspicio de otros eventos de carácter mundial que se realizaron en México, como por ejemplo, la Mesa Redonda Mundial celebrada en 1969 en Oaxtepec, Morelos, sobre el tema "Contribución de los regímenes de seguridad social a los planes nacionales de salud". Con los resultados obtenidos de esta reunión se elaboró la "Declaración de Oaxtepec", que pone de manifiesto la importancia del derecho a la salud como uno de los postulados básicos del esquema de prestaciones económicas, médicas y sociales de la solidaridad organizada que representan los sistemas de seguridad social.<sup>9</sup>

En lo tocante a reuniones técnicas, bajo el auspicio del IMSS y organizadas directamente por el entonces Departamento de Asuntos Internacionales, se realizaron en la ciudad de Acapulco, Guerrero, del 5 al 11 de mayo de 1979, la XIII Reunión de la Comisión Permanente de Actuarios y Estadígrafos de Seguridad Social y la VII Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social.

A su vez, el IMSS, a través del Departamento de Asuntos Internacionales, colaboró en la traducción al español y edición de los "Resúmenes analíticos de seguridad social", que son una síntesis de la "Bibliografía mundial de la seguridad social". Dichos resúmenes fueron remitidos a la AISS para su distribución entre los miembros de habla hispana del organismo.

Como se señaló en el primer capítulo, la Segunda Guerra Mundial reforzó los lazos de entendimiento y cooperación internacional y, especialmente en nuestro continente, acrecentó el regionalismo, entendido como una salida razonable para que los países se agruparan alrededor de ideas comunes y rompieran la dependencia con Europa. Por ello, en la Primer Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en Chile en 1942, además de presentarse alrededor de sesenta trabajos sobre los aspectos principales de la seguridad social americana, se cimentó la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), que tomó su nombre de la propia asamblea estatutaria que le diera origen y tiene el

---

<sup>8</sup> El IMSS auspició la IV Reunión de la Comisión Permanente Médico-Social y la III Reunión de la Comisión Permanente del Seguro de Desempleo, que tuvieron lugar en México en 1955, en ocasión de la XII Asamblea General de la AISS y participó activamente en la organización de las primeras diez reuniones de la Comisión Americana Médico-Social (de 1960 a 1981). *Ibid.*, p. 228.

propósito de ampliar y facilitar la cooperación para el desarrollo de las instituciones de seguridad social en América.

En la CISS, el IMSS también participaba constantemente con ponencias que, sobre todo, manifestaban el grado de desarrollo alcanzado por el sistema de seguridad social nacional, los retos a vencer y las propuestas para mejorarlo. A su vez, la CISS reconoció el papel preponderante de la seguridad social mexicana en Latinoamérica en 1952, tanto en su IV Sesión Plenaria de la Asamblea General<sup>10</sup> como, más tarde, en 1960, durante su VI Reunión, cuando se adoptaron las resoluciones número 55 y 58, mismas que plantean, por un lado, la necesidad de crear una escuela, centro o instituto de capacitación del personal de las instituciones de seguridad social y por otro, que dicha institución se estableciera en México con el nombre de Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), encomendando su funcionamiento a la acción conjunta del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS) y del Instituto Mexicano del Seguro Social.<sup>11</sup>

Aunque el IMSS no es miembro de la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá (AISSCAP), que tiene como objetivo fundamental la integración de la seguridad social en el istmo centroamericano, así como la extensión, defensa y perfeccionamiento científico y técnico administrativo de sus regímenes de seguridad social, fue invitado en varias ocasiones por este organismo a sus reuniones y participó activamente en ellas. La AISSCAP por su parte, reconoció que el IMSS había brindado ayuda sustancial a los seguros sociales de Centroamérica.

La OIT, cuyas funciones sustantivas son la adopción de convenios y recomendaciones internacionales, así como resoluciones tendientes a elevar las normas de trabajo en el mundo entero, no limita su acción a promover la adopción de normas laborales, sino que se ha extendido a otros terrenos como el de la asistencia técnica en materia de formación profesional, el desarrollo de la productividad y la seguridad social, entre otros. Por ello, esta organización mantiene una estrecha vinculación a través de sus diferentes áreas de especialización con las diversas instituciones de seguridad social en el mundo y por lo tanto, con el IMSS, como se demostró cuando esta organización emitió una opinión favorable sobre el proyecto de Ley del Seguro Social de México y más tarde, en

---

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. 230.

1983, al reconocer la importancia que el gobierno mexicano concede al desarrollo de las políticas en materia de seguridad social.<sup>12</sup>

El PNUD, creado en 1965 con objeto de implantar programas de desarrollo en los países del llamado entonces tercer mundo, no tuvo relaciones con el IMSS sino hasta 1983, cuando a través de su Departamento de Asuntos Internacionales este último estableció relaciones directas con altos funcionarios de la Dirección de Proyectos Regionales del PNUD con la esperanza de que, por medio de este acercamiento, el IMSS obtuviera financiamiento a proyectos específicos en la rama de seguridad social.<sup>13</sup>

En lo referente a las relaciones bilaterales, que son las que el IMSS establece con gobiernos, instituciones, ministerios y otros organismos del resto de países del mundo con objeto de desarrollar el intercambio de cooperación técnica, experiencias, asuntos culturales, beneficios a sus asegurados, etc., el área de asuntos internacionales del instituto se encarga de llevar a cabo estos proyectos, por medio de: a) convenios que se suscriben con los diferentes países, b) asistencia técnica que se organiza mediante Comisiones Mixtas de la Secretaría de Relaciones Exteriores, a las cuales asisten las instituciones y organismos interesados en los diferentes temas propuestos para su discusión.

De 1968 a la fecha, el IMSS ha suscrito 59 convenios con diversos propósitos, de los cuales 50 se encuentran vigentes, como se desglosa en el siguiente cuadro.<sup>14</sup>

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	SUSCRITO POR:	PAÍS	ESTADO ACTUAL	MATERIA
27-03-1968	Gobierno de E.U.A	E.U.A.	Vigente	Transferencia de pensiones
08-08-1968	Embajada de Polonia	Polonia	Vigente	Afiliación de trabajadores
16-10-1968	Embajada de Francia	Francia	Vigente	Afiliación de trabajadores
17-02-1969	Embajada de Suiza	Suiza	Vigente	Afiliación de trabajadores
17-02-1969	Embajada de Costa Rica	Costa Rica	Vigente	Afiliación de trabajadores
22-10-1970	Embajada de Austria	Austria	Vigente	Afiliación de trabajadores
13-10-1971	Embajada de Bélgica	Bélgica	Vigente	Afiliación de trabajadores
PROBABLE 1973	Embajada de Alemania	Alemania	Vigente	Afiliación de trabajadores
PROBABLE 1973	Embajada de Indonesia	Indonesia	Vigente	Afiliación de trabajadores

<sup>11</sup> *Ibid*, p. 231.

<sup>12</sup> *Ibid*, p. 233.

<sup>13</sup> *Ibid*.

<sup>14</sup> Elaboración propia de la autora con base en la información contenida en los diversos convenios suscritos por el IMSS con instituciones homólogas, gobiernos de países y organizaciones internacionales. (Varios documentos)

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	SUSCRITO POR:	PAÍS	ESTADO ACTUAL	MATERIA
29-11-1974	Organismo para la Proscripción de Armas Nucleares en América Latina		Vigente	Afiliación de trabajadores
30-09-1975	Embajada de Argelia	Argelia	Vigente	Afiliación de trabajadores
04-12-1975	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Guatemala	Vigente	Asistencia médica recíproca de nacionales en tránsito
26-01-1976	Asociación de Empleados Americanos de la Embajada de E.U.A.	E.U.A.	Vigente	Afiliación de trabajadores
01-03-1976	Embajada de Finlandia	Finlandia	Vigente	Afiliación de trabajadores
16-03-1976	Embajada de Brasil	Brasil	Vigente	Afiliación de trabajadores
16-07-1976	Caja Costarricense del Seguro Social	Costa Rica	Sustituido por el del 27-01-1978	Asistencia médica recíproca de nacionales en tránsito
24-07-1976	Ministerio de Salud Pública de Cuba	Cuba	Sustituido por el del 21-03-1984	Asistencia médica recíproca de nacionales en tránsito
23-08-1976	Embajada de Uruguay	Uruguay	Vigente	Afiliación de trabajadores
05-11-1976	Embajada de Noruega	Noruega	Vigente	Afiliación de trabajadores
PROBABLE 1976	Embajada de Italia	Italia	Vigente	Afiliación de trabajadores
02-02-1977	Gobierno de Italia	Italia	Vigente	Transferencia de pensiones
17-08-1977	Instituto Indigenista Interamericano		Vigente	Afiliación de trabajadores
27-01-1978	Caja Costarricense del Seguro Social	Costa Rica	Sustituido por el del 23-08-1991	Asistencia médica recíproca de nacionales en tránsito
14-02-1978	Caja de Seguro Social de Panamá	Panamá	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
15-02-1978	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Guatemala	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
09-03-1978	Instituto Colombiano de Seguros Sociales	Colombia	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
30-03-1978	Instituto Dominicano de Seguros Sociales	Republica Dominicana	Sustituido por el del 25-11-1996	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
30-05-1978	Instituto Venezolano de Seguros Sociales	Venezuela	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
30-06-1978	Instituto Bolivariano de Seguridad Social	Bolivia	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	SUSCRITO POR:	PAÍS	ESTADO ACTUAL	MATERIA
31-08-1978	Instituto Hondureño de Seguridad Social	Honduras	Sustituido por el del 26-02-1991	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
30-10-1978	Ministerio de Trabajo y Previsión Social de El Salvador	El Salvador	Sustituido por el del 30-07-1997	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
02-08-1979	Embajada de E.U.A.	E.U.A.	Vigente	Afiliación de trabajadores
27-08-1979	Embajada de Venezuela	Venezuela	Vigente	Afiliación de trabajadores
07-11-1979	Gobierno del Reino Unido de España	España	Sustituido por el del 25-04-1994	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
29-01-1980	Seguro Social de Perú	Perú	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
25-01-1980	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Ecuador	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
03-06-1981	Caja de Seguro Social de Panamá	Panamá	Vigente	Asistencia médica recíproca de nacionales en tránsito
21-03-1984	Ministerio de Salud Pública de Cuba	Cuba	Vigente	Asistencia médica recíproca de nacionales en tránsito
29-11-1984	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar	Nicaragua	Sustituido por el del 13-02-1993	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
13-04-1987	Belize Social Security Board	Belice	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
27-04-1987	Instituto Nacional de Deporte, Educación Física y Recreación de Cuba	Cuba	Vigente	Cooperación en deporte, educación física y recreación
27-04-1987	Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Salud Pública de Cuba	Cuba	Sustituido por el del 30-01-1996	Cooperación técnica y científica
Sin fecha	Ministerio de Salud y Seguridad Nacional de Barbados	Barbados	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
12-05-1988	Instituto Gustave Roussy para la Investigación, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer	Francia	Vigente	Cooperación técnica para investigación, diagnóstico y tratamiento de cáncer
26-10-1988	Gobierno de Uruguay	Uruguay	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	SUSCRITO POR:	PAÍS	ESTADO ACTUAL	MATERIA
23-04-1990	United Farm Workers of America (AFL-CIO)	E.U.A.	Vigente	Contrato de seguro facultativo para beneficiarios de trabajadores afiliados a esa Unión
08-10-1990	Gobierno de Argentina	Argentina	Vigente	Transferencia de Pensiones
29-10-1990	Ministerio de Asuntos Civiles de la Republica Popular China	China	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
26-02-1991	Instituto Hondureño de Seguridad Social	Honduras	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
23-08-1991	Caja Costarricense del Seguro Social	Costa Rica	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
19-11-1991	Trabajadores Mexicanos Unidos U.S.A.	E.U.A.	Vigente	Contrato de seguro facultativo para beneficiarios de trabajadores afiliados a esa Unión
13-02-1993	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar	Nicaragua	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
04-04-1994	IMSS-SSA-ISSSTE/Ministerio de salud e Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar	Nicaragua	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
25-04-1994	Gobierno del Reino Unido de España	España	Vigente	Totalización de periodos de aseguramiento para pago de pensión
27-04-1995	Gobierno de Canadá	Canadá	Vigente	Totalización de periodos de aseguramiento para pago de pensión
25-11-1996	Instituto Dominicano de Seguros Sociales	Republica Dominicana	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social
30-01-1996	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Salud Pública de Cuba	Cuba	Vigente	Cooperación técnica y científica
30-07-1997 <sup>15</sup>	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	El Salvador	Vigente	Cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social

<sup>15</sup> A partir de esta fecha no han sido suscritos nuevos convenios, ni se han reformado los anteriormente establecidos.

De acuerdo con lo anterior, actualmente se encuentran vigentes 3 convenios para transferencia de pensiones, 19 para afiliación de trabajadores de embajadas y/o organismos internacionales, 3 de asistencia médica recíproca a nacionales en tránsito, 18 de cooperación técnica, salud, servicios médicos y seguridad social, 1 de cooperación en deporte, educación física y recreación, 1 de cooperación técnica y científica, 1 de cooperación para la investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer, 2 contratos de seguro facultativo para beneficiarios de trabajadores que laboran en Estados Unidos y 2 de totalización de períodos de seguro para pago de pensiones.

Los convenios sobre Transferencia de pensiones tienen como propósito ayudar a aquellas personas que, siendo pensionadas, deciden o necesitan cambiar de residencia, para que continúen disfrutando mediante una transferencia entre las instituciones de seguridad social, de las pensiones y demás prestaciones económicas a las que tienen derecho en el sistema al que han cotizado. En los acuerdos con embajadas y organismos internacionales se considera a éstos como patrón, en las mismas condiciones que cualquier otro empleador, el cual reconoce y acepta inscribir a sus trabajadores al IMSS que, por su parte, se obliga a otorgar todas las prestaciones establecidas en la ley que rige su funcionamiento.

En materia de asistencia médica recíproca, ambas partes se comprometen a brindar atención médica de urgencia a los asegurados de la contraparte cuando la requieran, contemplando a su vez, el pago de la misma a través de transferencia de recursos financieros interinstitucionales.

En lo referente a los convenios de cooperación técnica, salud, servicios médicos y seguridad social, las partes se comprometen a la realización de programas de cooperación e intercambio de especialistas y materiales educativos y de investigación en áreas que correspondan a la seguridad social y además, a la organización de cursos de adiestramiento o perfeccionamiento; a la concesión de becas de estudio y al intercambio de información útil; así mismo, acuerdan intensificar la capacitación en ciencias médicas, el otorgamiento de la prestación de servicios médicos asistenciales a pacientes de ambas instituciones y, finalmente, promover el intercambio de delegaciones, siendo en el ámbito de estos convenios, que el IMSS recibe solicitudes para estudios médicos de postgrado, formulados por ministerios e instituciones de seguridad social.



Dos convenios se explican por sí solos: el convenio de cooperación en deporte, educación física y recreación y el de cooperación en la investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Finalmente, los contratos de seguro facultativo extienden la protección a esposa e hijos de los trabajadores migrantes mexicanos que laboran en Estados Unidos y se encuentran afiliados a las asociaciones que firmaron el convenio respectivo con el IMSS, mientras que los convenios de totalización de períodos de aseguramiento convienen la conservación de derechos para que los trabajadores que hayan cotizado a la seguridad social de los países firmantes puedan tener acceso a una pensión, encargándose cada país del pago de la parte proporcional correspondiente.

Ahora bien, los convenios de cooperación técnica y científica con que cuenta el IMSS se encuentran inscritos dentro de la práctica del gobierno mexicano que tiene como fundamento la consideración de que la cooperación dentro de las relaciones internacionales constituye uno de los elementos que coadyuvan al desarrollo integral de los países. El órgano ejecutor, por parte de nuestro país, que se encargan de la administración de los programas inscritos en el marco de este tipo de convenios es la Secretaría de Relaciones Exteriores, que para la presentación de proyectos específicos y la posterior discusión y estructuración de los programas, organiza reuniones de comisiones mixtas, que usualmente se integran con delegados de los órganos ejecutivos, así como de las instituciones nacionales involucradas, representantes de ambos países.

Asuntos Internacionales asiste como representante del IMSS tanto a las reuniones de comisiones mixtas de cooperación científico-técnica, como a las de intercambio cultural y educativo. A través de este mecanismo presenta los paquetes de propuestas de las áreas operativas del instituto para ser negociados y, posteriormente, incluidos en los convenios, además de recibir las propuestas de su contraparte en esas comisiones.

Por su parte, la asistencia técnica que el gobierno mexicano otorga no se desarrolla dentro de los convenios establecidos, sino que se acuerda fuera de esta forma de protocolo. En relación con esta cooperación, México ha sido vanguardia para los países de América Latina, basándose en la consideración de que la seguridad social es independiente de ideologías y políticas y de que con ella pueden unirse más estrechamente los países. En este rubro, el IMSS, por medio de sus áreas operativas, ha brindado

asistencia técnica a diversos países en materias como construcción de hospitales y clínicas, abastos, insumos, organización de sistemas y servicios, normas jurídicas tales como reglamentos, organización y métodos de personal y diseño de sistemas operativos (registro de derechohabientes).

Finalmente, en la estructura organizativa de Asuntos Internacionales se contaba con un área de comunicaciones e información cuyos objetivos se mencionaron en el apartado anterior y actividades concretas se vieron manifestadas en la publicación, de 1971 a 1983, de la *Revista Mexicana de Seguridad Social* que tenía como propósito expresar la línea de pensamiento del IMSS en todas las ramas del quehacer de la seguridad social. Desde sus primeros números, la revista ofreció un análisis continuo del trabajo del IMSS en cuanto a intercambio y cooperación técnica; de manera que los temas de estudio, dirigidos específicamente a las áreas de extensión, administración y doctrina de los sistemas, progresos y tendencias de la seguridad social tanto en México como en el mundo y la legislación en materia de seguridad social en América Latina, encontraron en esta revista su espacio de expresión. Más tarde, a partir de 1983 se modificó la política editorial en el Departamento de Asuntos Internacionales al aparecer la revista *Cuestión Social* con objeto de responder a la necesidad de vincular a los múltiples y variados organismos e instituciones internacionales ocupados de la seguridad social y preocupados por su evolución, los problemas que confronta, los programas y políticas que se llevan a cabo y los logros que se han alcanzado. A partir de ese momento se estableció que el reto del área internacional del instituto consistiría en evitar el aislamiento de los sistemas de seguridad social para, mediante la comunicación, buscar las condiciones propicias para la solución de problemas compartidos, especialmente cuando la crisis económica generalizada empezó a hacer patente la crisis de las instituciones dedicadas a la seguridad social.

De la misma forma, el Departamento de Asuntos Internacionales impulsó la investigación teórica en las diferentes áreas de la seguridad social, encontrando entre sus trabajos más destacados: *Compilación de normas internacionales sobre seguridad social* (1979); *La seguridad social en el proceso de cambio internacional* (1980); *Progresión y avances de la seguridad social en América Latina* (1980) y *Financiamiento y extensión de la seguridad social en América Latina* (1981), entre otros. Además, elaboraba la *Síntesis de información social internacional* y el *Informe semanal de política internacional*.

Por ello, en la memoria institucional por los 40 años de existencia del IMSS, publicada en 1983, se manifestó que el Departamento de Asuntos Internacionales, conocedor de la importancia que la investigación reviste para el desarrollo de los sistemas de seguridad social, continuaría con este esfuerzo mediante un estudio de las relaciones internacionales de la seguridad social latinoamericana.<sup>16</sup> Sin embargo, en los documentos editados posteriormente para celebrar nuevos aniversarios del instituto, no se encontró mención alguna a este Departamento o a sus actividades.

### 3.3. Situación actual

A pesar de lo anteriormente mencionado, resulta lamentable que la posición tan activa que en épocas pasadas demostraba el área de asuntos internacionales del IMSS, actualmente se haya reducido a un trabajo de escritorio, simplista y de mero trámite, debido a varios factores, que se mencionan a continuación:<sup>17</sup>

- La tan cambiante estructura y adscripción de esa área, señalada en el apartado 3.1. de este trabajo, llevó implícito el cambio y reducción constante de personal de acuerdo con los intereses personales de los directores o secretaríos generales en turno. Actualmente, la mayoría del personal de esa área ingresó al IMSS en 1994 por lo que, como acertadamente expuso en su tiempo el Secretario General del SNTSS, no conocen suficientemente la institución<sup>18</sup> y por supuesto también desconocen la labor que debe desempeñar la Unidad de Asuntos Internacionales
- A pesar de que en la Memoria Institucional Global de la Unidad de Asuntos Internacionales se señala que esa área "siempre ha contado, aún cuando no figure en la estructura institucional, con personal calificado que ha sido variable en número y multidisciplinario y que se ha integrado en el transcurso del tiempo con asesores, investigadores, así como personal administrativo de apoyo y secretarial (que) han sido

<sup>16</sup> *Ibid*, p. 224.

<sup>17</sup> Según mi apreciación, los factores derivan de la información documental obtenida, el cambiante organigrama de la Unidad de Asuntos Internacionales, las entrevistas realizadas (que incluyen encuestas y una entrevista realizada al Lic. Francisco Acevedo Morga, actual Subjefe de la Unidad de Asuntos Internacionales, Maestro en Derecho Internacional por la UNAM y que cuenta con 18 años de experiencia en esa área el 10 de agosto de 2000) y finalmente, lo que me fue permitido observar.

<sup>18</sup> *Quod vide supra*, p. 43.

de gran importancia para la organización y funcionamiento del mismo y sin el cual no se explicaría el cumplimiento de sus funciones<sup>19</sup>, eso podría decirse de etapas anteriores, cuando la Unidad llevaba a cabo investigaciones, publicaciones, proyectos y diversas actividades que en su tiempo, dieron relevancia a la acción internacional del IMSS; sin embargo, actualmente no se cuenta con ese tipo de personal ya que, de las ocho personas que integran el personal adscrito, sólo una cuenta con conocimientos y experiencia en materia internacional, pero sus ideas y propuestas se ven limitadas a la aprobación de su jefe inmediato superior.

- Como se observó en el cuadro relativo a los convenios suscritos, mientras que de 1968 a 1989 se buscó ampliar las relaciones, por lo que se elaboraron 46 acuerdos de variada naturaleza, de 1990 a la fecha se suscribieron únicamente 13, de los cuales 7 sustituyen a compromisos previamente establecidos. Esto habla de la poca iniciativa que se tiene para ampliar las relaciones del IMSS con las instituciones homólogas de otros países, mientras que, por otra parte, no se cuenta con pleno conocimiento de la materia que tratan los convenios pues al revisar el texto de cada uno de ellos, se detectó que en dos ocasiones, un tratado sobre una materia particular, sustituye a otro de materia diferente y resulta incomprensible que la Unidad de Asuntos Internacionales, como entidad encargada de vigilar los convenios, no haya detectado esto al momento de la firma.<sup>20</sup>
- No existen registros suficientes de las actividades realizadas antes de 1995 ya que los expedientes por país han sido destruidos, al parecer por problemas de espacio en el área asignada a asuntos internacionales.<sup>21</sup> Esto deriva en que el personal actual, no conozca cuantitativa y cualitativamente las actividades que justificaron la existencia de Asuntos Internacionales de 1953 a 1995 y, por supuesto, las que debería realizar para cumplir la misión establecida para esta área.

---

<sup>19</sup> IMSS. *Unidad de Asuntos Internacionales... op. cit.*, pp. 6-7.

<sup>20</sup> El Convenio del 07-11-1979 con el Reino Unido de España es sobre cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social, siendo sustituido por el del 25-04-1994 que acuerda la totalización de periodos de aseguramiento para pago de pensión. Por otra parte, el convenio del 27-01-1978 con la Caja Costarricense del Seguro Social pacta la asistencia médica recíproca de nacionales en tránsito y fue sustituido por el del 23-08-1991 que versa sobre cooperación técnica, de salud, servicios médicos y seguridad social.

<sup>21</sup> IMSS. *Unidad de Asuntos Internacionales... op. cit.*, p. 18

- Con la desaparición de la parte correspondiente a comunicaciones e información de la estructura de asuntos internacionales, se dejó de coordinar la publicación de la revista *Cuestión Social* (actualmente en manos de la Coordinación de Comunicación Social) y también se abandonaron las actividades de difusión de artículos provenientes de otros países, relativos a asuntos de interés para la seguridad social mexicana, a pesar de que todavía se recibe un número significativo de publicaciones de otras partes del mundo. Actualmente tampoco se realiza labor de investigación, análisis de la situación actual de la seguridad social nacional y mundial ni estudios comparativos.
- Anteriormente el IMSS participaba de manera activa con destacadas ponencias en foros internacionales y en su elaboración colaboraba Asuntos Internacionales, sin embargo, en el presente esta última se limita sólo a asistir a esos foros, sin llevar ninguna propuesta oficial por parte del Gobierno de la República Mexicana.
- A pesar de que el propósito para el establecimiento de convenios atendió a la necesidad de obtener beneficios para los mexicanos en general, y en particular para el IMSS y sus derechohabientes, en algunas ocasiones ha ocurrido exactamente lo contrario. Así, por ejemplo, en el marco del Convenio de totalización de pensiones suscrito con el Reino Unido de España, a octubre de 1999 existen 15 mexicanos y 148 españoles pensionados por el IMSS, y 39 mexicanos y 229 españoles pensionados por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de España.<sup>22</sup>
- No existe difusión suficiente de los beneficios que se pueden obtener de las relaciones internacionales del IMSS. Más aún, en encuesta realizada con personal que labora en este instituto<sup>23</sup>, tomando de un Hospital General de Zona una muestra representativa, de 200 trabajadores entrevistados sólo uno sabía de la existencia de esta área y todos desconocían las actividades que desarrolla y los beneficios que se pueden obtener al amparo de los convenios establecidos.

---

<sup>22</sup> *Ibid.*, cuadro 11.

<sup>23</sup> Durante los meses de julio y agosto de 2000, la autora realizó una encuesta a una muestra representativa del 10% del personal de un Hospital General de Zona con 2000 trabajadores aproximadamente, seleccionando personas con edades de entre 20 y 40 años y una antigüedad en el IMSS de entre uno y quince años. La encuesta sólo comprendió tres preguntas: si se conocía la existencia de un área de asuntos internacionales en el IMSS, si se sabían las funciones que ésta desempeñaba y si se tenía idea sobre algunos beneficios a los que, mediante esta área, tuvieran acceso los trabajadores afiliados al IMSS.

- Las publicaciones internacionales de seguridad social que se reciben en la Unidad de Asuntos Internacionales son pocas veces revisadas y analizadas, por lo que además de que la mayoría del personal desconoce al IMSS, no conoce la situación de sus instituciones homólogas en el ámbito mundial, ni las tendencias de la seguridad social. Esto ha limitado los posibles acercamientos a otras instituciones en busca de beneficios y por supuesto, la participación en foros internacionales de discusión. Más aún, ni siquiera se cuenta con un registro sistematizado de este acervo bibliohemerográfico.

### **3.4. Retos y perspectivas**

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la Unidad de Asuntos Internacionales debe retomar el papel activo que en épocas pasadas desarrollaba para proyectar a escala nacional e internacional los encomiables avances que día a día se dan en el IMSS, así como para analizar las tendencias que se presentan en sistemas similares establecidos en otros países y proponer soluciones viables que mejorarían la seguridad social mexicana.

Ello se lograría, tal vez, con la integración de personal capacitado tanto en el conocimiento del IMSS, como en el campo de las relaciones internacionales. No obstante, ello no será posible hasta que se deje de lado la tan acostumbrada práctica de convertir los puestos de mando de las instituciones en botín político de acuerdo con los intereses de los grupos de presión, situación que ha demeritado no sólo a la Unidad de Asuntos Internacionales y al IMSS, sino a la mayoría de las dependencias de gobierno y paraestatales durante muchos años.

Sin duda alguna, los propósitos que motivaron la conformación del área de asuntos internacionales continúan vigentes y se han fortalecido en un mundo cada vez más integrado donde prevalece la cooperación como medio indispensable para la consecución de beneficios. Por ello, resultaría lamentable que se continuara con prácticas deficientes de calidad que principalmente han abandonado las actividades propositivas, de investigación, difusión y análisis; limitándose actualmente a la realización de trámites con base en normas preestablecidas. En caso contrario, y conforme a la situación actual que presenta, la Unidad de Asuntos

Internacionales no justifica su existencia, por lo que corre el riesgo de nuevamente desaparecer o fusionar sus actividades a alguna otra dependencia, como en el pasado ocurrió.

La imagen al exterior es un aspecto del que no se pueden desentender las entidades gubernamentales y paraestatales. El IMSS, al ser reconocido nacional e internacionalmente por sus avances en pro de la seguridad social y encontrarse inserto en la dinámica nacional que, entre otras cosas, enfatiza la cooperación internacional para la coexistencia pacífica como estrategia de acción, necesita imprimir renovado vigor a la actuación de su Unidad de Asuntos Internacionales y proporcionar alternativas para la solución al estancamiento que actualmente esa oficina enfrenta y que fue planteado a lo largo de este capítulo.

## **Conclusiones**

A lo largo de este trabajo se observó que la seguridad social es un régimen cuyos orígenes se encuentran en la solidaridad humana para socorrer a los necesitados. No obstante, lo limitado de las primeras formas de ayuda no permitió dar plena solución a los problemas de incertidumbre respecto al futuro. Cuando las necesidades de aseguramiento del trabajador y su familia aumentaron como consecuencia del crecimiento de sociedades cada vez más complejas y estructuradas, se idearon fórmulas político-administrativas que respondieran a dichos problemas.

La situación hizo necesaria la participación del Estado que, con acciones tuteladas, creó normas para prevenir los riesgos y proteger al individuo, su familia y la sociedad en su conjunto. Esto provocó la creación de instituciones que proporcionaran un seguro social para brindar, además de atención médica que procurara la salud de la población, apoyo económico y social en situaciones que derivaran de toda pérdida o disminución en la capacidad de trabajo.

La seguridad social es una forma de organización humana, basada en el principio de solidaridad universal, cuyo objeto es proporcionar a la población un mínimo de bienestar, implementando medidas que alejen a la sociedad del temor a la necesidad y garanticen una coexistencia social decorosa. Esta forma de organización ha evolucionado históricamente de acuerdo con una gran variedad de formas y situaciones, por lo que existe gran dificultad para aplicar una definición única que satisfaga todas sus manifestaciones.

El establecimiento del seguro social, inserto en el modo de producción capitalista, originalmente se fundamentó en el reconocimiento de que un número cada vez mayor de personas dependía de su remuneración salarial para sobrevivir, por lo que cualquier situación que atentara contra su estabilidad laboral, derivaría en fuertes reducciones en sus ingresos y los reduciría a la indigencia. Por este motivo, el seguro social trataba de mantener el ingreso de las familias mediante la protección de los jefes de ellas contra los



riesgos como accidentes, enfermedad, invalidez, vejez, desempleo y muerte. Más tarde, la protección se extendió a todos los miembros de la familia, situación que se tradujo en diversas clases de programas que variaban en su extensión, cobertura, modos de financiamiento y estructuras administrativas, proveyendo ciertos beneficios en efectivo, además de atención a la salud.

Así pues, se observó que en primera instancia la seguridad social tenía como finalidad cubrir o indemnizar el riesgo económico individual, inicialmente organizándose de manera voluntaria, mientras que en una segunda instancia, los gobiernos participaron e hicieron obligatoria la pertenencia a instituciones auspiciadas por ellos, de manera que gradualmente se consideraron a los esquemas de seguridad social como mecanismos redistribuidores del ingreso, mantenedores de un mínimo necesario de bienestar y legitimadores del gobierno en turno.

Hasta finales de la década pasada, los esquemas de seguridad social, universalizados a partir de la Segunda Guerra Mundial, se encontraron directamente relacionados con las tesis keynesianas que hacen responsable y participe al Estado en la procuración de beneficios a la población. No obstante, el desfinanciamiento de dichas instituciones y el resurgimiento de tesis liberales, replantean el papel del Estado a niveles de regulación y vigilancia, lo que ha puesto en tela de juicio la existencia de estos esquemas tal y como a la fecha se encontraban, demostrando que el Estado, al padecer crisis económicas cíclicas, explosiones demográficas y cambios en la conformación de las sociedades, no podría continuar financiando este tipo de prestaciones.

Esto ha derivado en reformas a los planes de seguridad social en todo el mundo, con tendencias que cada vez dejan a la iniciativa privada con mayores responsabilidades en su administración.

México, al aceptar condicionar sus estrategias de desarrollo a las políticas neoliberales en boga, introdujo reformas importantes al esquema de seguridad social establecido desde 1943 y cuya última modificación sustantiva se efectuó en 1995. Esta reforma entró en vigor en 1997 haciendo, en la época de su promulgación, gran impacto en la clase trabajadora que la veía como una privatización más, que se añadía a las múltiples que se realizaron durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari. A pesar que a la fecha, el Director General del IMSS expone constantemente lo favorable que ha sido la reforma y

los éxitos que se han logrado, en la práctica, las personas que acuden a recibir prestaciones del IMSS han testificado cómo, lejos de regresar a las épocas en que podían confiar en la atención que brindaba el instituto, las quejas persisten por que aún no es posible satisfacer plena y oportunamente sus requerimientos básicos como medicinas, material de curación, o guarderías. Aunado a ello, dicha reforma a la Ley del Seguro Social, además de privatizar el seguro de retiro, limita el acceso a pensiones, al requerir un número mayor de semanas cotizadas.

A pesar de que México cuenta con un sistema de seguridad social antiguo, este se ha enfocado principalmente al sector laboral formal y su tasa impositiva resulta alta, lo que históricamente ha provocado evasión y subdeclaración, además de existir en México un alto índice de autoempleo y empleo no estable. Por ello, la cobertura y forma de financiamiento en el sector formal es buena, pero mala en el sector informal de la economía, que ha crecido gradualmente. Estas y otras condiciones económicas han derivado en que no se haya incluido un seguro de desempleo, existente en algunos otros esquemas de seguridad social, además de hacer necesaria la imposición de cuotas altas para empleadores y trabajadores a efecto de financiar el sistema.

Por todo lo antes expuesto, el IMSS se encuentra actualmente ante el reto de mejorar la prestación de servicios para recobrar la confianza de la población y servir, a su vez, como legitimador del gobierno nacional o bien, de no justificar las estructuras y procedimientos actualmente establecidos, aceptar una fuerte reducción en sus recursos o privatizaciones, que podrían ser desde moderadas hasta radicales, de los servicios que presta.

Ahora bien, las reformas que se puedan introducir a los sistemas existentes no son una creación por decreto. En la mayoría de los casos son resultado de profundos estudios y discusiones en foros internacionales sobre la materia, ya que este tema no ha perdido fuerza, como se encuentra demostrado por los logros obtenidos; aún más: la seguridad social continúa siendo un tema relevante tanto en las agendas nacionales como internacionales, además de insertarse entre los derechos humanos y ser, en últimas fechas, tema constantemente abordado por diversos campos de estudio.

Por lo antes señalado, podemos llegar a las siguientes consideraciones:

En virtud de la importancia que reviste la presencia e imagen de México en el exterior y, en lo referente a seguridad social, particularmente representado por el IMSS en los

diferentes foros internacionales sobre esta materia, es necesario retomar la relevancia y el lugar que poseía el área de asuntos internacionales de este instituto, como quiera que sea denominada, ya que resulta incongruente que el IMSS y su Director General, que como se señaló en este trabajo, son considerados los representantes de la seguridad social mexicana, tanto en las relaciones internas como en las internacionales, hayan menospreciado en varias ocasiones el papel que debería jugar el área internacional de este instituto, situación que resulta patente al observar lo variable de su composición, adscripción y organigrama, además de que a lo largo de su existencia, los objetivos de esta área y sus actividades se han decrementado sustancialmente, dejándola actualmente con un papel más administrativo que propositivo y que alberga personal que posiblemente, no encuentra cabida en otras instancias de la administración de ese instituto o de la administración pública en general.

Aunado a ello, parece olvidarse lo positivo que para el status de México y el IMSS ha resultado la proyección de lo que en él se realiza, tal como antes se reconocía no sólo por los países y organizaciones americanos, sino también por los del ámbito mundial, toda vez que, a pesar de continuar asistiendo a esos foros, no se cuenta con participaciones destacadas, como antaño ocurría.

Resulta claro que, si uno de los mecanismos para enriquecer la vida de una nación es la cooperación internacional y existen áreas encargadas de ello, éstas realmente deben cumplir con los propósitos para los que fueron creadas. En el caso particular de la Unidad de Asuntos Internacionales del IMSS, de acuerdo con lo realizado en últimas fechas y con lo que me fue permitido observar, resulta evidente que se ha convertido en un área cuyos puestos, que son muy altos y cuentan con un salario bastante bien remunerado, son utilizados como botín político, de manera que, en su mayoría, cuenta con personal muy poco capaz de llevar a cabo las funciones que inicialmente le fueron encomendadas al área y limitan su desempeño cotidiano a una labor burocrática de mero trámite y seguimiento de normas establecidas, olvidando totalmente las actividades de enriquecimiento y proyección del IMSS a través de la participación en materia internacional, lo cual se hace evidente en el hecho de que, además de ser totalmente desconocida por los trabajadores del IMSS, no se tenga capacidad para proyectar en el ámbito internacional lo que el instituto ha logrado, afectando en consecuencia, la imagen y el lugar que México pretende ocupar en el

escenario internacional, toda vez que la mayoría de su personal no tiene conocimientos sobre relaciones internacionales ni sobre seguridad social, por lo que no cuentan con los elementos necesarios para negociar, analizar, proponer y proyectar la seguridad social mexicana en beneficio del IMSS, en forma particular y de sus asegurados, en forma general.

De continuar con esta tendencia, se arraigarán vicios que actualmente tienen casi una década, pero que en ella han logrado sepultar la labor importante y activa que antes desempeñaba la Unidad de Asuntos Internacionales, lo cual no es permisible en un período histórico de nuestra nación donde las tendencias parecen privilegiar la eficiencia y la calidad para sobrevivir, y las esperanzas se encuentran apostadas en el rompimiento de más de 70 años de compadrazgos inútiles que afectaron enormemente a las entidades gubernamentales, donde las personas se movían indiscriminadamente de una a otra y, al no contar con la experiencia y conocimientos plenos de cada una de ellas, destrozaban lo poco que hasta su llegada se había avanzado.

Derivado de lo antes señalado, a continuación me permito plantear algunas propuestas cuyo orden de aparición no deriva de su orden de importancia, dado que todas podrían llegar a ser igualmente útiles:

Primero, resulta imprescindible que se otorgue la jerarquía correcta a la Unidad de Asuntos Internacionales. Según mi apreciación, la reasignación de la importancia que antaño poseía comienza desde la revisión de las actividades que debería realizar y su puesta en práctica, hasta una adecuada adscripción, por lo que considero que resultaría adecuado que nuevamente dependiera de la Dirección General del IMSS, tomando como punto de partida que el representante de este instituto es su Director General. Esto facilitaría la realización de las actividades logísticas encaminadas a una representación adecuada del instituto en el plano internacional ya que, según lo observado, la dependencia de la Secretaría General no ha sido benéfica ni por estructura, ni por forma y calidad en que se realizan esas actividades.

Segundo, es necesario que la Unidad de Asuntos Internacionales cuente con personal idóneo por profesión, es decir, debería contar con personal capacitado en materia de relaciones internacionales y de seguridad social. Esto constituye no sólo una necesidad, sino una condición *sine qua non*, ya que, en el período de mayor auge de esta área, se

contaba con personal destacado que realizó actividades que justificaban su existencia y con la salida de estas personalidades sobrevino la decadencia del área. Además, si en un futuro inmediato se desea contar con el personal adecuado en todas las ramas de la administración pública federal, resulta obligado brindar oportunidades a los profesionistas que, además de tener interés sobre un área específica, pueden dar lo mejor de ellos y realizar destacadas acciones para mejorar a nuestra nación.

A su vez, si en las áreas directivas del IMSS, como es el caso de la Unidad de Asuntos Internacionales, se cuenta con salarios bien remunerados, es necesario que esos salarios produzcan beneficios. No resulta permisible que en un país que atraviesa constantes crisis económicas se exija al pueblo que produzca para crecer, mientras los puestos directivos no producen lo que deberían y se han convertido en refugio de individuos que de ninguna manera dejan beneficios en las áreas donde se ubican.

Finalmente, resulta esencial recordar lo provechoso que resulta la cooperación internacional para todos, en un mundo globalizado e interdependiente donde los aislacionismos no son concebibles y la comunicación aparece como la vía más favorable para la solución de las problemáticas que se presentan cotidianamente.

## Fuentes de información

### Bibliográficas

- AISS. *Estudios de la seguridad social*. No. 80, Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), Oficina Regional para las Américas, Buenos Aires, 1996, 134 pp.
- AISS. *Innovar y adaptar la seguridad social en las Américas*. AISS, Documentación de la Seguridad Social, Serie Americana No. 16, Ginebra, 1994, 172 pp.
- Bonilla Marín, Gabriel. *Teoría del seguro social*. Compañía Editora Nacional, México, 1945, 259 pp.
- CIESS. *Problemas contemporáneos de la seguridad social*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), Memoria del ciclo de conferencias por el XXV aniversario del CIESS, México, 1988, 186 pp.
- Espíndola Martínez, Irma. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina 1920-1980*. Tesis de Licenciatura en Relaciones Internacionales, Universidad Feminina de México, México, 1995, 126 pp.
- IMSS. *El IMSS hacia el siglo XXI Hechos y perspectivas*. IMSS, México, 1996, 47 pp.
- IMSS. *Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983: 40 años de historia*. IMSS, México, 1983, 295 pp.
- IMSS. *Ley del Seguro Social*. IMSS, México, diciembre de 1995, 197 pp.
- Madrazo Pintado, Roberto. *La seguridad social en el ámbito internacional*. Tesis de Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, 1974, 79 pp.
- Narro Robles, José y Moctezuma Barragán, Javier (Comp.). *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. IMSS-ISSSTE-FCE, México, 1992, 503 pp.
- Netter, Francis. *La seguridad social y sus principios*. Traducc. Julio Arteaga, IMSS, México, 1982, 357 pp.
- OIT. *Introducción a la Seguridad Social*. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, 3ª ed., 1984, 205 pp.

- OIT. *El seguro social y la protección social*. OIT, Ginebra, 1993, 98 pp.
- Osmańczyk, Edmund Jan. *Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales y Naciones Unidas*. FCE, México, 1976, 1236 pp.
- Palmero Zilveti, Olga (Comp.). *50 años de resoluciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942-1992)*. CISS, México, 1992, 283 pp.
- Presidencia de la República. *Agenda de México*. Presidencia de la República, Dirección General de Comunicación Social, México, 13ª ed., 1992, 263 pp.
- Robledo Santiago, Edgar. *Epistolario de la Seguridad Social*. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, 1976, 372 pp.
- Salazar Estrada, Jerónimo Angel. *La seguridad social en el ámbito internacional*. Tesis de Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho, UNAM, México, 1983, 100 pp.
- Szkély, Alberto (Comp.). *Instrumentos fundamentales de Derecho Internacional Público*. Tomo I, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Textos y Estudios Legislativos, No. 9, México, 2ª ed., 1989, 474 pp.

## Hemerográficas

- Archaga Quirós, Lilia M. "La seguridad social y la medicina de fin de siglo" en *Seguridad Social*. No. 203, Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), México, noviembre-diciembre 1996, pp. 61-70.
- Flores Hernández, Benjamín. "1943-1993: 50 años de historia de la Ley del Seguro Social" en *Cuestión Social*. Edición especial por el cincuentenario del IMSS, IMSS, México, 19 de enero de 1993, pp. 28-36.
- IMSS. "El IMSS: 50 años en México" en *Cuestión Social*. Edición especial por el cincuentenario del IMSS, IMSS, México, 19 de enero de 1993, pp. 22-27.
- IMSS. "Modernización en el IMSS" en *Cuestión Social*. Edición especial por el cincuentenario del IMSS, IMSS, México, 19 de enero de 1993, pp. 83-86.
- James, Estelle. "Proveer una mejor protección y facilitar el crecimiento: una defensa de *Envejecimiento sin crisis*" en *Revista Internacional de Seguridad Social*. Vol. 49, No. 3/96, AISS, Ginebra, julio de 1996, pp. 3-25.

Laurell, Ana Cristina. "En salud, hacia un desastre como el bancario" en *Masiosare*. México, 30 de enero de 2000, pp. 8-9.

Miranda, Guido. "El reto futuro de la seguridad social" en *Seguridad Social*. No. 200, CISS, México, mayo-junio de 1996, pp. 71-100.

Orlandini, Luis Antonio. "La seguridad social hacia el siglo XXI. Sus principios y cambios institucionales" en *Seguridad Social*. No. 200, CISS, México, mayo-junio de 1996, pp. 103-134.

Singh, Ajit. "Reforma de las pensiones, mercado de valores, formación de capital y crecimiento económico: un comentario crítico sobre las propuestas del Banco Mundial" en *Revista Internacional de Seguridad Social*. Vol. 49, No. 3/96, AISS, Ginebra, julio de 1996, pp. 27-52.

## Electrónicas

<http://www.imss.gob.mx>

## Otras

Entrevista al Lic. Francisco Acevedo Murga, actual Subjefe de la Unidad de Asuntos Internacionales del IMSS, 10 de agosto de 2000.

IMSS. *La Nueva Era del Instituto Mexicano del Seguro Social*. IMSS, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, México, octubre de 1995, 100 pp. (Documento interno de trabajo).

IMSS. *Unidad de Asuntos Internacionales. Memoria Institucional Global (1990-1999)*. IMSS, Secretaría General, Unidad de Asuntos Internacionales, México, noviembre de 1999, 78 pp. (Documento interno de trabajo).

OIT. *Seguridad social en las Américas: cuestiones y opciones*. OIT, Ginebra, 1993, 47 pp. (Documento interno de trabajo de la Reunión Regional Tripartita de Expertos en Seguridad Social de las Américas), 18-22 de octubre de 1993.