



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ECONOMÍA

**EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL, 2000-2008**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ECONOMÍA

P R E S E N T A:

HECTOR SACAMITZIN HERRERA



**DIRECTOR DE TESIS:
MAESTRO SERGIO CABRERA MORALES
ABRIL 2013**



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.

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta obra a El Creador que me asigna que todo lo que haga debe ser para su gloria y con gran alegría.

A mi Madre † cuyas oraciones, fe, dedicación y comprensión me han hecho un buen hombre.

A mi Padre por ser ejemplo de trabajo.

A mis hermanos Juanito, Dalia y Josué que han sido, son y serán de gran Bendición en mi vida.

A mis compañeros y amigos de la Facultad: Pablo Israel Cabello Barona, Antonio Ramírez Gutiérrez, Mónica Ivette Vargas y Verónica Ruiz por largos y gratos momentos dentro y fuera del ámbito de estudio.

Al Maestro Sergio Cabrera Morales por sus consejos y su paciencia.

A la Universidad Nacional Autónoma de México que cada día me obsequia más razones para sentirme orgulloso.

Dios les bendiga

ÍNDICE

PORTADA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE.....	iii
JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN.....	1
OBJETIVOS GENERALES.....	2
OBJETIVOS PARTICULARES.....	2
METODOLOGÍA.....	2
HIPOTESIS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
1 CONTEXTO.....	6
1.1 LA RELACIÓN DEL INGRESO CON LA SALUD.....	6
1.1.1 LA EPIDEMIOLOGIA.....	9
1.2 EL NIVEL DE GASTO.....	11
1.3 LA ECONOMIA DE LA SALUD.....	12
1.3.1 OBJETIVO DE LA ECONOMIA DE LA SALUD.....	13
1.4 LA SALUD EN EL MERCADO.....	14
1.5 LA JUSTIFICACION ESTATAL.....	17
1.5.1 FALLAS DE MERCADO.....	18
1.5.2 CRÍTICAS AL SISTEMA ESTATAL.....	19
1.6 DEFINICIÓN DE FINANCIAMIENTO.....	20
1.6.1 FINANCIAMIENTO EN EL MUNDO.....	22

1.7	LAS PENSIONES.....	23
1.8	¿QUE ES EL IMSS?	24
1.8.1	REFORMAS DURANTE EL PERIODO DE 2000-2008.	27
1.8.2	EL IMSS COMO ORGANISMO FISCAL AUTÓNOMO.	29
2	PROCESO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	32
2.1	LA PROTECCIÓN SOCIAL DESDE SUS INICIOS HASTA EL MUTUALISMO.....	32
2.1.1	APARICIÓN DE LA INDUSTRIA.....	35
2.2	LA SEGURIDAD SOCIAL MODERNA.....	36
2.2.1	ORGANISMOS INTERNACIONALES.....	39
2.3	CRISIS DEL ESTADO DE BIENESTAR.....	42
2.4	EL NEOLIBERALISMO	46
2.4.1	EL PAPEL DEL LAS ORGANISMO INTERNACIONALES	49
3	EL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO	57
3.1	LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO HASTA ANTES DE LA DÉCADA DE LOS OCHENTA..	57
3.2	EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL CONTEXTO ECONÓMICO NEOLIBERAL.....	65
3.2.1	INTRODUCCIÓN	65
3.2.2	SALARIOS Y EMPLEOS BAJO EL CONTEXTO INFLACIONARIO	66
3.2.3	LA POLÍTICA MONETARIA SALINISTA Y SUS EFECTOS EN EL IMSS	68
3.2.4	EFFECTO DEL COMERCIO INTERNACIONAL	70
3.2.5	EL CONTEXTO POSTERIOR A LA FIRMA DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA DEL NORTE.....	71
3.2.6	CAMBIOS EN LA FORMA DE PRODUCCIÓN.....	76
3.3	LAS PENSIONES EN MÉXICO.....	81
3.3.1	EL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES	82

3.3.2	VENTAJAS DEL ACTUAL SISTEMA DE PENSIONES.....	84
3.3.3	CRITICAS AL ACTUAL SISTEMA DE PENSIONES.....	85
4	ANÁLISIS FINANCIERO DEL IMSS EN EL AÑO 2008.....	87
4.1	ANÁLISIS DE LAS PRIMAS PARA EL AÑO 2008.....	87
4.1.1	LAS PRIMAS DEFICITARIAS	90
	CONCLUSIONES	96
	BIBLIOGRAFIA.....	104
	PUBLICACIONES ELECTRONICAS.....	110
	BASES DE DATOS ESTADÍSTICOS	112

JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN.

El presente proyecto de investigación pretende ser una explicación al mediano nivel de cobertura de la Seguridad Social en México, ya que cada año se incrementa la proporción de la población que no posee Seguridad Social y cuyo vínculo al derecho laboral parece limitar uno de los derechos humanos más elementales: la salud.

El contexto económico juega un papel determinante en los procesos de salud-enfermedad. Los ciclos económicos pueden afectar el empleo, el nivel de afiliación y el ingreso de las familias, esto último repercute en perfiles epidemiológicos.

La nueva era económica conocida como “estancamiento estabilizador” con bajos niveles de inflación, tipo de cambio estable, déficits públicos cercanos a cero y demás indicadores monetarios que suponían condiciones para un crecimiento económico, han servido de poco. En este nuevo contexto, “el crecimiento del PIB ha sido del 2% anual desde 1980 hasta el 2005¹... esto contrasta con los incrementos cercanos al 9% obtenidos durante el “desarrollo estabilizador” en la década de los sesenta” lo que tiene un fuerte impacto en el fomento al empleo, que es condición necesaria para el acceso a la Seguridad Social, sucede lo mismo con la caída en el valor de los salarios.

Se pretende dar algunas respuestas a: ¿Por qué hay personas que no poseen un seguro social?, ¿por qué cada día es más difícil encontrar un trabajo con prestaciones?, ¿se puede acceder a un seguro con ingreso similar a un salario mínimo?, ¿cuál será el panorama nacional de continuar con esta tendencia en políticas sociales?

La situación exige una serie de argumentos, tanto en el orden del análisis económico para explicar las relaciones de oferta y demanda, así como también un enfoque histórico para proveer futuros comportamientos de los factores explicativos. Las condiciones económicas, influyen en el desarrollo, pero, sin crecimiento no hay desarrollo. Las reformas estructurales a partir de los ochenta y el impacto que éstas tienen en la sociedad es amplio. El cambio a un modelo más competitivo y de disminución del modelo paternalista parece detener los logros sociales. Aun así, no se trata de analizar la política social como un todo, ni de la seguridad social, sino únicamente el aspecto del financiamiento ya que es aquí en donde se determina el acceso.

El lugar es el país de México, que posee una diferencia en cuanto a Seguridad Social, sustentado principalmente por el Instituto Mexicano del Seguro Social que nos permite evaluar el desarrollo del país en cuanto forma de trabajo y salario en el sector privado.

¹ Suárez Dávila, Francisco. (2005) *.Del “estancamiento estabilizador” hacia una política activa de financiamiento del desarrollo.* Revista economíaUNAM, Vol. 2, Núm. 6, Septiembre - Diciembre 2005, México, pp. 43-44.

El estudio se basa en cinco periodos que sirven de contexto económico determinantes en el financiamiento al Seguro Social. Se toman como antecedentes la época de bonanza del capitalismo en México que se basaba en el crecimiento del mercado interno así como en la consolidación del trabajo y sus derechos con el régimen cardenista desde finales de la década de los treinta hasta el cambio en política económica de crecimiento a principio de la década de los ochenta con el crecimiento sustentado en condiciones externas. Se pone énfasis en la crisis de la década de los ochenta, la política monetaria del sexenio de Carlos Salinas de Gortari, la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) en 1994, y el estancamiento de los empleos formales durante el periodo de 2001 hasta el 2009.

OBJETIVOS GENERALES

El objetivo general es dar una explicación al estancamiento en el nivel de cobertura de los seguros sociales, explicando determinantes como empleo, salarios, formas de producción, etc., y si este dinamismo es capaz de atender la demanda creciente de servicios sanitarios que a su vez dependen de cambios en la estructura poblacional o epidemiológica.

OBJETIVOS PARTICULARES

Encontrar algunos factores explicativos, de los salarios y el empleo, cambios en la demanda externa o interna, cambios en el papel de Estado como garante de derechos ciudadanos, conceptos de relación laboral, etc.

También se pretende argumentar los efectos que ha tenido el contexto económico en el nivel de Ingresos de la rama del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) en el IMSS.

METODOLOGÍA.

El enfoque es principalmente descriptivo, utilizando la forma de explicar las estructuras por medio de porcentajes, para hacer algunos comparativos de periodos se utilizan tasas medias de crecimiento.

También se pretende dar un enfoque histórico, para esto es necesario tener teorías marxistas que explican las contradicciones, donde no necesariamente los agentes económicos llegan a acuerdos, sino que defienden sus intereses y se llegan a conclusiones que pueden resultar en disminución de derechos o bien en utilidades perdidas.

La forma de investigación es únicamente documental y los datos son los oficiales que reportan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), la Comisión Nacional de Población (CONAPO), el Banco de México (Banxico) así como Anexos Estadísticos de los Informes de Gobierno.

HIPOTESIS.

El financiamiento de la Seguridad Social no está en crisis. Las causas de la crisis no es una consecuencia de elevados niveles de prestaciones, alta burocratización o de otras fallas inherentes a los aspectos económicos del Estado. El financiamiento depende del ingreso de las Instituciones de Salud. Estas Instituciones son principalmente los agentes productivos: como trabajadores, empleadores y el Estado.

EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2000-2008

INTRODUCCIÓN

La salud es un fin mismo inherente al hombre, éste nace con un stock genético que le permite vivir de manera natural. Se indica que el stock genético del ser humano puede llegar hasta un máximo de 120 años de vida. Esto se comprueba cuando a pesar de los avances en las políticas sanitarias cada vez es menor el rendimiento marginal de estos. Según la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (2001) en su documento *“The World Economy, a Millennial Perspective”*², nos demuestra que la esperanza de vida al nacer en la Europa Occidental era de 36 años en 1820, después de la revolución industrial en 1900 se llegó a 46 años. Y desde 1950, época que fue el inicio de la consolidación de los Estados de Bienestar y de un fuerte gasto en atenciones curativas pero, solo agregaron 10 años de esperanza de vida al pasar de 68 a 78 años en 1999. Este tipo de rendimientos decrecientes se notó más en sociedades cuyos sistemas de salud se enfocaron más al sistema curativo y de atenciones de especialidad. En Europa, los nuevos gastos en salud y su dinamismo comprometerían el sistema de prestaciones médicas. La demanda creciente ya sea por el derecho universal o la cada vez mayor población envejecida, tenía que hacer frente a costos de diagnóstico y tratamiento de la población así como la inversión en nuevas tecnologías.

En México, la Seguridad Social no ha alcanzado la cobertura total. Los principales modelos de atención médica y más completos están basados en los seguros sociales, es decir, las prestaciones se encuentran vinculadas al trabajo formal y parece ser ésta la única forma de alcanzar la cobertura en salud de calidad, sin embargo este tipo de empleo se encuentra más estancado en los últimos años. El presente trabajo pretende observar cómo se han desempeñado las bases del financiamiento del Seguro Social: el ingreso de los factores de producción.

² Madisson, Angus (2001). *The World Economy: A Millennial Perspective*. OECD. Pp. 30.

El presente estudio consta de cuatro capítulos:

El primer capítulo aborda temas que tienen con la relación del Ingreso y el nivel de salud, aunque el ingreso es condición obviamente necesaria, considero necesario argumentarlo con ejemplos a nivel macro, en este sentido los comparativos internacionales son una clara muestra de inequidad basada en el desarrollo social. Por otro lado los gastos en atención médica son importantes, sin embargo requieren de conocimientos técnicos y médicos así como de estadísticas que no están al alcance de este trabajo, por lo que solo se tienen un punto de vista teórico encaminado a comparar los aspectos curativos o preventivos de la atención.

El segundo capítulo hace un bosquejo documental de las principales características de los seguros sociales con el objetivo de averiguar bajo qué condiciones se establecieron los derechos a los trabajadores y si se mantienen vigentes. El origen europeo y su propagación por el mundo hasta llegar al Seguro Social en México. Se finaliza el capítulo con el nuevo orden establecido, se expone nuevas ideas en política económica y en consecuencia los efectos que tienen en la política sanitaria.

El tercer capítulo es una especie de cronograma, aquí se destacan los contextos económicos en los que se desenvuelve el IMSS, y los efectos que se han tenido sobre las cuotas obrero patronales. Lo mismo se investiga que ha sucedido con la rama de pensiones que puede servir de paradigma al resto de las otras prestaciones como el de Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

Finalmente en el cuarto capítulo se establece un análisis de las primas bajo el sistema de reparto y como se determinarían los incrementos necesarios para poder realizar su función social sin considerar escenarios catastróficos y sin observar otros rubros de financiamiento como son las cuotas a cargo del estado y la capitalización de reservas de cada seguro.

1 CONTEXTO

1.1 LA RELACIÓN DEL INGRESO CON LA SALUD.

Se esperaría que a mayor ingreso mayor nivel de salud. El nivel de desarrollo de cada sociedad determina los niveles de protección que se otorgan a sí mismos; en esto la relación del ingreso con la salud puede verse a nivel global en las diferencias que existen entre países de bajo ingreso y subdesarrolladas con aquellas naciones que tienen alto nivel de producción e integración social.

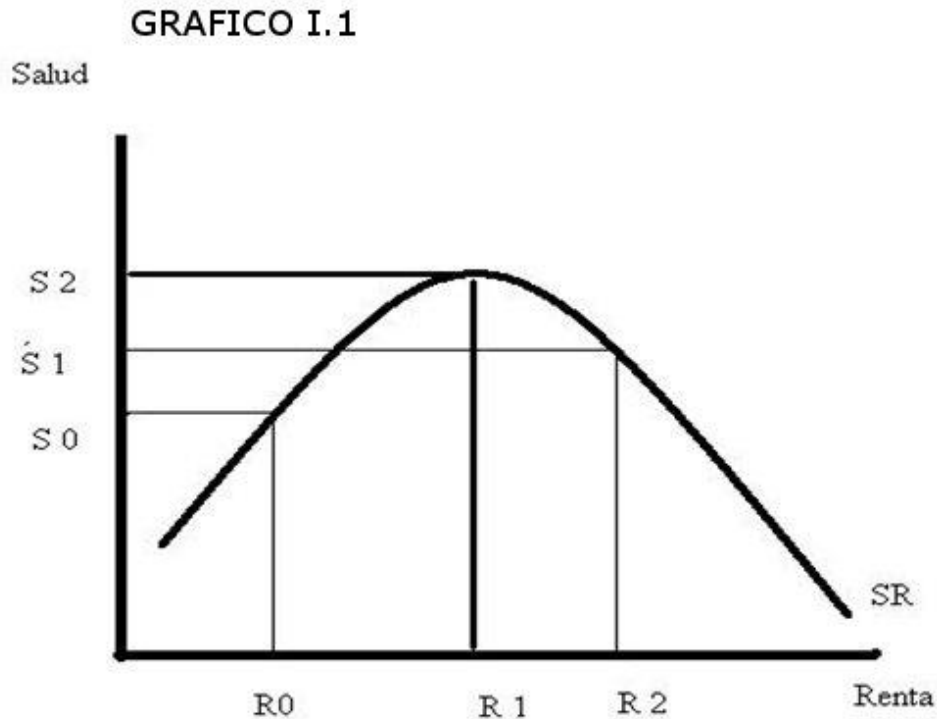
La esperanza de vida al nacer puede indicarnos, que se han superado problemas de salud como enfermedades durante el periodo de lactancia, materno infantiles ó padecimientos infecciosos.

En el caso de países con alto PIB per cápita la mayoría situados en la Europa Occidental, tales como: España, Islandia, Israel, Italia, Mónaco, Noruega, Nueva Zelanda, Suecia y Suiza se tiene una esperanza de vida al nacer mayor a 80 años. Mientras que los que países con bajo PIB per cápita apenas alcanzan la mitad de dicha probabilidad, es decir menos de 42 años, tenemos el caso de los africanos como son: Burundi, Ruanda, Somalia, Zambia y Zimbabue.

La principal diferencia entre estos países es el grado de desarrollo de su Seguridad Social. En Europa la mayoría de sus ciudadanos alcanzan casi todas las prestaciones en las ramas de enfermedades y maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, asignaciones familiares y pensiones de vejez, invalidez y muerte. Mencionando un extremo; en el lado de los africanos se destaca la ausencia de prestaciones, en Burundi de desempleo, en Ruanda y Zimbabue, de enfermedad y maternidad, desempleo y asignaciones familiares. (El resto de países africanos, en su mayoría sus sistemas de Seguridad Social están vinculados a códigos laborales, pero en un contexto de bajo nivel de empleo).

A mayor nivel de ingreso no necesariamente mayor bienestar físico o mental. En cierto sentido, *somos lo que consumimos*. La curva (Salud-Renta) SR, en el eje de las abscisas encontramos el nivel de renta y en de las ordenadas el nivel de salud (Gráfico I.1). A un nivel de renta (R0) corresponde el nivel de salud (S0) con lo que se empieza a satisfacer las necesidades básicas de individuo tales como trabajo, vivienda, alimentación, agua potable disponible, diversión, o número de consultas. Conforme el ingreso se incrementa de R0 a R1, un mayor nivel de salario le da acceso a una mayor variedad de alimentos, con esto obtiene proteínas y otros elementos nutritivos lo que le permite al cuerpo humano defenderse de los microorganismos, renovar

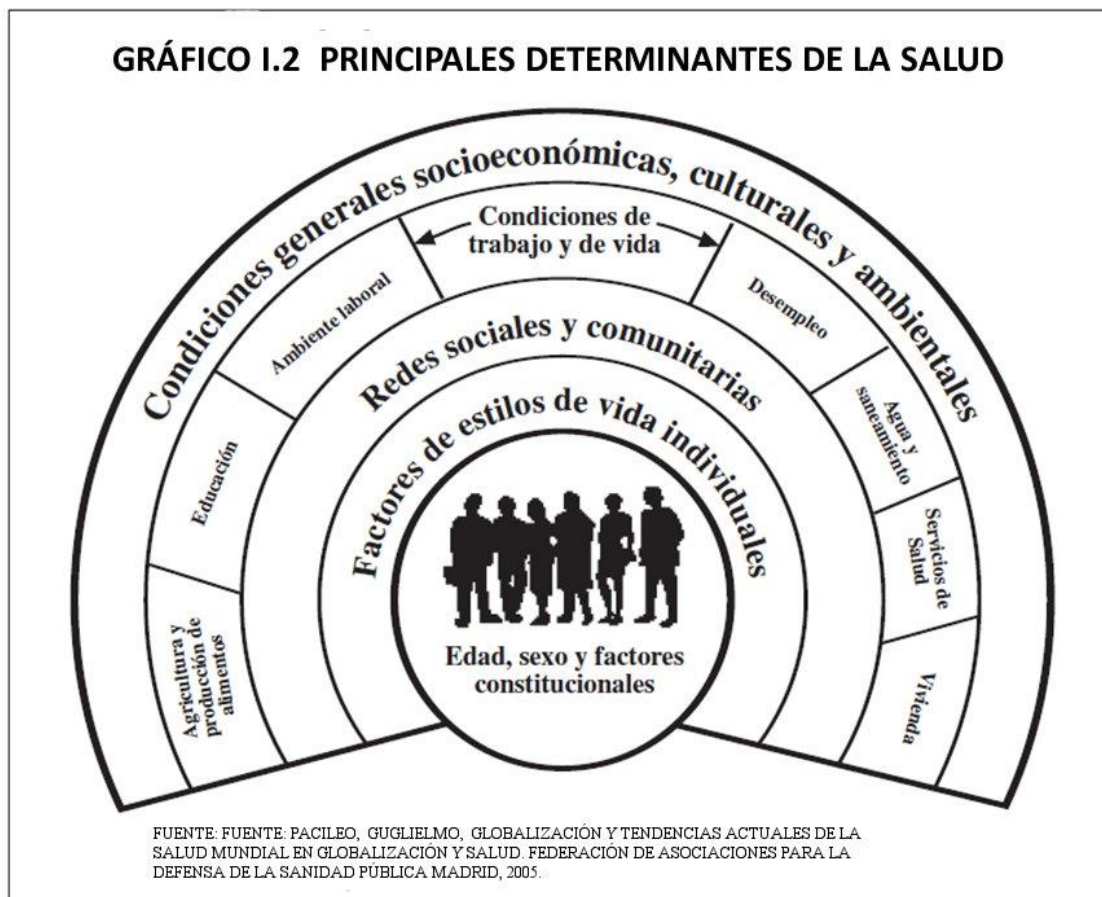
tejidos o bien obtener un nivel mínimo de calorías necesarias y transformarlas en energía para el trabajo. Sin embargo se puede notar que los incrementos marginales en salud aunque positivos son marginalmente decrecientes, con lo que obtiene una parábola



Es posible que mayores niveles de ingreso no garanticen mejor salud, conforme se pasa de R1 a R2, la salud baja de S1 a S2, es decir se puede estar en una especie de sobreconsumo de calorías, de grasas, tabaquismo, alcoholismo, stress laboral, etc., factores que influyen en la biología humana y le generan padecimientos que pueden ser más costosos de atender.

Más allá del ingreso existen otros factores que intervienen en la salud y se explican en la siguiente Figura (II.2), en donde puede verse cada uno de los determinantes de la salud. En el centro encontramos características que definen a cada individuo; particularidades que marcarían una diferencia en caso de que todos estuviésemos en las mismas condiciones sociales y culturales determinado por el tipo de genética que nos hace más resistentes a cierto tipo de padecimientos, pero además edad y el género que establecen ciertas predisposiciones. Lo que bien puede marcar una diferencia en un primer momento es el estilo de vida, si hace ejercicio de forma regular y se evitan las grasas, el tabaco, etc. El siguiente aspecto son las redes sociales y comunitarias; aquí el objetivo de la salud individual se alcanza con el intercambio de

recursos físicos, materiales y de conocimientos. El cuidado de una persona enferma o su estabilidad depende de la salud colectiva y de la forma de organizarse para la atención. La siguiente fase que incrementa la probabilidad de supervivencia son las Condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, divididos en: Agricultura y producción de alimentos; y si esta es variada y con las suficientes proteínas y vitaminas, evitando así la desnutrición o el sobre consumo de calorías. La educación; como conciencia de que es lo que nos hace daño y así impedir hábitos de alto riesgo. El ambiente laboral; si éste es un lugar en donde hay suficiente espacio para respirar aire limpio o si hay ausencia de fracturas, o accidentes mortales. El desempleo; que bien ante la ausencia de un seguro o fuente de ingreso puede significar un gasto catastrófico. Agua y saneamiento; para evitar enfermedades gástricas que son causa de una gran mortalidad infantil. Servicios de salud; el número de prestaciones médicas que se tiene y las condiciones de acceso para una atención curativa y vivienda como elementos de resguardo ante alguna eventualidad o bien mantenerlo limpio para evitar que sea un foco de infecciones.³



³ Pacileo, Guglielmo (2005). Globalización y tendencias actuales de la salud mundial, *Globalización y salud*. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid, .

Todos estos factores positivos tienen un costo, ya sea en educación, investigación y desarrollo, creación de instituciones, etc. Un costo que recae principalmente en el ingreso de cada trabajador, que es el que financia, primero a su familia, y que además genera excedentes e ingresos del gobierno.

1.1.1 LA EPIDEMIOLOGIA

La Epidemiología, demuestra que las enfermedades y la muerte se asocian con los niveles de vida de cada sociedad, cada comunidad tiene perfiles que la diferencian de otras, dependiendo de su calidad de vida, forma de trabajo, clima, pisos de cemento, campañas de vacunación. Etc.

El nivel de ingreso y el perfil epidemiológico son determinadas por las actividades productivas. A lo largo de la historia, en una sociedad preindustrializada se tenía un carácter epidemiológico predominantemente basado en infecciones por heridas o problemas dentales, así como accidentes y lesiones derivados de la irregularidad del terreno, ataques de la fauna y envenenamientos. No es sino, hasta la revolución industrial cuando el hombre se encuentra en una nueva situación que afecta directamente a su estado de salud: Las largas 20 horas de trabajo, así como los efectos al medio ambiente, son los que de alguna manera, dañan la salud del trabajador, es decir, la exposición al humo, lugar de trabajo insalubre, entre otras, son las que abren una nueva necesidad; la de seguridad fisiológica, es aquí en donde las nuevas propuestas de salud son llevadas a los patrones y en consecuencia se ejerce una presión sobre el Estado.

Las economías basadas en el sector terciario, son las que generan mas ingreso que las anteriores, no obstante su perfil epidemiológico se explica por su dinamismo biológico, sedentarismo y estrés, entre otros.

El perfil epidemiológico puede notarse de acuerdo a la estructura económica de cada país, dependiendo de su sector dominante, si éste es primario, secundario o terciario, así en el 2009 según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud 2009 y del Banco Mundial⁴ se puede observar lo siguiente:

⁴ Organización Mundial de la Salud. *Global Health Observatory Data Repository; Mortality and burden of disease, Mortality and burden of disease, Life expectancy, Child mortality* . En sitio web. <http://apps.who.int/ghodata/> .
Banco Mundial datos del *PIB per cápita (US\$ a precios actuales)* en <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>

En el caso de una economía agrícola dominante como lo es Angola donde se tiene una de las tasas infecciosas más altas del mundo, ya que el 35 % de los niños menores de 5 años padecen de disentería, una enfermedad provocada por mala calidad del agua, además de que el 31% está con bajo peso, situación dada por el bajo nivel de ingreso (4.069 dólares de ingreso per cápita anual), además de un sistema de Seguridad Social que es incapaz de llevar a cabo acciones de tipo preventivo que resulten más eficientes con lo que la tasa de mortalidad neonatal es de 54 por cada 1000 nacimientos y 49 años de esperanza de vida.

Países de mediano desarrollo como por ejemplo; Venezuela con características de una industrialización basada en el petróleo y un Producto Interno Bruto per cápita de 11.490 dólares al año se tiene una esperanza de vida al nacer de 75 años y una tasa mortalidad neonatal de 11 por cada 1000 nacimientos.

Comparados con países basados en el sector terciario como actividad económica principal, tenemos el caso de Israel que posee 81 años de esperanza de vida al nacer y una tasa de mortalidad neonatal de 3 por cada 1000 nacidos y Producto Interno Bruto per cápita de 26.102 dólares.

Aún más, los perfiles también varían en cada estrato social dentro de un país. Así en México hacia el año 2002, la mortalidad infantil que expresa la probabilidad de morir durante el primer año de vida, puede indicar la falta de atención básica. Siendo el Distrito Federal la entidad que tiene el menor índice con alrededor de 22 por cada niños menores de un año 1000. Mientras que estados considerados pobres como Puebla y Tlaxcala tienen más de 30 defunciones por cada 1000 niños menores de un año.

No obstante el ingreso alto de una comunidad no garantiza una mejor salud, si no que al contrario puede ser resultado de una vida de sobreconsumo. En el caso de los azúcares y carbohidratos. El problema de la diabetes mellitus, posee ciertos factores de riesgo como una vida sedentaria, u obesidad. Haciendo un análisis por entidad federativa, podemos observar que Oaxaca, Chiapas y Puebla, mantenían una tasa de entre 50 y 60 muertes por cada 100 000 habitantes. Mientras que entidades como Guanajuato, Distrito Federal y Aguascalientes, obtenían entre 90 y 100 defunciones. Lo anterior según la Secretaría de Salud.⁵

La Pobreza entonces significa carecer de medios para la existencia, o por lo menos para subsistir, en estos casos, su mortalidad es explicada por altos índices en enfermedades que se dan durante los primeros cinco años de vida, generalmente asociados a enfermedades prevenibles.

⁵ : Secretaría de Salud, Salud: México (2004). *Información para la rendición de cuentas México 2003*, Primera edición, pp. 213 y 217.

La equidad se transforma en un objetivo que para alcanzar la igualdad en el acceso, sin ningún tipo de discriminación, de ingreso, de condición productiva, o de nacionalidad. Al mismo tiempo se debe evitar un consumo exagerado de la asistencia sanitaria que comprometa los recursos canalizados a otros pacientes.

Así mientras mayor es la equidad, mayor es el nivel de vida de la población en promedio y se evitan las distorsiones en cuanto a niveles de mortalidad y morbilidad. En el caso de una sociedad pobre, la equidad sirve de poco, ya que no habrá suficientes recursos para mantener una institución solidaria.

1.2 EL NIVEL DE GASTO

El gasto sanitario depende de su eficiencia, de los niveles de tecnología que se utilizan, de la inversión en hospitales, de la detección oportuna, de la especialización del personal, mejora en el medio ambiente. etc. Pero puede que no garantice un nivel adecuado de salud. Mayores gastos en atención especializada no significan mayor número años ganados en vida saludable sino más bien mayores niveles de morbilidad, es decir el individuo no muere sino que se mantiene en estado potencialmente letal, como ocurre con las enfermedades crónicas.

En tal caso, el término eficiencia es alcanzar los mejores resultados posibles al menor costo, en donde se vincula la efectividad. El término eficiencia es la búsqueda de los menores costos entre las alternativas que se ofrecen a un mismo padecimiento, si optar por personal especializado para otorgar atención curativa ó es más barato contratar médicos generales para atención preventiva. La efectividad puede relacionarse con los años de vida ganados así como su calidad, por ejemplo, supongamos el caso de dos personas que tienen el mismo padecimiento, digamos diabetes mellitus, en donde la primera no tiene un alto consumo de azúcares, hace ejercicio y se mide periódicamente el nivel de glucosa, mientras que la segunda aun después de habersele otorgado un tratamiento, continúa con el mismo régimen de alimentación y vida sedentaria lo que produce una diferencia en la efectividad, en estos casos es mucho mayor en el primer paciente.

En el aspecto del cuidado también se pueden tomar en cuenta otros factores, como el que se realizan costosos tratamientos sin que estos tengan algún beneficio marginal significativo; sucede en el cáncer de pulmón en donde difícilmente se puede tener una expectativa de más de un año de vida. En éste caso destinar todos los ingresos a la cura de esta enfermedad dejaría sin fondos a otro tipo de padecimientos.

1.3 LA ECONOMÍA DE LA SALUD

La economía de la salud es la disciplina que de acuerdo a varios autores⁶ se encarga de temas como la financiación, la producción y el destino de los servicios de atención sanitaria, con lo que se logra determinar la forma en que asignan los recursos escasos para una demanda siempre creciente; esto se puede observar con el gasto creciente en salud como porcentaje del PIB⁷. El objetivo es lograr una mayor eficiencia en la búsqueda de equidad,⁸ en cuanto a eficiencia se intenta la forma de disminuir los costos y en cuanto a equidad el fin es alcanzar el bienestar colectivo.

La forma en cómo se disminuyen costos permite identificar factores determinantes de la función de producción de la atención sanitaria, esto se logra por medio de la utilización de diversas herramientas de análisis económico que vinculan los costos con la efectividad, la eficiencia, o el beneficio lo que permite mejores decisiones entre dos o más alternativas.

Por otra parte los puntos de vista asociados a la economía de la salud en su rama de medicina social, nos explica que los procesos de salud-enfermedad son asociados a los vínculos que existen entre los seres humanos, no obstante no descarta los efectos ambientales, y el proceso químico-biológico del hombre. Al respecto los determinantes son según *San Martín*:

“Ahora bien, no todos los factores asociados dentro de una causalidad, tienen el mismo valor y el significado....el factor que produce directamente el efecto es la “causa primaria o necesaria” y a aquellos otros que necesitan etapas intermedias se les denomina “causa secundaria” o “variables intermedias”... puede ser útil diferenciar la “causa suficiente” de la causa necesaria; la primera está constituida por los factores que por sí solos pueden producir la enfermedad; los segundo corresponde a los factores sin los cuales la enfermedad no se produce. El ejemplo de la tuberculosis, ya visto, explica esta diferencia: el bacilo es causa necesaria (etiología), pero no siempre suficiente. En el caso de mayor gravedad de la arteriosclerosis en los diabéticos, esta última enfermedad no es ni una causa necesaria ni suficiente de la primera, pero si es un “factor potenciador” o factor contributorio. En el caso del bacilo de Koch, este es un “factor determinante” y necesario y puede ser o no causa suficiente o solo un componente (necesario) de la causalidad de la

⁶ Galvez Gonzales, Ana María. Ortún Rubio, Vicente y Rodríguez-Ledesma, María de los Ángeles.

⁷ Muñoz, Onofre. Durán, Luis. Et al (2003). *Economía de la salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social México Primera edición.

⁸ Collazo Herrera, Manuel.(2002). Et al. *La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?* En Revista Panamericana de Salud Pública, vol.12, num..5 pp. 359-365.

*enfermedad; es a esto lo que se llama “fracción etiológica” de la causalidad, que se puede medir midiendo el “riesgo atribuible”.*⁹

Este tipo causalidades nos da una pauta para optar por métodos de atención preventiva, que son muchos menos costosas, y que pueden ser hasta diez veces menores que los de atención curativa (*“se ha calculado que en los países desarrollados los programas preventivos se financian bien con un 0.5% de la renta nacional, en tanto que los servicios curativos requieren 10 veces más”.*)¹⁰, lo que genera cambios en el financiamiento de la Seguridad Social.

En sí, se necesitan factores primarios y secundarios para desencadenar un proceso de enfermedad, desde los mismos parásitos o virus como causas primarias hasta factores ambientales como causas secundarias o potenciadoras. En situaciones como ésta, la relación del ser vivo en su ambiente es inseparable y esta simbiosis determina la forma en que son afectadas mutuamente. Por ejemplo el nivel de contaminación del aire que disminuye la capacidad pulmonar de los niños y ancianos, la calidad del agua potable que produce enfermedades gastrointestinales, la contaminación de las aguas que generan las industrias químicas y que produce deformaciones en los recién nacidos. Todos son factores que afectan los procesos adaptativo-evolutivos del ser humano, cuya estructura genética no posee el mismo dinamismo que el proceso de producción.

1.3.1 OBJETIVO DE LA ECONOMIA DE LA SALUD

La identificación del proceso económico social como objetivo ideal, se puede observar cuando las sociedades protegen a sus ciudadanos en forma equitativa, es decir en forma colectiva antes que individual.

El objetivo de la Economía de la salud en su aspecto social pretende alcanzar:

⁹ San Martín, H. Pastor, V (1989). *Economía de la Salud* (Teoría Social de la Salud), Editorial Mc Graw Hill-Interamericana, España. pp. 282

¹⁰ *Ibíd.* (San Martín), pp. 569.

“... un sistema social humano, evolutivo, cuyo objetivo mayor debe ser el de identificar el proceso económico social que conduzca a la población a un nivel de vida aceptable (aquel que no contiene permanentemente problemas y riesgos para la salud que signifiquen inseguridades y emergencias graves) para nuestras biología, para nuestra mente, para nuestra condición humana.”¹¹

Sin embargo, el sistema capitalista, por sus características de reproducción de desigualdades le permite generar ganancias que determina diferencias en el nivel de ingreso. Los proletariados tienen como única fuente la venta de su fuerza de trabajo, mientras que los capitalistas tienen mayores percepciones, desde los beneficios hasta el ingreso generado de ventas y de capitalizaciones, de modo, no obstante que la producción es social, las ganancias son privadas, lo que genera una desigualdad, una distribución desigual en el consumo lo que se traduce en diferentes perfiles epidemiológicos de clase.

En cuanto a padecimientos y esperanza de vida en las clases productivas. Las enfermedades en personas de mayor ingreso se asocian a mayores niveles de morbilidad (lapso de mantenerse enfermo) y una mayor esperanza de vida. En el caso de los trabajadores, la situación no mejora, desde los peor pagados que pueden tener altas tasas de mortalidad sobre todo en cuanto las materno-infantiles, prevalencia de enfermedades transmisibles, hasta los mejor remunerados que igual que los capitalistas pueden tener un perfil epidemiológico de enfermedades crónico degenerativas. Así a medida que expandimos ambos conjuntos de clase, se puede observar que el punto medio, en la intersección también se tienen problemas comunes.

La economía de salud, en su visión de medicina social, nos permite reconocer el sistema social ideal, aquel en donde no se generen desigualdades, un sistema con una justa distribución del ingreso que le permita enfrentar las enfermedades transmisibles con costos reducidos. Y en los casos de enfermedades crónico degenerativas, realizar políticas de prevención y educación.

1.4 LA SALUD EN EL MERCADO

En el concepto neoclásico, el mercado es el principal y eficiente asignador de recursos, donde la variable determinante es el precio mientras que la variable dependiente es la cantidad de atención sanitaria. En los supuestos de equilibrio competitivo, puede existir tanta oferta como se requiera, a medida que el precio de consultas médicas, diagnósticos, medicamentos, días de

¹¹ Ibídem (San Martín). pp. 236.

estancia, número de camas, hospitales, es mayor, también es la ganancia, con lo que es estimula la entrada de nuevos proveedores. (Esto se puede notar en los últimos años, cuando los laboratorios dirigen sus investigaciones a la cura del cáncer y del sida, ya que sus clientes son, en su mayoría de gran poder adquisitivo que los que padecen malaria o cólera)

La demanda también puede ser infinita si el precio tiende a cero, cada vez más personas consumirán atención sanitaria, y el caso contrario, si los precios son demasiado altos, entonces será una barrera de acceso. (Este tipo de situaciones se ha observado sobre todo en Europa donde los costes directos de una atención terciaria, como las consultas de especialidad de hospitalización son casi cero, que había llegado a tal punto en el que en consumo de unidades de especialidades y su gastos crecientes llegaron a comprometer el sistema).

El mercado competitivo es un objetivo deseable, sin embargo hay distorsiones que pueden afectar el bienestar social, que pueden llevar a niveles de producción menores o precios superiores a los que existen en los mercados de competencia perfecta. Esto se debe a la existencia de monopolios, oligopolios, monopsonios, etc., que son capaces de distorsionar los precios al acaparar el mercado. Por ejemplo, las empresas pequeñas no pueden producir a costos tan bajos como lo pueden hacer las grandes economías de escala, donde éstas empresas son capaces de producir una unidad adicional a costos más bajos, lo que dificulta la entrada de nuevos oferentes. Otra razón es la existencia de patentes, que en sí, se considera una retribución a los esfuerzos de investigación y desarrollo, en donde nadie más puede vender esos medicamentos o tecnología.

Otro problema existe en la manipulación de la demanda. Por un lado hay personas con una alta elasticidad precio de la demanda y otros con una baja elasticidad precios de la demanda. En el primer caso se considera cuando un individuo puede dejar de consumir un bien al incrementar su precio, de modo que puede encontrar sustitutos, tal es el caso de ranitidina utilizada en el tratamiento de úlceras gástricas, que puede ser sustituida por aluminio –magnesio o metoclopramida. En el caso de dolores de cabeza, el ácido acetilsalicílico por metamizol sódico, paracetamol, naproxemo y diclofenaco. Para infecciones de parásitos intestinales tenemos, el mebendazol por albendazol.¹²

El caso de una demanda inelástica precio-demanda se da por ejemplo, cuando un individuo no tiene otra alternativa más que comprar un medicamento insustituible o necesita atención de especialidad. En estos casos, y generalmente de las enfermedades crónicas, como el Efavirenz para el tratamiento del VIH-SIDA y en cuanto a diagnósticos los rayos X, los precios elevados pueden no modificar la cantidad demanda, ya que tendrán que verse obligados los pacientes a

¹² Estos medicamentos sustitutos, se deducen en base a los diversos tratamientos que sugiere el *Catálogo Universal de Servicios de Salud* que publica la Comisión Nacional de Protección Social en Salud del Seguro Popular 2002.

adquirir la misma cantidad del bien a cualquier precio para mantener su estado de salud, llevándolos incluso a prescindir primero de los bienes de lujo y después de los básicos, generando pobreza.

Otro aspecto que modifica su conducta es el gasto en publicidad, puede ser que un bien tenga sustitutos pero la fama de una firma de laboratorio, hace que se consuma más de ese bien que de otro. Aunque tengan la misma efectividad.

Otro tipo de fallas en el mercado son las llamadas, demanda inducida, información asimétrica y selección adversa:

La demanda inducida y la selección, derivan de la información asimétrica. Esto es donde A posee datos que le permiten tomar ventaja de B, con lo que A puede ver disminuido sus costos mientras que B los aumenta. Un caso donde la ventaja no es del paciente, sino del médico, que aunque puede prescribir tratamientos más baratos y de igual beneficio, optará por lo contrario; puede empezar a realizar diagnósticos con tecnología más sofisticada ó de alta medicalización. Un caso mundial nos señalado en el caso de simulaciones de molestias gástricas, donde la OMS determinó que en su mayoría no era necesario establecer, gastroscopias y el uso de rayos X.¹³

Un caso de selección adversa puede darse por parte de los paciente es el aseguramiento para ampliar la cobertura. Las aseguradoras privadas buscan personas con una baja probabilidad de enfermedad, éste sería su mercado objetivo, sin embargo las personas sanas o jóvenes no son conscientes de una buena prevención, por lo que retardaran su decisión. En el otro aspecto puede resultar una elección de mercado derivada de una falta de información precisa que le permita enfrentar sus costes. Tales elegidos pueden ser individuos con alta probabilidad de enfermar, hábitos dañinos, o enfermedades crónicas, que buscarán la prima más barata. En estos casos, las aseguradoras privadas, tendrían que enfrentar costes altísimos que disminuyesen su margen de ganancia.

El último punto que ofrece la visión neoclásica es el cambio de modelo de uno de reparto puro por uno de capitalización, es decir un cambio en el sistema de solidaridad clásico a uno donde las cuotas no se distribuyen sino que se transforman en ahorro propio. En cierto sentido el sistema de reparto sería relativamente estable si la relación cotizantes-beneficiarios se mantuviese constante. En caso contrario donde el número de cotizantes disminuye, implica una pérdida en el monto total per cápita para un gasto futuro, individual, además de una pérdida en coste oportunidad de sus ingresos devengados.

¹³ Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo*- Pp. 56.

El respaldo a las modificaciones argumenta que no corresponden los impuestos pagados en el presente con los beneficios que se esperan, ya que los trabajadores que entregan una fracción de su salario se vuelve consumo de manera inmediata, así a la pérdida de beneficios futuros se le puede llamar coste de oportunidad. Esto se resuelve al crear cuentas individualizadas, cuyo impuesto se traduzca en un ahorro que además genere intereses, de esta manera, el valor de sus aportaciones se incrementa al entrar en un sistema de capitalización.

1.5 LA JUSTIFICACION ESTATAL

El mercado solo recibe las señales vía precios, por lo tanto hace caso de demandas individuales,¹⁴ en cuanto a que solo percibe las necesidades de aquellos que poseen los ingresos suficientes para modificar la oferta, no obstante ante la existencia de precios la producción de servicios de salud puede no reflejar las necesidades colectivas de sectores vulnerables de la población, como niños, mujeres, ancianos o desempleados, de modo que el Estado entra como complemento del sistema de mercado o como sustituto de éste:

La participación estatal como proveedor está dada de acuerdo a la definición de “bienes públicos” que:

Son indivisibles y no rivales en su consumo, es decir están disponibles para todos. Son indivisibles en el consumo en el momento en el no se pueden fragmentar o contener para su venta individual, cuyos efectos los adquiere un tercero que no entra en la transacción (*polizón*), sucede con en el aire, ya que un metro cubico de este se disipa rápidamente en el ambiente. Son no rivales en el consumo dado que el bien es tan abundante que su consumo no reduce la cantidad disponible para otras personas, tal es el caso de las corrientes de agua o del viento que es necesario para producir energía eólica. En el caso de la salud también existen bienes indivisibles por ejemplo las políticas de inmunización o de recolección de basura no necesariamente tienen que focalizarse, ya que los beneficios serian nulos en caso de atender a una sola persona, ya que la contaminación podría propagarse rápidamente y alcanzar de nuevo al individuo privilegiado.

Aparte de posible productor de servicios reducido al mínimo. Quizá el mas permitido es la función reguladora donde es capaz de establecer leyes que contribuyen a una compensación

¹⁴ Julio Frenk (1993) nos hace una distinción en cuanto tipo de demandas colectivas e individuales y argumenta: “La atención en el mercado es individual, antes que colectiva, nos establecen los casos en que la medicina clínica y en un nivel inferior, la investigación médica como subindividual.” *La salud de la población, hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica. México.

del bienestar social, ya sea imponiendo multas por las externalidades al asignar costos a la dispersión de daños que rebasan el consumo individual.

1.5.1 FALLAS DE MERCADO

El mercado como tal observa fallas, su nivel de producción puede afectar el bienestar colectivo, por ejemplo: el proceso de producción de una minería pueda quitar agua a comunidades aledañas y llevar a una desertificación de su entorno, la producción química desechada en los ríos, son ejemplos que dañan la salud y que se vuelve necesario asignarles un costo que compense y repare el daño social. Así evita los efectos que tiene el desarrollo económico en la sociedad. Lo mismo sucede en casos extremos como: áreas urbanas situadas en las cercanías de un tiradero de basura, viviendas colindantes con aeropuertos, comunidades agrícolas cerca de establos porcinos de industrias químicas, que, a medida que abarcan mas poblaciones humanas se convierten en epidemias y tienen que ir acompañada de mejoras en las regulación o en el caso de inmunizaciones e higiene, en donde el bienestar individual puede tener una nulidad si, antes no es colectivo, sobre todo si se trata de enfermedades infecciosas, sucede así con la lepra, la poliomielitis, las gripes, la tuberculosis, etc.

En otras fallas de mercado, también puede ejercer una influencia en lo que se denomina la selección adversa, que implica el riesgo moral, sucede cuando las personas sanas salen del sistema de aseguramiento y las de alta probabilidad de enfermar permanecen, con lo que las erogaciones de tratamiento, rehabilitación, o atención curativa, podrían llevar a la quiebra a cualquier empresa.

En este caso la obligatoriedad ejercida por el Estado puede eliminar la selección adversa, ya que permite una presencia colectiva en el financiamiento y una prima promedio que conjunte a individuos de alto y bajo riesgo.

Otro papel del Estado corresponde a difusor de hábitos convenientes: al promover la educación como por ejemplo en cuanto a la nutrición para evitar el sobreconsumo que genera: hipertensión, afecciones isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, etc., este tipo de padecimientos y sus causalidades primarias son prevenibles y lo que se necesita es evitar el consumo de grasas saturadas, azúcares refinadas carnes rojas. Otros elementos que evitan estas enfermedades son hacer ejercicios de forma periódica, evitar fumar o estresarse, etc.

1.5.2 CRÍTICAS AL SISTEMA ESTATAL

Las críticas al sistema estatal argumentan cierta inferioridad respecto al mercado. En estos casos Hidalgo y otros autores nos dicen que entre otras fallas del Estado se encuentran:

- Mayores costes del personal público frente al privado.
- Exceso de personal contratado en centros públicos.
- Ausencia de incentivos: eliminación de la competencia, imposibilidad de quiebra, imposibilidad de discriminación según rendimientos y méritos (estabilidad garantizada).¹⁵

En el primer punto se debe a que es posible que su burocracia esté mejor remunerada y tengan mayores prestaciones que aquellos que laboran en el ámbito privado lo que representa altos costos y al mismo tiempo puede mantener ocupado a un personal inepto que impide la entrada de personas capaces. O bien que pueden existir políticas sanitarias enfocadas más al aspecto curativo y especializado, con la consecuente creación de infraestructura de tercer nivel, pudiéndose aprovechar el presupuesto en unidades de medicina general.

El segundo punto, consecuencia de políticas de pleno empleo, la estructura del personal puede no estar adecuado a la demanda, así es posible que haya un exceso de personal administrativo más que operativo, puede haber más médicos que enfermeras, etc.

El tercer punto es que tiene por naturaleza una conducta monopólica que al tener un precio tan bajo, no permite que entren nuevas unidades proveedoras de servicios lo que desplaza a posibles oferentes.

La imposibilidad de la discriminación según rendimientos y méritos, sucede cuando se da el proceso de aseguramiento que puede eliminar la selección adversa, pero no el riesgo moral, que permite que haya un sobreconsumo de los beneficiarios al grado de hacerlos dependientes del paternalismo, menos responsables de sus acciones y que sean ellos mismo los que busquen alternativas, más costosas.

En realidad estos cuatro puntos son derechos que no pueden ser derogados, a excepción de las pensiones, cuyas reformas entraron en vigor a mediados del 2007. Es decir requiere de modificar el contrato colectivo de trabajo. El caso del IMSS da muestras de estos excesos los ingresos de los trabajadores sindicalizados en el IMSS son mucho mayores que de aquellos que se emplean en el sector privado y que además poseen prestaciones superiores. En sí éstos

¹⁵ Hidalgo, Álvaro. Corugedo e Indalecio. del Llano, Juan. (2000) Economía de la Salud. Ediciones Pirámide, España pp. 227.

aspectos son reales, las fallas que observa el Estado causa un excesivo gasto. La manera en la que pudiese controlarse esto, es por un lado la homologación de salarios entre los empleados del Seguro Social con aquellos que ocupados en el sector privado, así como una reducción de las prestaciones que se incluyen en los contratos colectivos.

1.6 DEFINICIÓN DE FINANCIAMIENTO

De acuerdo al diccionario,¹⁶ Financiamiento son *“Recursos líquidos o medios de pago a disposición de una unidad económica para hacer frente a sus necesidades dinerarias”*. Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”*

En términos sencillos se puede decir que el financiamiento a la salud es la forma en que se obtienen recursos monetarios o de insumos para mantener en equilibrio el estado fisiológico humano. Pero existen otros temas que agregan la optimización de recursos, en ese sentido según la OMS el financiamiento a la salud:

“se ocupa de la generación, asignación y utilización de los recursos financieros destinados a los sistemas de salud.”

Algunos aspectos son:

“Cómo y dónde recaudar fondos suficientes para la salud;

Cómo superar los obstáculos financieros que impiden el acceso de muchos pobres a los servicios de salud, o

Cómo ofrecer una combinación equitativa y eficiente de servicios de salud.”¹⁷

La forma de alcanzar la solvencia financiera de las instituciones en un sentido amplio (cobertura universal) depende de quienes son los que aportan, la periodicidad con la que lo hacen y el monto, ya sea de sus cotizaciones o de sus donaciones. El tercer punto implica el segundo, de este modo se establece que con una mejor coordinación de insumos se pueden obtener

¹⁶ Diccionario Océano Uno. (1991). Editorial Océano. España.

¹⁷ OMS en la dirección http://www.who.int/topics/health_economics/es/

mayores beneficios sociales, ésto es; al haber menores costos significarán menores precios lo que permitiría acceso a una mayor parte de la población, alcanzando así el objetivo de equidad.

Las formas de financiamiento pueden ser varias dependiendo de las personas beneficiarias o del esquema de aseguramiento, por ejemplo, en el caso del privado, significa que la atención se puede costear con ingresos personales, generalmente denominado “gasto de bolsillo”, lo que permite maximizar el ingreso personal al adquirir diferentes canastas de bienes de salud, desde una básica que contiene medicamentos para enfermedades como gripa, dolores de cabeza, dolores gástricos etc., hasta aquellas que se encuentran fuera del alcance de la mayoría de la población como son los tratamientos para controlar el VIH-SIDA o insuficiencias renales entre otras. Esta forma de aseguramiento enfrenta obstáculos por que los recursos son siempre escasos y las contribuciones pueden ser no solidarias, aunque existan donaciones.

En nuestro caso, solo se pretende ver las aportaciones por medio de impuestos a los factores productivos, y dejando de lado el aspecto de gasto de bolsillo. El cómo se obtienen medios dinerarios es por la vía impositiva, ya sea en impuestos directos o indirectos a personas físicas o morales, siendo común que en el caso de los seguros sociales predomine el de impuesto progresivo, mientras que para los de cobertura universal también se contemplan los impuestos al valor agregado (IVA). En ambos casos supone que la evasión o subdeclaración conlleva ciertas sanciones que pueden ejercer la institución para obtener los recursos por la vía coercitiva.

En los seguros sociales el financiamiento es básicamente un fondo común que garantiza las prestaciones en un año dado, el sistema de reparto (*pay as you go*) es un fondo construido en base a aportaciones de los trabajadores en activo, y los gastos se realizan inmediatamente en personas que se encuentran en contingencia, Este tipo de transferencias depende de la relación asegurados-cotizantes, la prima, el nivel del salario y del número de empleos formales. Los costos dependen del precio de los tratamientos y del número de beneficiarios. Al ser prestaciones de corto plazo no existe un ahorro de largo plazo, y por lo tanto destaca la ausencia de una capitalización.

El financiamiento en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) depende de cuatro rubros: las Cuotas Obrero patronales, Las Contribución y Transferencias del Estado, Otros Ingresos y la Aportación de los Trabajadores al Fondo de Jubilación, estas representaban el 71.0, 21.0, 7.14 y 0.77 por ciento respectivamente del Total de Ingresos en el 2008.

1.6.1 FINANCIAMIENTO EN EL MUNDO

Uno de los objetivos de la Seguridad Social, es el de ampliar la cobertura esto definiría en gran parte el modelo de financiamiento alrededor del mundo. En los países escandinavos donde la necesidad de mantener un sistema de Seguridad Social de acceso universal requiere de políticas de desarrollo social y cuya fuente de ingresos está basada en aportaciones solidarias del total de la población.

La mayoría de países de la Europa Occidental optó por un sistema amplio de Seguro Social basado en un derecho de ciudadanía y por lo tanto la obligación de contribuir con cotizaciones e impuesto directos para su funcionamiento, ejemplos para el caso de las prestaciones médicas: tenemos a Dinamarca, Finlandia, Italia, Reino Unido, Suecia, y España, donde la alta recaudación fiscal explica sus altos niveles de cobertura, ya que sus ingresos públicos rebasan el 40% del PIB y al mismo tiempo destinan como mínimo el 70% de su gasto en salud.

El desarrollo de nuevas fuentes de financiamiento implicó innovaciones en la recaudación de impuestos como es el sistema universal, un ejemplo fue Inglaterra donde William Beveridge propone la compra de estampillas además de un subsidio. En otros, como en el caso de los países escandinavos fue el fortalecimiento de los gravámenes ya sean a la renta o al consumo y en los casos de los seguros sociales como el alemán tenía que ser vía cuotas.

En el caso de los seguros sociales que es lo que predomina en la Europa, algunos siguieron el ejemplo alemán, por ejemplo encontramos a países como Alemania, Austria, Bélgica, España, Grecia, Francia, Luxemburgo y Países Bajos. Donde las fuentes de financiamiento son los agentes productivos; empleadores y los trabajadores, a través de impuestos directos, y se complementa con subsidios del Estado.

En América Latina predominan los seguros sociales determinado por el modelo bismarckiano, donde las contribuciones dependen únicamente del nivel de renta de los factores de la producción y de la recaudación fiscal por parte del Estado. Este tipo de seguros se hizo muchas veces de forma clientelar, como una manera de mantener el control estatal sobre los sindicatos.

El hecho de sea este tipo de sistema y no de cobertura universal depende del desarrollo tardío industrial ya los sectores que se adaptaron al capitalismo internacional de forma periférica a través de firmas industriales.

Al respecto Morales nos dice que el retraso se debe a que:

*“Los enclaves exportadores eran de propiedad extranjera, donde el Estado nacional no intervenía y donde las mismas compañías habían desarrollado sus propios órganos de sanidad y asistencia”.*¹⁸

Esto nos da una idea de los sistemas de Seguridad Social desarrollados en Latinoamérica, como el brasileño, argentino y mexicano, donde los impuestos directos son la principal base del financiamiento y cuya base imponible son los agentes productivos; las empresas como personas morales o los patrones como personas físicas, lo mismo que los trabajadores, que sin embargo encuentran dificultades para ampliar la cobertura debido a que existe una tendencia en la informalización del empleo. No sucede lo mismo en otros países con cobertura universal en donde los impuestos no solo están vinculados a la producción, sino que también al consumo o bien al nivel de ingreso de toda la población.

1.7 LAS PENSIONES

Las pensiones son ingresos destinados a mantener un nivel de ingreso mínimo en caso de pérdida del empleo, accidente o fallecimiento ó bien ante la imposibilidad de conseguir alguna actividad remunerativa. Generalmente se otorga a la población que ha llegado a una mayoría de edad, pero también a los familiares de asegurados como viudas, huérfanos, etc.

Generalmente hasta la década los ochenta predominaba en el mundo, el sistema de reparto o bien de pensiones contributivas, donde las transferencias a los trabajadores retirados, eran solventadas por trabajadores en activo. El financiamiento se da a través del total de trabajadores en activo (L) a una determinada tasa (T) por el salario promedio devengado (W) de cada trabajador, que solventa a su vez, determinado número de pensionados (S) multiplicado por el monto que cada uno de ellos recibe (P), así la formula, es:

$$T \times W \times L = S \times P,^{19}$$

Despejando T para obtener la tasa de contribución, se obtiene:

¹⁸ Morales, Eduardo. *Estado, clase social y servicios de salud*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO. Chile 1984. pp. 14.

¹⁹ Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (2002) *Problemas de Financiación y Opciones de Solución, Informe sobre la Seguridad Social en América 2002*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. pp. 38.

$$T=(S/L) \times (P/W)$$

En donde se pueden observar que la tasa de contribución depende de variables como número de trabajadores, pensionistas, salarios y cuantías mínimas, así mientras los valores de los numeradores tienden a crecer, ya sea en pensionados (S) o en monto (P), se vuelve necesario modificar a la alza los cotizantes en activo (L) o el valor de salarios (W).

Ahora bien para contrarrestar un aumento tanto en P como en S se requieren cambios en las leyes que permitan que la edad de jubilación se retrase algunos años, o bien disminuir los beneficios o transferencias, manteniendo constante en proporción, el monto de pensiones sobre salarios.

En el mercado laboral (L) los factores que le son negativos puede deberse además de un elevado desempleo a decrementos en la tasa de natalidad ó bajos salarios que impida que los potenciales trabajadores opten por entrar en la economía formal

Los elementos de la anterior formula opera en las prestaciones de Seguridad Social de cobertura universal, en donde las pensiones suelen ser no -contributivas, (el financiamiento y el beneficio no están sujetas a una relación laboral por lo tanto de cobertura universal, con casos de plena ocupación surgiría el factor relevante de dependencia demográfica, es decir aquellas personas menores de 14 años y mayores de 65 años cuyo porcentaje ha aumentado relativamente respecto a la población ocupada.

El financiamiento al sistema de pensiones según la fórmula $T=(S/L) \times (P/W)$ es análoga a los demás ramos de prestaciones sociales en el sistema de reparto, por ejemplo el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS. Dicha fórmula exige el equilibrio de ingreso y gastos intergeneracional, y se requiere que las variables permanezcan en tasas de incremento similares.

1.8 ¿QUE ES EL IMSS?

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 123, apartado A, fracción XXIV, permite al Seguro Social como medio para alcanzar la Seguridad Social, así se establece el derecho con la frase “es de utilidad pública La Ley del Seguro Social” y la conformación de sus ramas que van desde “seguro de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores” que son el principal objetivo de el régimen obligatorio, pero también amplia el acceso a otro tipo de trabajo como son los “campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares;”. Esto, previo antecedente del derecho a

la salud que se plasma en el artículo 4º de la Constitución, en donde se establece la obligatoriedad por parte del Estado.²⁰

Por su carácter nacional el IMSS se ha organizado en 36 delegaciones, destina cuatro a la zona metropolitana, en el Distrito Federal con zona norte y zona sur, mientras que para el Estado de México la compone por zona oriente y zona poniente, el resto se encuentra vinculado casi en uno por entidad estatal.

Su constitución es tripartita que representa a la clase trabajadora y por la otra a los dueños de las empresas, además de la participación e intermediación del Estado, esto se refleja en los órganos superiores, tanto en la Asamblea General, la Comisión de Vigilancia y el Consejo Técnico, cuyos representantes están distribuidos de manera equitativa, y que entre sus principales funciones se encuentran:

En la Asamblea General, entre sus competencias, de acuerdo al art. 261 y 262 de la Ley del Seguro Social (LSS) están las de aprobar o modificar el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe financiero y actuarial así como el programa de actividades y finalmente observar por la solvencia de cada uno de los seguros.

En el Consejo Técnico, de acuerdo al art. 264 de la LSS, tiene entre otras, las atribuciones de decidir sobre las reservas, vigilar y promover el equilibrio financiero de cada seguro, así como establecer las condiciones de aseguramiento de cotización grupos de trabajadores que encuentren dificultades para integrarse ante impedimentos como tipo de oficio o bien días no cotizados o que laboren para diferentes patrones, y por último en;

La Comisión de Vigilancia que entre sus funciones están: vigilar por las inversiones, practicar auditorias de los balances contables y financieros y sugerir a la Asamblea General, al Consejo Técnico y a la Comisión Nacional de Sistema de Ahorro para el Retiro el tipo de reformas necesarias para cada unos de los seguros.

Posee dos regímenes uno voluntario y otro obligatorio:

El régimen obligatorio abarca los rubros de Riesgos de Trabajo, Enfermedades y Maternidad, Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; y Guarderías y Prestaciones Sociales. Se supone como sujetos al régimen obligatorio a toda aquella persona que preste servicios y sea remunerado, y se encuentre subordinado dentro del proceso de producción a cualquier tipo de patrón sin importar si es física o moral o si carece de domicilio fiscal. También son consideradas dentro de este régimen los beneficiados mediante decreto presidencial, como sucedió con aquellos grupos que tienen una forma de producción al margen de la economía

²⁰ Ramírez Chavero, Ivan. (2009). *Nociones jurídicas de los seguros sociales*. Porrúa, México. Pp. 21.

formal capitalista durante la década de los setenta, o que carecen de alguna relación de trabajo subordinado tales como las cooperativas agrícolas y ejidatarios. Finalmente personas que laboran en instituciones de los tres niveles de Estado.

Las condiciones para acceder al régimen obligatorio comprenden los requisitos marcados en la Ley Federal del Trabajo en sus artículos 20 y 21, en ellos se establece un contrato colectivo y las condiciones que derivan de una relación laboral como subordinación y salario.

En el caso de aquellas personas que carecen de patrón se les considera sujetos al régimen voluntario tales como; artesanos profesionistas, comerciantes y todos aquellos cuya unidad productiva puede considerarse pequeña o de nivel micro.

Las prestaciones en especie de todos los seguros de salud contienen servicios de asistencia médica, hospitalización, rehabilitación y prótesis, medicamentos gratuitos, obstetricia, entre otros. También hay casos de guarderías para trabajadores viudos, divorciados y de otras condiciones, finalmente se observa el caso y Prestaciones Sociales que incluye centro de esparcimiento y recreación.

A diferencia de las prestaciones en especie que son para rehabilitar al asegurado, así como a su familia. Las prestaciones en dinero son primordialmente para mantener el salario, dependiendo del nivel y del tiempo de incapacidad que se haya presentado, (tal es el caso del Riesgos de Trabajo) o bien en caso de verse imposibilitado para desempeñar alguna función productiva como sucede con las mujeres embarazadas, personas en mayoría de edad, o bien enfermedades comunes o lesiones en los hogares. A continuación se señalan algunos y requisitos y montos de las prestaciones en dinero.

En el caso de los Riesgos de Trabajo, para obtener los beneficios de este seguro no se requieren semanas de cotización. Los subsidios pueden ser del 100% en caso de incapacidad temporal y si es forma permanente puede alcanzar el 70%, también otorga ayuda para gastos de funeral, y pensión a la viuda e hijos no mayor al 30%.

En Enfermedades y Maternidad. En el caso de enfermedades se requieren un mínimo de cuatro semanas de cotización. Las prestaciones en dinero tiene el valor del 60% del salario hasta un máximo de 78 semanas. En maternidad son necesarias 30 cotizaciones en los últimos doce meses y se le cubre íntegramente el ingreso de 42 días antes y después del parto.

En su estructura, en el IMSS, laboran 284 037 personas, de las cuales el 22.47% es personal médico: entre médicos familiares, especialistas en ginecología y obstetricia pediatría médica, cirugía general, traumatología ortopedia, oftalmología, hasta genética, audiología. El 41.17% es considerado personal paramédico, tales como; enfermeras generales y especialistas, asistentes

médicos, trabajadores sociales, químicos clínicos, laboratoristas, técnicos radiólogos, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, etc.

La capacidad médica instalada en 2008 era de: 45 301 Camas en servicio, 4 385 cunas para recién nacidos, 1 774 incubadoras, 14 523 consultorios, 1 195 cubículos, 1 172 quirófanos, 454 salas de expulsión, 540 laboratorios clínicos, 971 gabinetes radiológicos, 38 bancos de sangre, 709 farmacias y 923 ambulancias.

En cuanto a infraestructura contaba con unidades: 1 495 de primer nivel, entre las que se encuentran Unidades de Medicina familiar o con Hospitalización, así como Unidades Médicas Rurales. 246 unidades de segundo nivel; Hospitales Generales, de Gineco Obstetricia, Psiquiátricos, Traumatología, Pediatría, Rural, así como atención ambulatoria y 38 unidades médicas de tercer nivel, como son hospitales de especialidades, de consulta y bancos de sangre entre otros.

El total de servicios médicos prestados, según el reporte de gestión 2012, en 2008 realizó en millones de consultas: 76.5 de medicina familiar, 17.9 de especialidades, 16.3 de urgencias, 4.3 dentales. Así como 12.1 de radiodiagnóstico, 1.4 intervenciones quirúrgicas, y expidió 10.9 recetas y finalmente atendió 507,400 partos.

En cuanto a prestaciones económicas se erogaron 7,010.18 millones de pesos que representados en millones de días subsidiados corresponden: por Riesgos de Trabajo 7,832,636; por Maternidad 16,678,520, y por Enfermedad General 24,468,978.

1.8.1 REFORMAS DURANTE EL PERIODO DE 2000-2008.

Aunque el objetivo de la investigación es abundar en argumentos de salario y empleo como variables relevantes en el financiamiento a la Seguridad Social, a continuación se presentan reformas importantes en incremento de ingresos y disminución de costos, los más importantes pueden ser; en diciembre de 2001, las modificaciones el fortalecimiento del IMSS como entidad fiscal autónoma, las reformas al Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores del IMSS (RJPTIMSS) a mediados de agosto de 2004 y el establecimiento de patrón solidario para evitar la subcontratación en el 2009.

El fortalecimiento del IMSS como entidad fiscal significó la no dependencia de otras instituciones para sus procedimientos de recaudación (art 271) y se estableció la prohibición de endeudamiento (art. 277 B). Otras reformas en ese mismo año permitieron la facilidad en el cobro de cuotas o de afiliación principalmente por medios electrónicos, de igual forma, se fortaleció la transparencia al presentar informes institucionales que servirían de referencia en

cuanto a la asignación de recursos por parte de la Cámara de Diputados para el siguiente año, y finalmente se estableció el uso adecuado de superávits al considerarlos como reservas para mantener la operatividad de las distintas ramas que comprende el seguro social.

Ante un posible incremento en el costo de las pensiones de los trabajadores del IMSS, se implementaron reformas al contrato colectivo de trabajo. A partir del 2004 los recursos destinados a jubilaciones y pensiones se limitaron por el presupuesto del propio Instituto. También se evitó que las pensiones otorgadas a las nuevas contrataciones sean cargadas a los fondos operativos de las distintas ramas del seguro social. (LSS Art. 286 K) y que el pasivo laboral limitase la creación o sustitución de nuevas plazas (LSS Art. 277 D)

El impacto que tenía la subcontratación en el IMSS, era de una posible pérdida de cobertura de trabajadores, que, por su condición de subordinados y asalariados deberían de estar cotizando y no lo hacen, en parte a que las empresas usuarias de esa fuerza de trabajo simulan una relación laboral de cooperativas o de compra ventas de servicios. Las remuneraciones bajo la forma de vínculo comercial no se consideran como sueldos y salarios, sino como honorarios, un pago por uso ocasional sin un compromiso de largo plazo, casi como una relación de vendedor-cliente. Lo cierto es que una gran cantidad de estos trabajadores operan en condiciones de subordinación, cuentan con un horario establecido y realizan las mismas funciones que cualquier trabajador asegurado en el mismo domicilio. Estos trabajadores eran estimados en alrededor de 2 millones.

En algunas de estas reformas la solución fue parcial, por ejemplo en el RJPTIMSS los costos disminuirán en la medida en que los amparados bajo el antiguo régimen disminuyan su representación proporcional respecto a aquellos que fueron contratados a partir de 2004, esto se debe a que las contribuciones como IMSS-Patrón continúan incrementándose y de hecho ya amenazan con superar el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) que es una cuenta diseñada para evitar el financiamiento del pasivo laboral desde otras ramas del seguro social.

Respecto al Outsourcing, si bien ha sido un logro la ampliación de la cobertura con la modificación a éste artículo, lo cierto es que no necesariamente signifique una liberalización para las finanzas. Esto se puede observar en las conclusiones que realiza el PARI 2008, donde las proyecciones basadas en el 2009-2030 representarían déficits del 16.1 % en el SEM.²¹

Otros elemento de ahorro que puede considerarse en los próximos años, es la eficiencia en el gasto. En primer lugar encontramos la subrogación de servicios, ejemplos son; las tomografías

²¹ Instituto Mexicano del Seguro Social (2008), Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2008. México Pp. 93

para edemas pulmonares, convulsiones, insuficiencias renales, resonancia magnética para tumores cerebrales y artroscopías para sondear lesiones en articulaciones, entre otros.

El mecanismo de subrogación surge principalmente ante la imposibilidad de atender la demanda creciente de determinados sectores de la población derechohabiente. Los aspectos que hace difícil su análisis se centran en la comprobación de erogaciones. Según el IMSS, en el año 2006 éstos gastos fueron de alrededor de 149 millones de pesos, pero la Auditoría Superior de la Federación afirma que fueron de alrededor de 9 256 millones de pesos.²²

En el caso de consumo en medicamentos se opta como método de eficiencia la subasta en reserva, donde, una vez publicada la licitación y elegido un precio de referencia, se invita a más proveedores a mejorar esa propuesta. Este método ha representado ahorros en adquisiciones de medicamentos genéricos por 35 000 millones de pesos para el periodo 2006-2009.²³

El problema en ambos mecanismos es la colusión que existe entre los oferentes, esto es que dos ó más proveedores deciden entrar en un acuerdo que les permite quedarse con un segmento del mercado, ya sea en zonas geográficas o determinados periodos de tiempo. La cooperación les reditúa un nivel más alto de utilidad que si estuviesen en un mecanismo de competencia perfecta, mientras que la no cooperación los hace competir en una guerra de precios con la consecuente caída en el nivel de ganancia. En el consumidor el efecto es una caída en su nivel de bienestar ya que con el mismo presupuesto podría obtener una mayor cantidad de bienes. Al respecto la OCDE advierte de ciertas señales como el hecho de que un mismo proveedor gane todos los procesos de licitación o arrendamiento, existan caligrafías similares en la firma de contratos y argumenta los beneficios que se podrían obtener al permitir las participaciones de firmas extranjeras.²⁴

1.8.2 EL IMSS COMO ORGANISMO FISCAL AUTÓNOMO.

El objetivo de ser un organismo público descentralizado es para realizar una de las funciones del Estado en lo que respecta a la política social, pero esa cualidad le permite también usar ciertos medios para allegarse de recursos estableciéndose como entidad fiscal autónoma de financiamiento tripartita.

²² Tinoco, Yenise. (2008). *IMSS: Subrogaciones millonarias a empresas privadas*, Disponible en sitio: <http://revistafortuna.com.mx/contenido/2008/12/15/imss-subrogaciones-millonarias-a-empresas-privadas/>

²³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2011) *Combate a la colusión en los procedimientos de compras públicas en México, (Informe del Secretariado sobre las reglas y prácticas de compras públicas del IMSS)*, OCDE. pp. 9.

²⁴ Op. Cit. 23. Pp. 10-18.

Las funciones fiscales del Instituto depende en gran medida de las leyes y del poder coactivo o disuasivo que le confieren²⁵, por poder disuasivo se entienda la forma en que se allega de recursos de forma amable, es decir al otorgar beneficios por ponerse al corriente en los pagos o deudas, facilidad en los trámites, uso de medios electrónicos, etc. En cuanto al carácter coactivo se entiende por facultad de ejercer la fuerza para allegarse de recursos, aunque como autoridad está limitada, bajo el régimen del Código Fiscal de la Federación de Procedimientos en cuanto a la solicitud de documentos contables, visitas, enajenaciones etc.

El Instituto según el organigrama se compone de una Dirección de Prestaciones Médicas, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, Dirección de Incorporación y Recaudación, Dirección Jurídica, Secretaria General, Dirección de Finanzas, Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones y la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

De donde las que tienen que ver con las funciones fiscales son principalmente la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) y la Dirección Jurídica. La Dirección de Incorporación y Recaudación maneja, la Unidad de Incorporación al Seguro Social, La Unidad de Fiscalización y Cobranza, la Coordinación de Planeación y Evaluación, La Coordinación de Servicios Administrativos y de Mejora Continua de Procesos Recaudatorios y la Coordinación de Supervisión a la Operación del Nivel Desconcentrado. Mientras que a la Dirección Jurídica con alrededor de 2000 empleados, se acatan; la Coordinación de atención a quejas y orientación al derechohabiente, la Coordinación de Asuntos Contenciosos, la Coordinación de Legislación y Consulta, la Coordinación de investigación y Asuntos de Defraudación, y la Coordinación Técnica de Control y mejora continua de Procesos Jurídicos.

La DIR es la que se encarga de mantener en buen estado el nivel institucional, es también la que se encarga de simplificar los trámites, haciendo más fácil su cumplimiento de pago, y combatiendo a los morosos, posee alrededor de 20 000 personas al servicio, ubicados en puestos de mando y homólogos en oficinas centrales delegaciones y subdelegacionales, en donde se puede encontrar notificadores, localizadores visitantes, revisores, promotores, hasta aquellos que laboran por honorarios.

Dentro de la DIR encontramos dos unidades, así mientras la Unidad de Incorporación al Seguro Social, tiene a su cargo disposiciones en cuanto registro, control de los asegurados, de cada

²⁵ Un ejemplo en donde se puede observar la fiscalización del instituto es por medio de incrementar la declaración del Salario Base de Cotización (SBC), si los ingresos depende en que el número de trabajadores aporte más, o bien casi todas las primas están vinculadas a su valor. La facilidad con la que se desempeña depende de la alta morosidad que presenta el tamaño y tipo de empresa, a mayor tamaño y de un sector menos cíclico, es más fácil su fiscalización, contrario a aquellas empresas que son pequeñas y se pueden dedicar al sector servicios o construcción, en donde generalmente hay ausencias de contratos colectivos, numerosos patrones, alta movilidad laboral, además de no contar con una contabilidad básica,

ramo de aseguramiento. El elemento más fuerte de sus acciones coactivas los lleva a cabo la Unidad de Fiscalización y Cobranza que de acuerdo al artículo 78 del Reglamento Interno, es la que aplica procedimientos administrativos, autoriza pagos diferidos, condona multas, establece o rechaza fianzas, desarrolla y concluye el proceso visitas domiciliarias, tramita cancelaciones en caso de insolvencia por parte de los deudores.

De modo que aunque el número de cotizantes o de patrones se mantenga constante, Como organismo fiscal autónomo se mantiene separado para auto sustentarse de manera independiente y cumplir con uno de los objetivos del Estado, que es la prestación de servicios de salud. Por lo que se vuelve necesario que determine sus créditos fiscales, los montos, la forma de pago, la declaratoria del Salario Base de Cotización (SBC). Con lo que se intenta combatir el saldo de la cartera en mora, que representa alrededor del 10% de las COP.²⁶

²⁶ IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006*. Pp. 309.

2 PROCESO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

2.1 LA PROTECCIÓN SOCIAL DESDE SUS INICIOS HASTA EL MUTUALISMO.

La cooperación es natural en su forma biológica al hombre, por ser un animal social, posee compasión por el prójimo, con el objetivo de buscar la preservación de la especie. Así los niños desde que nacen están prácticamente imposibilitados de proveerse su propio sustento, y lo mismo puede suponerse con las personas de edad avanzada.

Paralelo a la evolución de los modos de producción en el comunismo primitivo, la esclavitud, el feudalismo y el capitalismo, se alteraron las relaciones de producción y desde luego las relaciones sociales de protección, lo que da origen no solo a la cooperación en el trabajo sino a la forma en que solidarizan los individuos.

En el Neolítico (hace aproximadamente 10 000 años) aparecen nuevos grupos sociales de algunas decenas de miembros, que rebasaban a la familia conformada por padres e hijos, estos juntos con sus parientes forman tribus, que generan, por su número; una especialización. Entonces reúnen sus capacidades productivas para alcanzar un objetivo, el sustento que se basa en la recolección, la caza y el pastoreo. No obstante en el cuidado a la salud, existe la posibilidad de que ante una eventualidad grave, por ejemplo algún cazador herido o enfermo, o bien el cuidado de los niños, ancianos, toda la comunidad tenía que verse involucrada en el sustento del infortunado. Surgen también los chamanes, que hacían brebajes o ungüentos que conseguían en su ambiente natural, realizaban cirugías, cuyos vestigios se observan en trepanaciones, y esto se sabe por que se han hallado cráneos con tejidos regenerados, aunque cabe hacer notar eran poco sofisticadas, y podían generar infecciones.

Con la evolución de las formas de producción, se desarrollo la agricultura, mas alimentos con el menor esfuerzo, y la población comienza a incrementarse. La sociedad ve la aparición de ciudades, las más grandes apenas de algunos miles.

El incremento en la productividad, traería nuevas estructuras: gobernantes, sacerdotes, guerreros, personas libres y esclavos. De estas clases, el esclavismo era la forma productiva más

intensiva y de cruel trato. Aun así se vuelve necesario proteger estos agentes productivos, al tener que otorgarles vivienda, alimentación y atención médica. Así por ejemplo en Babilonia, los servicios médicos eran financiados por el dueño²⁷ y en Roma los esclavos tenían el amparo de los magistrados ante ciertos abusos.

En el caso de los ciudadanos libres, se tienen aspectos de mutualismo, en donde según Borja; “los incrementos en la población y la complejidad del sistema socio-económico, determinaron las primeras asociaciones”²⁸. Así en Roma, hasta antes de la caída del último emperador Rómulo Augusto en el año 476 de nuestra era, se fundaron los *Collegia*, en sus diversas ramas, los *Collegia Tenuirum*, en fondos de cuota mensual, *Collegia funeralitia*, para gastos de entierro, y *Collegia Corpora Oficie*, para cuidarse en gremios de artesanos y trabajadores²⁹.

Las ciudades no solo se habían desarrollado diversos oficios para tratar a los grupos vulnerables, desde curanderos, hueseros, parteras, o bien herbolarios, sino que también significó el apoyo de la clase gobernante, por ejemplo en el México prehispánico, se dedicaban a la promoción de salud pública al desarrollar el abastecimiento de agua potable, la limpieza de las calles y hasta letrinas públicas³⁰. Aunque difícil de documentar, se cree en la construcción de hospitales (*Cocoxcalli*), no solo para los civiles, también para los guerreros que mantenían el dinamismo económico basado en el tributo como forma de progreso económico, de modo que tenían centros de atención para la milicia en *Colhuacan* y *Texcoco*.³¹

En el norte de Europa, la situación era distinta a los imperios, las ciudades eran autónomas entre sí. Durante la época medieval, en regiones sajonas, inglesas y escandinavas, cuyo desarrollo no basaba en la forma de producción esclavista o de tributo, sino en actividades marítimas y de comercio. Vieron su aparición las *guildas*; grupos mutualistas fundamentadas en

²⁷ Nugent. Ricardo. (1997). La seguridad social: su historia y sus fuentes. En *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social*, Serie G: estudios doctrinales, Núm. 188, Instituto De Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, Primera edición

²⁸ Borja, Ariño. *Hesice Magistreis. Aproximación a los collegia de la Hispania Republicana a través de sus paralelos italianos y delios*. Revista Gerión, Universidad Complutense de Madrid. España 2004, 22 num 2 pp. 447-478. <http://www.grupohiberus.es/biblioteca/diaz2.pdf>

²⁹ George La Piana . *Foreign Groups in Rome during the First Centuries of the Empire*. Harvard Theological Review, 20, 1927 , pp 183-403

³⁰ Gonzales Molina, Julio. “ *La conservación de las calles estaba a cargo de las autoridades locales de cada barrio. Cada día, cerca de 1.000 personas se ocupaban de la limpieza de las vías públicas barriendo y limpiando, con tanto esmero, que se dice que se podía caminar por ellas “sin temer por los pies, más que por las manos”*. Gonzales Molina, Julio. *Políticas de salud y vida saludable en México-Tenochtitlán*. En Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública; volumen 19, número 1. Enero-junio 2001. Universidad de Antioquia, Colombia. Consultado en la web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/gonzalez.pdf> pp. 4

³¹ Suaste Gomez, Ernesto. *Antecesoros en el devenir de la técnica y medicina en México*, Revista del CINVESTAV , publicación del bimestre julio-septiembre, Instituto Politecnico Nacional, México2006, pp 30.

gremios, los oficios varios: cazadores, pescadores, mercaderes, hasta de hombres libres y siervos, en donde en caso de que un asociado cayese enfermo, dos personas se encargaban de su cuidado hasta que se recuperase y en caso de defunción la *guilda* se hacía cargo de viudas e hijos.³²

Con el incremento de la población demográfica, se desarrollaron diversos oficios, creando sus propias formas de reciprocidad en el cuidado, el objetivo sería el mantenimiento del factor trabajo. En Europa, el hecho de que la mayoría de los habitantes se dedicaban en su mayoría a la producción artesanal, permitiendo que se desarrollasen asociaciones de oficio: los gremios que si bien protegían intereses de monopolio para mantener un precio elevado y en donde al ser ellos los únicos productores locales, servía también como base para obtener beneficios similares a los que otorgaban las *guildas*.

Este tipo de corporativismo solo se da en las nacientes zonas industriales, sin embargo en las zonas rurales en donde lo que predominaba eran las relaciones de vasallaje. El cuidado de infortunados se dejaba casi exclusivamente a *las cofradías*, que eran órdenes sacerdotales cuyo principal financiamiento era la metrópoli, pero también de donaciones altruistas o limosnas de los creyentes. Es decir la protección social en forma de asistencialismo.

En América, El vínculo Estado- Iglesia, puede observarse después del siglo XVI en la Nueva España, en donde existió la necesidad de realizar cofradías, así la construcción de hospitales, eran financiadas por la corona o grandes terratenientes, para ser administradas por las parroquias. Al respecto los factores que incidieron fueron de acuerdo a Campos y Ruiz:

*“Las secuelas de la sangrienta lucha de conquista, la irrupción de epidemias con enfermedades desconocidas en el mundo americano (como la viruela, el sarampión y otras), el dominio colonial basado en el abuso, la violencia y la explotación de la mano de obra indígena, y las recurrentes hambrunas en los centros urbanos novohispanos, condujeron a una de las catástrofes demográficas más dramáticas de los últimos 500 años. Por ello, la elevada morbilidad y mortalidad de la población nativa en el siglo XVI produjeron una significativa pérdida de la fuerza de trabajo que afectó los intereses económicos de los recién llegados conquistadores. Asociado a lo anterior, se sumó la conquista espiritual de los pueblos indios, cuya expresión idealista de caridad, beneficencia y concreción de utopías renacentistas, se mezcló con la compulsiva conversión de los indios a las nuevas formas religiosas judeocristianas”.*³³

³² Krapkokin, *Mutual aid in the medieval city*. Capítulo 5 en <http://libcom.org/library/mutual-aid-5>.

³³ Campos Roberto y Ruiz Adriana. (2001). *Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España*, Gaceta Médica de México, Volumen 137, número 6. Noviembre-Diciembre. México, pp. 597.

Un elemento final para la constitución de un seguro, es la prima, que tiene la importancia del cálculo de probabilidad de riesgo. Se creó gracias al desarrollo del comercio en Europa a partir del siglo XIV, en donde los contratos marítimos establecían obligaciones y beneficios entre asegurados y beneficiario, plazos de pago, vigencia, monto, entre otros, con el objetivo de protección ante la piratería, extravío de naves en altamar etc. Por ejemplo en España, Los dueños de las flotas mercantes tenían que dar una aportación que no superase el 5% del valor de la carga total.

2.1.1 APARICIÓN DE LA INDUSTRIA

El Estado también fomentaría el comercio, las exportaciones necesitan de mano de obra barata, de este modo en Inglaterra, se dictan leyes en el siglo XV al XVIII contra el vagabundaje, donde se despoja de tierras a los campesinos, obligándolos a migrar y emplearse en nuevos centros fabriles situados en las cercanías de los puertos o de fuentes de materias primas, alejados de la influencia gremial. Así la maquinización del trabajo empezó en Inglaterra se trasladó a Francia, Estados Unidos y finalmente a Alemania.

A medida que los mercados se expanden, la producción artesanal tiende a desaparecer sobre todo en Inglaterra, y comienza a sustituirse a los pequeños talleres familiares por fábricas. Aparecen dos clases: por un lado los capitalistas, y por otro el proletariado, la primera clase es dueña de las fábricas y vende mercancías, mientras que la segunda solo puede vender su fuerza de trabajo. Este tipo de relación es de explotación, al extraer excedentes de valor del esfuerzo del empleado, en la búsqueda de maximización de rendimientos y disminución de los costos salariales.

Por el lado de los costos fijos, el desarrollo de máquinas impone un ritmo extenuante y condiciones infrahumanas, jornadas de trabajo de 18 horas, mutilaciones, aire irrespirable, falta de asistencia médica, y deformaciones derivadas de las prolongadas posturas del cuerpo. Así como la utilización de mujeres y niños.

Ante este tipo de situaciones los obreros optaron por llevar a cabo diversos mecanismos de protección al haber sido rebasada la esfera de la familia (por ejemplo ante una contingencia en el padre, su esposa o sus descendientes tenían que proveer el sustento y emplearse en las fábricas). De modo que a principios del siglo XIX se organizan en forma furtiva las primeras asociaciones mutualistas como cajas de solidaridad y sociedades de socorro mutuo en Inglaterra y Francia, sin embargo su debilidad era la de tener afiliaciones y cotizaciones voluntarias, con lo que las garantías en caso de una eventualidad se encontraban limitadas.

Durante el periodo de 1815 a 1822, la conciencia empieza gradualmente a dejar de ser de oficio y adquiere el carácter de clase, de proletariado como tal, prueba de ello son la formación de *trade unions* conformada por varios gremios, logrando que Inglaterra reconociera el derecho de asociación en 1824, así como la prohibición de la utilización de niños con la derogación de la Ley Fabril en 1833.

Al mismo tiempo que las relaciones de producción se modifican, se establecen los primeros monopolios y los grandes sindicatos. No obstante la represión *cartista* en 1848, se reconoce el derecho al voto, siendo el parlamento un nuevo campo para exigir demandas, y presionar al Estado para legislar en cuanto a reducción de la jornada de trabajo, el derecho a la huelga, el seguro de maternidad y niñez.

La necesidad colectiva encamina en Alemania a una esfera de protección del tipo socialista en medio de un mundo capitalista, en la lucha parlamentaria se presentaría el partido socialdemócrata y uno de sus fundadores *Bernstein*, cuyo Ideal al socialismo se llevaría de manera gradual.

Ante este tipo de ideas, Bismarck lanza los seguros obligatorios, de enfermedad general en 1833 cuyo financiamiento se da con dos partes de los trabajadores y el resto a cargo de los empleadores. Posteriormente se promulga en 1834 la Ley del Seguro Accidentes de Trabajo, con cuotas al cien por ciento patronales y Ley de Vejez e Invalidez en 1889. Finalmente para 1911 se unificaron para dar forma al Código General de Seguros Sociales.

2.2 LA SEGURIDAD SOCIAL MODERNA

La Seguridad Social se extendería en Europa. Así antes de finalizar la primera guerra mundial, prácticamente todos los países de Europa contaban con sistemas de seguro social en el ramo de Accidentes de Trabajo. En cuanto a Enfermedad y Maternidad y Pensiones; Austria, Bélgica, Dinamarca, Italia, Irlanda, Holanda, Reino Unido y Suecia y únicamente de Accidentes de Trabajo y Pensiones: España y Francia.

La Herencia Bismarckiana alcanzaría un objetivo universal desde que se estableció la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1919. Para mantener la estabilidad política se estableció un dialogo social, con representantes gubernamentales, patronales y trabajadores. Este es el nuevo mecanismo de negociación colectiva donde se alcanzan convenios que repercuten en las nuevas condiciones de trabajo así como en la determinación de salarios con prestaciones adicionales. Es decir estableciendo recomendaciones en el seno de la OIT que formarían leyes nacionales, estableciendo la participación coactiva del Estado, así como la

obligatoriedad en las aportaciones y obligación, ampliación de la cobertura y el cumplimiento de contratos laborales.

La obtención de estos derechos implica incrementos en los costos variables, con lo que el salario social es mayor al salario recibido y esto representa una desventaja en el comercio entre naciones, por lo que la OIT estableció convenios para homologar dichos costos a todos los países; en cuanto a la protección de los trabajadores agrícolas (Convenio 11, 1921) con el establecimiento de un salario mínimo (Convenio 12, 1928), seguro de vejez (1933), de Invalidez (Convenio 37, 1933) hasta el seguro de desempleo (1934)

No obstante también se encontraron argumentos económicos que respaldaban la participación del Estado y se intentaba una alternativa al sistema clásico que suponía a los equilibrios en el mercado como automáticos, entre ellos el mercado laboral, sin embargo, después de la crisis de 1929, por lo menos en una década no se regresaron a los niveles previos de desempleo de 1929, ya que estos se encontraban por encima del 10%, no obstante que su valor de los salarios había decrecido.³⁴

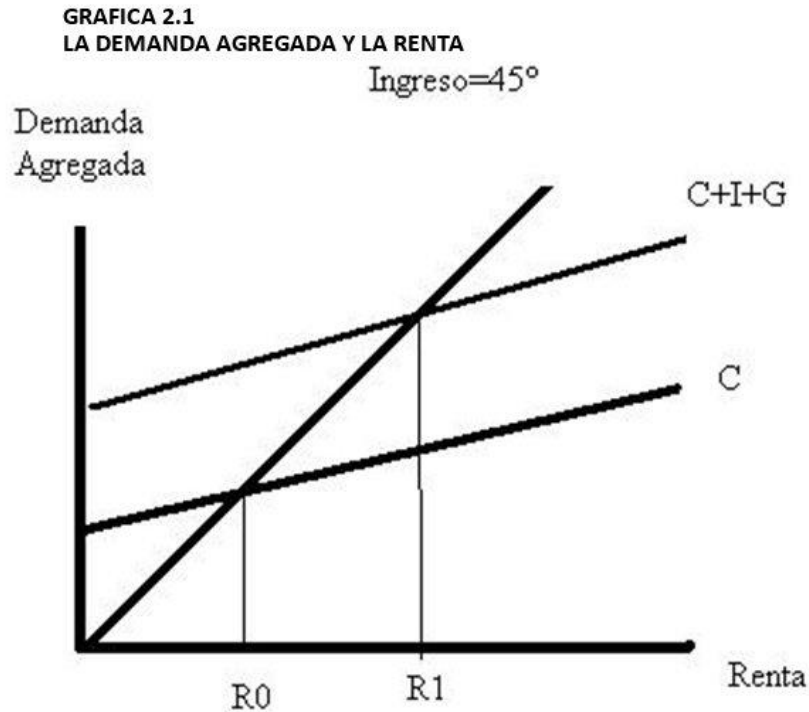
Es con Keynes cuando se encuentra un justificante teórico, para hacer de la demanda una variable que afectase los niveles de producción y en caso de una sobreoferta se actuase sobre el nivel de inventarios vaciándolos. Este hecho marco como componentes de la demanda agregada el consumo de las familias, y el del Gobierno principalmente.

Para ilustrar el efecto de este tipo de políticas de gasto se emplearan gráficas y elementos muy sencillos a continuación:

La línea de 45 grados (Gráfico 2.1), nos dice que el ingreso es igual al consumo, no obstante todo el ingreso no se gasta, sino que destina a ahorro o impuestos, por lo que no puede ser igual la recta demanda con el de la oferta. El consumo por si mismo generaría un nivel de renta

³⁴ Froyen, Richard.. (1996). “el salario monetario, sin embargo, en los Estados Unidos cayó en una tercera parte entre 1929 y 1933 sin detener el aumento del desempleo.” *Macroeconomía (Teorías y Políticas)*. Editorial McGraw Hill. Colombia Pp. 101.

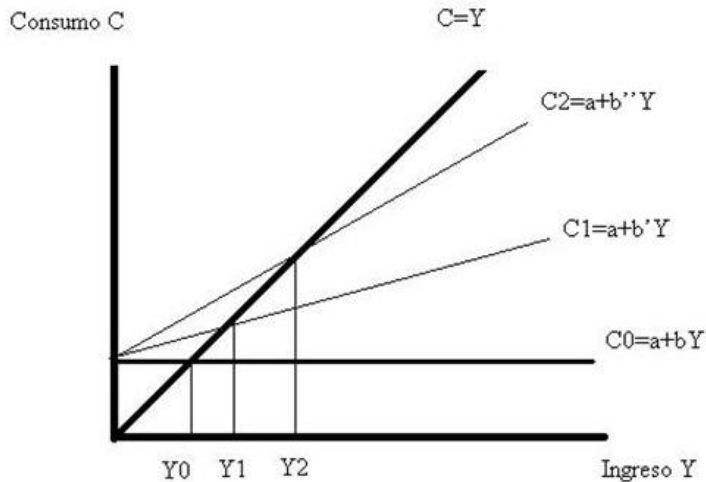
o empleo R_0 . Al incrementarse el gasto en inversión y gasto público, la curva de demanda C se desplazará hacia arriba con $C+I+G$, lo que nos dará un mayor nivel de renta o de empleo en R_1 .



En ese sentido, el consumo era un estabilizador de los ciclos económicos, podía ayudar a incrementar los niveles de producción y empleo.

El siguiente concepto es la propensión marginal al consumo (Gráfica 2.2) que está representada por la pendiente b , para que tenga efecto se necesita que tenga valores mayores a 0 y menores que 1, lo que significa que una parte proporcional del ingreso se consume, pero no todo. En tal sentido la línea CO , con una propensión marginal al consumo de 0, nos dice solo accede al nivel de producción Y_0 . Al incrementarse el valor de la pendiente b con lo que la línea de consumo girará en sentido contrario a las manecillas del reloj, accediendo a un nivel de producción Y_1 . Con lo que en el caso de una propensión marginal al consumo (o pendiente b) cercano a 1, se tiene un nivel de producción Y_2 más alto que en las anteriores.

GRAFICA 2.2
INGRESO EN FUNCION DEL CONSUMO



En el caso de las rentas de las familias se tenía un efecto de multiplicador del consumo, a menor ingreso el ahorro también es menor, de este modo consumían casi todo su ingreso, es decir, la pendiente b' se incrementaba y pasaba a b'' lo que justificaba las transferencias familiares o seguros de desempleo y prestaciones médicas. En tal caso el Estado resultaba un asignador de recursos, pero también incrementaba su gasto como realizar inversiones en infraestructura. Esto incrementaba el Producto (PIB) o ingreso de Y_1 a Y_2 , lo que al final de cuenta serviría para incrementar el empleo.

Los justificantes teóricos no solo sirvieron de apoyo para la creación del *New Deal* en Estados Unidos, y la unificación del Sistema Nacional de Salud inglés con W. Beveridge, según se observa es aquí en donde las políticas sociales adquieren el carácter nacional y los encaminan hacia una forma de salir de la depresión.

2.2.1 ORGANISMOS INTERNACIONALES

La participación de los países industrializados en los compromisos sociales, serían una conducta muy común, después de la primera guerra mundial al conformar la Sociedad de Naciones, cuyo objetivo principal era la promover la paz, y que después finalizar la segunda guerra mundial se transformó en la Organización de las Naciones Unidas con lo que se establecieron

derechos básicos a nivel internacional por medio de organizaciones multilaterales, tales como la OIT y la Organización Mundial de la Salud.

En cuanto a los trabajadores: la OIT crea el Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima) 102 en 1952, que comprende las nueve ramas:

1. Asistencia médica; prestaciones en medicamentos y hospitalizaciones e incluye maternidad.
2. Prestaciones monetarias de enfermedad, con el objetivo de asegurar el ingreso en un proceso de morbilidad.
3. Prestaciones de desempleo, necesario para mantener el flujo de efectivo en una situación de paro.
4. Prestaciones de vejez, para mayores de 65 años que intenta garantizar una vida de retiro.
5. Prestaciones en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, para compensar el riesgo biológico derivado de los lugares de trabajo.
6. Prestaciones familiares, garantía de ingreso para los descendientes del trabajador.
7. Prestaciones de Maternidad, en forma de asistencia monetaria y sanitaria durante el embarazo, el parto y lactancia.
8. Prestaciones de Invalidez. Pagos periódicos al no tener la capacidad total o parcial de desempeñar alguna actividad.
9. Prestaciones de sobrevivientes, cuyos montos se destinan a la viuda o hijos.

Las cuotas correspondientes, varían en muchos casos dependiendo de la contingencia, pero la proporción de financiamiento del trabajador no debe ser mayor al 50%, con el objetivo de mantener la solvencia de cada seguro. Aún así el nivel de prestaciones está asociado a nivel de ingreso de cada sociedad.

Para la ratificación de este convenio es necesario otorgar al menos tres ramas, así entre 1952 y 1962 ya habían firmado Alemania, Bélgica, Dinamarca, Grecia Islandia, Israel, Italia, México, Noruega, Perú, Reino Unido y Suecia.

Gran parte de los regímenes deriva del derecho laboral teniendo a la población asalariada como objetivo, tenemos ejemplos de leyes de Seguro Social obligatorios basados en leyes que regían el trabajo, el caso de Ecuador (1935), Perú (1936) Chile (1938) Venezuela (1938), México (1943) Que serían la ratificación de Leyes de Seguro Social Obligatorios ya aprobadas en 1952 en el Convenio 102 de la OIT.

Este tipo de organismos multilaterales llevó a cabo una participación creciente del Estado. La influencia en América puede verse, por ejemplo en la Carta de Buenos Aires, en la Tercera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en 1951, No. 34, donde se establecieron los siguientes puntos:

1. *Que para los pueblos americanos, nada debe tener mayor primicia que el procurar bienestar al hombre, salvaguardando su libertad y su dignidad.*
2. *Que la Seguridad Social debe organizarse por un conjunto de normas jurídicas, que garanticen como función ineludible del Estado en la Coordinación de la política social, económica y sanitaria, a fin de procurar:*
 - a) *El equilibrio entre los principios de libertad y de solidaridad mediante la integración –con sentido justicialista, expresión argentina que se emplea por ser esta la carta de Buenos Aires- de los derechos individuales con los derechos sociales, así como la formación y arraigo de una conciencia colectiva de justicia social.*
 - b) *La elevación del nivel económico de vida mediante el pleno empleo y la justa redistribución, para lo cual deberán aprovecharse los recursos naturales y aumentar la producción por un mayor perfeccionamiento técnico y una mejor capacitación profesional.*
 - c) *La elevación del nivel sanitario mediante la protección biológica integral, orientada a mantener a la población en las mejores condiciones de salud y de capacidad de trabajo.*
3. *Que la acción del Estado, en materia de seguridad social, debe fundamentarse en el derecho que tiene el hombre de ser protegido por la sociedad ante la necesidad, así como también en el derecho al bienestar que se reconoce a todo trabajador como consecuencia de su participación en la formación de la riqueza nacional.*
4. *Que la unidad y la pluralidad de medios para el logro del objetivo de la seguridad social debe ser decidida por cada país, de conformidad con la realidad nacional, en armonía con los principios internacionalmente aceptados.*
5. *Que es necesario asegurar una decidida participación y colaboración de las partes interesadas en lo relacionado con la elaboración, organización y realización de los regímenes de Seguridad Social, así como la protección de sus derechos mediante procedimientos y garantías que aseguren su rápido y efectivo reconocimiento.*
6. *Que debe formarse la más amplia cooperación entre las naciones del Continente Americano, a fin de facilitar la solución de problemas de seguridad social que superen sus posibilidades nacionales.*³⁵

³⁵ Elger Luisa, et al. (1980) *La seguridad social en el proceso de cambio internacional*. IMSS-Secretaría General y Departamento de Asuntos Internacionales, México, pp. 168-169.

Dicha declaración observa como objetivo principal el bienestar de los trabajadores, como un reconocimiento a su contribución al desarrollo de cada país, El medio sería propicio para la participación del Estado, ya sea estableciendo leyes en su forma laboral o constitucional que le permitiesen garantizar el acceso, no obstante debido a los límites presupuestales.

2.3 CRISIS DEL ESTADO DE BIENESTAR

En un contexto mundial económico favorable, desde la década de los cincuenta hasta mediados de los setenta del siglo XX, en el periodo denominado fordista; el ciclo del beneficio económico era interno, el motor era la sociedad salarial. En los países desarrollados, hay incrementos en la producción debido a nuevos métodos de elaboración en serie que permiten una productividad sin precedentes y al mismo tiempo un abaratamiento en costos; así aparecen grandes naves industriales donde predominan cadenas de montaje, automatización, especialización del trabajo, tareas fragmentadas, etc. Éste exceso de producción favorecía un comportamiento consumista con incrementos en el poder adquisitivo del salario y donde éste mercado interno mantenía alta la ganancia del capital productivo.

Las relaciones entre clases sociales tenían un mediador: el Estado, que intentaba reconciliar los intereses entre trabajadores y patrones. El contexto de pleno empleo permitía acuerdos que fuesen benéficos para los sindicatos. Al respecto se nos dice que:

“Si examinamos el contenido de las luchas y de las demandas sociales en la Europa de los años 60 y 70, observaremos que raras veces el empleo como tal era el objetivo de las mismas y no lo era porque éste estaba garantizado. El objetivo era más bien mejorar sus condiciones: el salario, la jornada de trabajo, la profesionalización, la forma de trabajar, las posibilidades de promoción.”³⁶

Esto en sí, podría significar una legitimación de los gobiernos europeos, al menos mientras el empleo y los salarios se fuesen incrementando. No es sino hasta principios de los setenta cuando los déficits fiscales y el instrumento de endeudamiento dejan de ser efectivos para disminuir las crecientes tasas de desempleo e inflación cuyas tasas anuales promedio se incrementaron de 2.9% y de 4.7% en el periodo de 1960-1973 a 4.9% y de 12.4% durante 1974-1979.³⁷

³⁶ Miguélez, Fausto y Prieto, Carlos. (2009). *Trasformaciones del empleo, flexibilidad y relaciones laborales en Europa*. En Revista Política y Sociedad, Vol. 46 Núm. 1 y 2, Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 280.

³⁷ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1997). *Historical Statistics* Cuadro 2.15: Unemployment as a percentage of total labour force, pp. 45 y cuadro 8.11, Consumer price Indices, pp. 91, Francia.

La herramienta keynesiana de manipulación de la demanda agregada parecía tener efectos nulos en el incremento de la población ocupada. En la opinión monetarista solo lograba más inflación. Esto se debía que existía una plena ocupación o tasa natural de empleo, es decir había personas que no estarían dispuestas a trabajar por un mayor salario real. De este modo; la política fiscal expansiva de incremento en el gasto del sector gubernamental no incrementaba el empleo sino solo el nivel de precios. Aunque el gasto gubernamental explica en parte el problema de la inflación, lo cierto es que se importó un efecto mucho más importante, el incremento en 1973 del precio del petróleo.

El déficit por el lado del gasto se explicaba por las transferencias; por un lado los gastos públicos se incrementan por demandas de protección social, pero también existen cambios en el perfil demográfico como envejecimiento de la población europea que representa incremento de las pensiones. Lo mismo sucedía con los pagos de intereses de deuda externa. Estos eran los rubros de más rápido crecimiento.³⁸

En el lado de los ingresos se encontraba el problema de la recaudación fiscal que enfrentaba el descontento de la base contribuyente, esto a su vez llevaría a disminuir el ahorro y en consecuencia la inversión necesaria para la acumulación.³⁹ Otros métodos como el endeudamiento o la emisión de moneda, desde luego que tampoco llevaría a solucionar el problema del déficit fiscal que de acuerdo a la visión neoclásica solo llevarían a profundizar el problema de la inflación. De este modo las opciones para combatir el creciente déficit fiscal podrían ser o bien disminuir los gastos sociales o desarrollar el sistema financiero.

Los factores que financian a la Seguridad Social de esta manera se encuentran en un proceso de redistribución de los recursos. En el factor trabajo se trata de disminuir su salario social, al detenerse el proceso de obtención de derechos sociales y con ello hacer que sea mucho más competitivo respecto a otros países. Además de que serviría como un estímulo para la inversión privada que supone que fomentaría nuevos centros de trabajo

De acuerdo a la siguiente gráfica (2.3) en los países de Estados Unidos, Francia y Reino Unido el porcentaje del ingreso nacional en manos del 0.1% de la población más rica se mantuvo baja después de la segunda guerra mundial y no es sino hasta después de los setenta cuando

³⁸ Nouriel Roubini y Sach Jeffrey. (1989)- *Government spending and budget deficits, industrial economies*. NBER Working paper series #2919. National Bureau of Economic Research, Cambridge Massachusetts. Pp. 11

³⁹ Alcántara Sáez, Manuel. (1995). *Gobernabilidad, crisis y cambio: elementos para el estudio de la gobernabilidad de los sistemas políticos en épocas de crisis y cambio*. Fondo de Cultura Económica, México pp.150-170.

comienza a ascender, gracias a una contención de impuestos, esto en si significa para Harvey una restauración del poder de la clase capitalista.⁴⁰

GRAFICA 2.3

PORCENTAJE DEL INGRESO NACIONAL QUE POSEE EL 0.1 POR CIENTO DE LA POBLACIÓN MAS RICA DE LOS ESTADOS UNIDOS, FRANCIA Y EL REINO UNIDO, 1913-1998.



FUENTE: HARVEY (2005).
A BRIEF HISTORY OF NEOLIBERALISM EDITORIAL OXFORD UNIVERSITY PRESS,
PP. 17

Después de 1970 la acumulación consistió en re direccionar las ganancias, de pasarlas del ciclo productivo a la esfera de especulativa, con lo que se requieren contextos de bajas tasas de inflación que no provoquen tasas de interés reales negativas y esto se logra al garantizar una deuda pública cercana al valor cero. Esto repercute por ejemplo en el desarrollo de políticas monetarias y fiscales.

El otro componente es el Estado, que ya no es visto como el intermediario de la lucha de clases que lo venia caracterizando. Algunos hechos son las crecientes protestas por parte del sector obrero a finales de los años sesenta, ejemplos son, según Brunet: "Los sucesos en mayo en Francia, el otoño caliente de Italia, las huelgas generalizadas en España, las huelgas de mineros en Suecia, las huelgas de mineros y transportistas en EE UU, todos cuestionaron el modelo de control y propiedad de los medios de producción."⁴¹ Pero también su papel en cuanto a

⁴⁰ Harvey, David. (2005) *A Brief History of Neoliberalism*. Editorial Oxford University Press, pp. 19

⁴¹ Brunet, Ignasi y Belzunegui. (1999). *Estrategias de empleo y multinacionales*, Ediciones Icaria, Barcelona 1999. pp. 166.

estabilizador de los ciclos económicos por medio del gasto, que tendría efectos en cuanto a deuda, déficit, incrementando la tasa de inflación y con ello generar tasas de interés negativas para el capitalismo financiero.

Este tipo de situaciones modifica el aspecto de políticas sociales. En el Estado amenaza el creciente déficit. En Europa Occidental los altos gastos sociales en promedio habían pasado de 9.3% en 1950 a 21.9% en 1976.⁴² Donde el rubro de Seguridad Social representaba poco menos de la mitad y sobresalían dos ramos: el de pensiones y sanidad que mantenían una distribución de 36.5% y 30.3%.⁴³ Esto se debió a factores como un envejecimiento de la población y un estancamiento en el número de asegurados. En cuanto a salud se cree que se debió a una alta medicalización y consumo de atención sanitaria en hospitalizaciones, tratamientos más costosos, incrementos en el precio de medicamentos, y demanda infinita ya que el acceso tiene un costo de cero.

A partir mediados de la década de los setenta, cuando la principal preocupación era como asignar eficientemente los recursos, el incremento en el consumo de atención sanitaria de los países desarrollados eran prácticamente inalcanzables para los países en desarrollo⁴⁴, se optó por cambiar los objetivos en salud pública, más acorde a sus necesidades. Al respecto se nos dice que:

En la Conferencia de las Naciones Unidas en Alma – Ata, de la entonces Unión Soviética, en 1978, se obtuvo un nuevo objetivo.

*“La atención primaria de la salud comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiados; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales”.*⁴⁵

⁴² Alber, Jens (1998). *Algunas causas y consecuencias de la expansión del gasto de seguridad social en Europa Occidental: 1949-1977*. En Investigación Económica, número 185, julio-septiembre de 1988. Facultad de Economía, UNAM, México, pp. 53

⁴³ *Ibidem.* Jens Pp. 63.

⁴⁴ *Ibidem.* San Martín, “En los países desarrollado los gastos en salud constituyen del 5 al 10% del ingreso bruto nacional (gastos públicos y privados)... En los países subdesarrollados el gasto en salud fluctúa entre 2 y 3%”, pp 593,

⁴⁵ *Ibidem.* San Martín, pp. 212.

Esta declaración nos da un sentido de gasto eficiente, las políticas de salud enfocadas al aspecto curativo llegaron a ser poco eficientes y muy costosas. En su lugar, se optó por llevar a cabo procedimientos mucho más baratos como la atención preventiva, promoviendo mejores condiciones ambientales y alimentación básica. El otro aspecto que agrega es el de la responsabilidad local, donde las decisiones de gasto y de inversión no fueran del centro, sino de las unidades periféricas, estas suponen un mejor conocimiento de su región que eficiente las políticas sanitarias. En sí, la idea era incrementar el gasto público pero se interpretó como su disminución y la eficiencia se asoció con la atención selectiva.

2.4 EL NEOLIBERALISMO

En el aspecto económico se volvería necesario mantener la tasa de ganancia de los grandes capitales, al crearle condiciones favorables como: bajas tasas de inflación, superávit fiscales, privatización de empresas públicas, desregulaciones laborales, disminución de costos laborales, etc. Dichos elementos reducen las posibilidades del Estado como estabilizador de los ciclos económicos, es decir en su papel en cuanto al gasto y como determinante de la demanda agregada. En este caso la intervención estatal se supone ilusoria ya que existe una tasa de desempleo natural y un mayor gasto solo incrementa la inflación.

Diversas causas se combinaron para cambiar el sistema de reparto a uno de cuentas individuales. Entre los aspectos generales como en el caso de los europeos, a pesar de los incrementos en el producto, los gastos se debían a la disminución en las tasas de natalidad y el incremento de la esperanza de vida, es decir las prioridades de atención en salud dejaron de ser las infecto-contagiosas para ser enfermedades crónico-degenerativas.

Para los países de la región latinoamericana, regidos bajo el sistema de Seguro Social, se agregan las bajas tasas en la formalización del empleo, esto es, que los contribuyentes activos habían disminuido en relación a los beneficiarios.

El nuevo contexto para el crecimiento económico, o las nuevas razones para combatir las dos variables de mayor preocupación era el bajo nivel de empleo y las altas tasas de inflación, la respuesta es entonces la amplitud de los mercados que rebasan las fronteras nacionales y en donde el Estado es sustituido por el mercado.

“El nuevo punto de vista que aparece, apoyado por una constelación de actores nacionales e internacionales, entre los que se destacan instituciones y redes de líderes de opinión vinculados al capital mundial (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Bancos de inversión, empresas multinacionales) fue conocido como el “Consenso de

*Washington”, término que acuñó el economista John Williamson” (Krugman, 1995)...Los diez puntos expresados a través de este “consenso de ideas” que deberían presidir, a partir de allí, las políticas económicas de la economía global (y de las economías nacionales incluidas en ella), tienen como eje el control del gasto público y la disciplina fiscal, la liberalización del comercio y del sistema financiero, el fomento de la inversión extranjera, la privatización de las empresas públicas, y la desregulación y reforma del estado.”*⁴⁶

Esto es la sumisión del Estado al capital financiero, que como se sabe, los ajustes en el gasto y su necesaria reducción sirven para estimular el gasto privado. Este tipo de políticas económicas antes serían llevadas a cabo en otras partes del mundo. A partir de la década de los ochenta varios países empezaron con políticas de corte neoliberal, en Estados Unidos, se empezaron a privatizar las empresas energéticas, en México, las industrias mineras, siderúrgicas, telecomunicaciones, etc.⁴⁷ Con el objetivo de hacerlas más eficientes en cuanto al manejo de recursos de personal, financieros y materiales, y por otro lado al quitar una carga al Estado de seguir manteniendo empresas con pérdidas.

Desde la década de los noventa en Europa se llegó a tasas de desempleo sin precedentes, tenemos el caso de Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Suecia, Reino Unido.⁴⁸ En cierto sentido se puede concluir que los altos índices de paro conllevaron cambios en las políticas laborales, por ejemplo en el caso de Suecia, para atraer más capital se optó por disminuir los impuestos directos e incrementar los indirectos,⁴⁹ en el caso de Alemania y Francia por el nuevo concepto de flexibilidad laboral a mediados de los ochenta; el objetivo de

⁴⁶ Rapoport, Mario. (2002). Orígenes y actualidad del "pensamiento único". En: *La Globalización Económico Financiera. Su impacto en América Latina*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, texto completo: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/gambina/p2global.pdf>, pp. 360

⁴⁷ Algunas empresas paraestatales de acuerdo a las estadísticas obtenidas del *Sexto Informe de Gobierno de 1987, en su anexo estadístico* pp. 56, se pueden ver algunos sectores paraestatales como. Bancos, Aeroméxico, Mexicana de Aviación, Dina, Productos Forestales Mexicanos, Forestal Vicente Guerrero, Productos Pesqueros Mexicanos, Fertilizantes Mexicanos, Diesel, en cuanto a las SA de CV, Ferrocarriles Nacionales de México, Azúcar, Teléfonos de México, Roca Fosfórica, Somex, Compañía Naviera del Golfo, Astilleros Unidos de Veracruz, de Sociedades Anónimas, ; Fundidora de Monterrey, Altos Hornos de México, Fertilizantes Mexicanos, Diesel Nacional, Nacional, Siderúrgica Nacional, Productora e Importadora de Papel etc.

⁴⁸ Madisson, Angus. *The World Economy: A Millennial Perspective*. OECD 2001. Pp. 355.

⁴⁹ Mishra, Ramesh. “Las tasas marginales máximas al ingreso se redujeron drásticamente,-de 85 por ciento al 50 por ciento - y los impuestos sobre la renta o dividendos eliminados Dividendos. En el ámbito de los impuestos indirectos y regresivos, como el impuesto al valor agregado (IVA) se amplió y sus tasas se incrementaron”. *Globalization in comparative perspective: Sweden, Germany and Japan. Globalization and the Welfare State*. Editorial Edward Elgar, United Kingdom, Cambridge 1999, pp. 77.

pleno empleo, se tendría que dar ya sea disminuyendo las horas de trabajo o los salarios hasta que fuesen más atractivos que aquellos países periféricos.

Los trabajadores tuvieron que ver disminuido su poder de decisión. Los sindicatos algunas veces promotores de derechos, de libertad de asociación de condiciones de trabajo, salarios mínimos y de protección social tuvieron que ser vistos más como un obstáculo al pleno al pleno empleo ya que siempre presionaban por mayores costos que inhibían la inversión.

Esta confrontación de factores afectaría los campos de decisión. Ahora se dejaría la fase de dialogo, apartándose de las recomendaciones de la OIT para entrar en zonas de negociación de Estado y capital en el campo de nuevos organismos internacionales, determinando políticas económicas beneficiando a la clase explotadora. Antes, la lucha abierta de intereses y derechos determinaba la tasa de ganancia y el salario social, ambos actores empleadores y sindicatos, presionaban al Estado para que impusiera direcciones en política económica. Ahora el curso era determinado en forma unilateral por el capital.

En el Aspecto político, la sumisión de la clase política a los movimientos de los grandes capitales, da sentido a modificar el papel del Estado como regulador, haciéndolo mero observador del mercado. Al mismo tiempo exige la competencia entre Estados nacionales para crear condiciones de entradas a inversiones, tales como; desregulación laboral, propaganda para el debilitamiento de sindicatos, disminución en los impuestos sobre la renta, incremento en las tasas de interés reales, etc.

El resto de los países menos desarrollados sin embargo fueron los más afectados.

Uno de los primeros laboratorios vendría a ser Chile según nos explica Harvey, en donde

“Los economistas formados en la escuela de Chicago se impusieron en la Universidad Católica de Santiago (privada)... en 1975; Pinochet trajo esos economistas y los puso en el gobierno, donde su primera tarea fue negociar préstamos con el Fondo Monetario Internacional. Trabajando con el FMI, reestructurando la economía según sus teorías (del FMI). Cambiando el sentido de la nacionalización y privatizando bienes públicos incluidos los recursos naturales (pesca, madera, etc) y eliminando toda regulación de explotación ... privatizaron la Seguridad Social y facilitaron la inversión extranjera y el comercio.”⁵⁰

El gasto estatal y en especial aquel dedicado al gasto social, suponía que tendría que enfrentar serios déficits, en los rubros de política sanitaria, poniendo en riesgo de caer en una espiral inflacionaria, por ejemplo al desfondarse los seguros (principalmente el de pensiones) tendría

⁵⁰ Harvey, David. (2005) A Brief History of Neoliberalism. Editorial Oxford University Press, Pp. 8

que ser necesarios inyectarles deuda, implicando déficit, con ello tasas de interés mucho más altas.

2.4.1 EL PAPEL DEL LAS ORGANISMO INTERNACIONALES

La nueva forma en que se regula la producción internacional, ya no depende de una visión interna, fundamentada en demandas de gobierno nacionales o de sindicatos, sino más bien de una integración mundial, en ella las reglas son dictadas principalmente por el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), así como la Organización Mundial del Comercio (OMC). Buscando incrementar el empleo, estas tres organizaciones tienen un impacto en políticas económicas, de desarrollo social y de expansión económica.

En su lugar, se buscaría el retiro gradual del Estado para comenzar a buscar otras opciones, alejándose de los consensos generados en la OIT, y allegando a recomendaciones de otros organismos internacionales como; la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), encargada de la asistencia e intercambio técnico, La OMC como nueva promotora del crecimiento económico por medio de las exportaciones, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), para lograr una mejor alimentación. Así como FMI, el BM, en cuanto al cambio en políticas económicas que sirvieran de contexto para el desarrollo humano.

La globalización presupone la internacionalización de la economía, desde luego la libertad en el flujo de capitales, de mercancías, la fragmentación de los procesos productivos, la oportunidad de acceder a los mercados globales, el incremento de las comunicaciones, toda estas son nuevas condiciones de explotación que generan cambios en las Seguridad Social.

2.4.1.1 EL FONDO MONETARIO Y EL BANCO MUNDIAL

El efecto que tiene la imposición del FMI en el Estado, tiene que ver principalmente con el déficit presupuestal, cuando las erogaciones rebasan a los ingresos, se entra en una fase de endeudamiento con lo que se hipoteca el gasto social en el futuro. Para equilibrarlas se imponen medidas de austeridad; o bien se disminuye el gasto social y se realiza en forma selectiva, ó se promueve el financiamiento de desarrollo por medio del mercado como complemento al gasto público o se incrementan los impuestos indirectos para mantener el nivel dinámico de las prestaciones sociales.

En el aspecto monetario se tenía que detener el incremento de la expansión monetaria que conducía a altas tasas de inflación, con lo que las tasas de interés se elevaban y generaba un efecto contraproducente en la inversión productiva y con ello en el empleo. Respecto al papel hacendario, más que buscar como incrementar los ingresos, ya sea por ampliar la base gravable y hacerlo progresivo al gravar el capital. Se opta por incrementar su forma de acumulación, privatizando empresas públicas monopólicas para hacerlas más eficientes. Este incremento en la desigualdad del ingreso repercutiría en el financiamiento a la salud, sobre todo en cuanto a que la base contribuyente; los patrones, el trabajador y el Estado, que como se ha visto, conforme se incrementa el ingreso de la clase pudiente se han detenido los beneficios sociales de los trabajadores

Por otra parte el BM, es el encargado de fomentar el desarrollo, que sin embargo, al igual que el FMI, condiciona créditos de bajo interés a cambio de políticas que garanticen reformas para el fomento de la inversión de capital, entre estas el sector salud, a nivel mundial, por ejemplo durante los ochenta el Banco Mundial prestaba más de 100 millones de dólares, para el concepto de salud pública.⁵¹

El objetivo en salud, sería de orden para incrementar la cobertura, así en 1989 el BM publica el documento *“El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo: una Agenda para la Reforma”*. En donde se proponen reformas ante la severa crisis que presentan los sistemas de protección a nivel mundial, presenta propuestas tales como; 1) el cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de la salud, donde justifica el pago en medicamentos y estancia, con el objetivo de evitar el subsidio a las personas de altos ingresos. 2) provisión de seguro u otra protección frente a riesgos, entiéndase el objetivo de ampliar la cobertura por medio de instituciones no gubernamentales desde instituciones privadas con fines de lucro hasta aquellas en donde pueden existir misiones religiosas. 3) el empleo eficiente de los recursos no gubernamentales, es decir el de reducir la acción del Estado únicamente como vigilante de las nuevas redes de protección y 4) descentralización de los servicios de salud gubernamentales, estableciendo la eficiencia de unidades locales ya que posee ventajas al estar más cerca de los focos de demanda, pudiendo planificar mejor los gastos así como hacer más eficientes los ingresos.

Las propuestas se fundamentan en las visiones de costo –efectividad y costo utilidad. A nivel microeconómico, la focalización del gasto tendría como prioridad los altos niveles de utilidad que tendrían los más pobres. Así por ejemplo los beneficios en años vida ganados y nivel de salud que generan de cada dólar gastado es más alto en una persona que gana menos de dos

⁵¹ Frenk, Julio. *El financiamiento como instrumento de la política pública*. Pp. 30. Organización Panamericana de la Salud.

dólares diarios, que aquellas que gana 50 dólares diarios. De esta manera el papel de atención residual por parte del Estado es fundamental, y los padecimientos que necesitaría atender van desde mejoramiento del ambiente, hasta atender problemas materno- infantiles, mejorar la nutrición etc.

Posteriormente en 1993, el BM expone el documento *World Development Report* cuyo título; *Investment in Health*, donde se hace un diagnóstico de los principales perfiles epidemiológicos a nivel mundial, destaca la prevalencia de enfermedades infecciosas en las personas mas vulnerables como son mujeres y niños, el incremento del SIDA, los efectos del alcohol y tabaco así como falta de información en cuanto a temas de planificación familiar y medicina preventiva.

Ante este tipo de situación las soluciones recomendadas se encaminan a replantear el papel del Estado en la provisión de salud, de modo que las directrices irán más en el sentido de hacer del Estado un proveedor de mínimos de atención curativa y mayor en política preventiva, casi al degradarlo al asistencialismo y compartir los gastos médicos con los sectores privados y de la sociedad civil ya sean asociaciones religiosas, empresariales hasta organizaciones no gubernamentales, ya que éstos representan ventajas en cuanto incrementar la focalización de atenciones por que se encuentran cerca de la población más necesitada.

También se recomienda permitir el juego del mercado a aquellos que pueden pagarlo ya que no necesitan un subsidio, para ellas, la opción está más en los seguros privados.⁵² Principalmente en cuanto a gastos médicos mayores. Permitiendo la posibilidad de que los grandes capitales entrasen en la reorientación de las políticas de salud y de esta manera evitar que se canalicen recursos públicos a deciles de alto ingreso.

No sucede lo mismo con los sectores de la población que por lo menos tienen un trabajo productivo o que se encuentran en las capas medias, estos grupos suponen que puede costearse un seguro en el ámbito privado, para el resto, el Estado solo se encarga de políticas preventivas. En estos casos el BM recomienda el mecanismo de mercado, ya que éste es un eficientador del gasto, en donde los precios se encargan de transmitir información a los consumidores, de modo que previenen el riesgo y pueden reducir la demanda de bienes nocivos para la salud así como relacionado con su ingreso para una optimización de los tratamientos.

⁵² Banco Mundial” *Una cuestión fundamental en el diseño de un paquete clínico básico es la cuantía de la financiación gubernamental. ¿Deberían los gobiernos pagar por todo el mundo o sólo para los pobres?, el principal problema de financiación estatal universal es que subsidia a los ricos, que bien podrían permitirse el lujo de pagar por sus propios servicios, y dejar que ese presupuesto se destinase a los pobres.* “*World Development Report 1993: investing in health.* Oxford University Press. Washington 1993. Pp. 11.

En cierto sentido dichas recomendaciones no han ampliado la cobertura ni se ha demostrado que el aseguramiento privado continúe en una participación creciente del PIB mundial, tampoco se puede determinar que algunas de sus políticas sean de desarrollo, por ejemplo el hecho de cobros por atención, ha hecho que las personas que no tienen recursos sean alejadas de los sistemas, en tales casos la exclusión del mercado los ha dejado a merced de los organismos altruistas tales como ONG's,⁵³ en algunos casos como en el Guatemala, los servicios de atención médica son casi de inmunización y rehidratación oral, aun así, la lucha por la participación de las ONG's ha hecho una discriminación según se puede observar sus acciones tienen que estar de acuerdo con sus principales donantes, lo que no garantiza un recurso de largo plazo.

2.4.1.2 LA ORGANIZACION MUNDIAL DEL COMERCIO Y EL INTERCAMBIO EXTERIOR COMO NUEVO MOTOR DE DESARROLLO

El concepto de expandir el comercio, se dio a través de la formación del The General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) en 1947 y que en 1994 se transformó en la Organización Mundial del Comercio (OMC). Este organismo de carácter multinacional tiene como objetivo fomentar el intercambio de mercancías y hacer de esta actividad el nuevo eje del crecimiento económico. Para esto es necesario derribar las barreras arancelarias, es decir, disminuir los impuestos a los bienes importados para que puedan homologarse en cuanto a precio con los bienes nacionales.

Los beneficios que supone el organismo van en disminución de los costos de distribución, que hace que los precios disminuyan, al mismo tiempo que la competencia obliga a las empresas locales a producir a costos más bajos.

El intercambio internacional supone beneficios mutuos en el nivel de renta entre países productos y consumidores. Por un lado, la producción nacional puede incrementarse conforme se expanden los mercados e incentiva la inversión al focalizarla en determinadas áreas que representan una ventaja comparativa, ya situación geográfica o en nivel de salarios y productividad lo que permite elevar el número de empleos.

En el otro aspecto: es el del consumidor donde sus beneficios son expresados al poder adquirir un producto a un precio más bajo al mismo tiempo que se amplían sus opciones de compra. Desde luego, siempre y cuando se presenten bienes sustitutos perfectos y su elasticidad precio-

⁵³ Según David Bloom (2007), el asistencialismo ha crecido, sin embargo la mayor parte de estos recursos se destina a países que ya tienen una cobertura total, así el porcentaje de Asistencia Oficial para el Desarrollo respecto a la Salud Pública rebasa el 10% en países como Reino Unido, Canadá, Suecia, Noruega. Etc. Bloom David E., *Gestión internacional de la salud*. En revista Finanzas & Desarrollo, diciembre de 2007. FMI. Pp. 31-36

demanda sea elástica, lo que sucede en algunos casos como las aspirinas, analgésicos, antigripales, etc.

Sin embargo se requiere de competencia perfecta a nivel global, es decir, que no existan productores y consumidores lo suficientemente grandes para modificar el precio. Sucede en realidad, que existen grandes monopolios que pueden producir en cantidades inferiores y con precios altos. Y lo mismo parece suceder cuando son capaces de generar economías de escala, por lo que se eleva su producción con costos menores lo que puede desplazar del mercado a empresas locales. En este caso parece que la apertura comercial puede beneficiar más a las transnacionales.

El comercio juega su papel más importante en cuanto a la forma en que se relacionan los agentes productivos. En el proceso de producción se genera explotación y puede crear condiciones de precariedad laboral. La reasignación de factores de una industria a otra o de un país a otro lleva implícito un riesgo; la pérdida del empleo, que hasta cierto punto detiene la demanda de derechos laborales.

Las primeras beneficiadas de la libertad de intercambio son las grandes transnacionales, que por su tamaño y concentración de su organización productiva pueden fragmentar sus procesos productivos. Antes en estas unidades se llevaba a cabo desde la creación de componentes hasta el ensamble, todo este proceso se realizaban en un solo país. Ahora los costos de traslado se compensan con los salarios bajos de regiones distantes o de la mejora en las comunicaciones, con lo que se atraen a países de origen dedicados a la investigación y el desarrollo, producción de maquinaria, mientras que en otros dependiendo del nivel de calificación de su mano de obra pueden dedicarse a la elaboración de insumos o al ensamble, lo que lleva a una inversión diversificada condicionada a sus costos laborales regionales. De este modo el capital industrial puede dirigirse hacia países con nulo sistema de protección social. Ejemplos de esto son la fragmentación de proceso productivo a nivel mundial donde los países parecen luchar por mantener bajo el precio del factor trabajo, y parecer más atractivos, sucede en cuanto a manufacturas en México, China, el sudeste asiático y Centroamérica. Mientras que de mayor precariedad laboral en sectores textiles y de calzado (como Niké y Adidas) en la industria de la aguja en Haití y en regiones del África.

La competitividad no solo puede estar basada en el valor bruto del salario, sino en el monto del salario social. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el efecto de los costos unitarios, es decir, una vez agregados el costo de las cotizaciones y otro tipo de derechos laborales, influye en el precio de los bienes exportables, y por lo tanto de su participación en el mercado. Los subsectores más afectados son aquellos que poseen una alta intensidad del trabajo en la producción de bienes. Las cotizaciones más o menos representan a nivel global el 10% del salario, pero en aquellos subsectores con baja intensidad de capital pueden ver

reducidas sus ventas, en alrededor de un 7%, y no sucede con así con aquellos subsectores que utilizan cuyos costos de producción tienen una mayor proporción de maquinaria, transporte o recursos naturales, donde el incremento del costo unitario de 10% tiene una incidencia de casi cero en el participación de mercado.⁵⁴

Así entonces, la necesaria competitividad con otras regiones del mundo nos ha llevado a detener las demandas de prestaciones sociales en un intento por ser más atractivos en cuanto a costo de mano de obra. Así se puede notar una diferencia en cuanto a los consensos internacionales, por ejemplo de los objetivos de la creación de la OIT en 1919, donde el costo de la protección social tenía que ser asumida por todos los países miembros con el objetivo de evitar un *dumping* social⁵⁵ en el comercio, de este modo el acuerdo abarcó a casi toda la Europa Occidental para homologar sus prestaciones, por lo menos en cuanto a accidentes de trabajo. Sin embargo, pareciera ahora que el consenso global tendería a disminuir las prestaciones sociales por “onerosas” ya que parecen estar de acuerdo con las reformas políticas sanitarias residuales propuestas por el FMI y el BM.

2.4.1.3 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO.

Los nuevos acuerdos globales de ideas económicas se basan en el crecimiento basado en las exportaciones, esto requiere de cambios en visiones globales de salud. Estos son nuevos objetivos que se plantean de manera conjunta la OMS y la OMC estas nuevas recomendaciones sin embargo solo son focalizadas y su principal objetivo es el de evitar las externalidades como las enfermedades infecto-contagiosas y que como se sabe prevalecen en los países menos desarrollados.

En tales casos las acciones prioritarias recomendadas, como política a nivel nacional son las siguientes:

a) lucha contra las enfermedades infecciosas;

⁵⁴ Banco Interamericano de Desarrollo. (2001) *En competitividad: el motor del crecimiento: progreso económico y social en América Latina. Informe 2001.* (Estos valores son calculados para países de la OCDE y las cinco más grandes economías exportadoras de América Latina). Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 122.

⁵⁵ *La extensión a otros países europeos de los derechos de los trabajadores evitó el “dumping social “. Con esto se pretendió hacer un comercio más equitativo al limitar la entrada de bienes importados mucho más baratos basados en bajos costos laborales que no contemplaban las cuotas a la protección social.*

- b) inocuidad de los alimentos;
- c) lucha contra el tabaquismo;
- d) medio ambiente;
- e) acceso a medicamentos;
- f) servicios de salud;
- g) seguridad alimentaria y nutrición; y
- h) nuevas cuestiones (como la de la biotecnología).⁵⁶

En dicho estudio se revela que las enfermedades que hay que evitar para un buen desarrollo del comercio son entre otras: tuberculosis, viruela, salmonella y se pretende impedir que estas enfermedades provoquen una pandemia o infecciones a escala global lo que ocasionaría sanciones del resto de los países miembros.

Otro sentido sanitario es debido a la contaminación de los productos exportables, disminuyendo el riesgo de los pesticidas o transgénicos en los productos agrícolas. La inocuidad de los elementos las enfermedades que pueden contener los productos perecederos, la exportación de carnes congeladas, los productos agrícolas, en todas compete al país de origen dar un trato adecuado a la salud.

También se menciona que los países en desarrollo pueden beneficiarse del turismo sanitario⁵⁷, ya que dada las ventajas comparativas de la medicina tradicional, muchos extranjeros buscarían estas nuevas opciones de tratamiento y llevarían divisas a países con opciones sanitarias como la acupuntura, la herbolaria, etc.

En cuanto a nueva división internacional del trabajo se supone que la especialización es una buena fuente de divisas. Pero es necesaria una protección del gasto en conocimiento. Así al proteger el derecho de patentes se fomenta la investigación y desarrollo, que supondría en

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial del Comercio. (2002) Los acuerdos de la OMC y la Salud Pública, un estudio conjunto de la OMS y la secretaria de la OMC, Secretaría de la **OMC** . Pp. 26.

⁵⁷ *Ibidem*, Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial del Comercio (. “En un marco normativo adecuado, la liberalización del comercio puede contribuir a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios y/o a aumentar los ingresos en divisas. Por ejemplo, los hospitales financiados por inversores extranjeros pueden prestar determinados servicios no disponibles anteriormente. El sector sanitario de algunos países, como Tailandia y Jordania, actúa como centro regional de suministro que atrae a pacientes extranjeros, lo que puede generar empleo y aumentar los ingresos del país. Algunos países en desarrollo, en particular Cuba, Filipinas y la India, “exportan” personal médico y de enfermería, obteniendo así remesas de divisas y contribuyendo a subsanar carencias de esos servicios en los países receptores”. Pp. 27.

algunos casos el beneficio de la industria sanitaria local que se financia con el consumo externo principalmente de países ricos:

Con el incremento del comercio, se supone que finalmente los organismos gubernamentales de Seguridad Social se abastecen de producción de empresas privadas, ya que terminan demandando medicamentos, equipo quirúrgico. Así, el Estado se vuelve un mero actor asistencialista, en algunos casos inspector de sus bienes de exportación y finalmente como garante en cuanto a la protección intelectual de las patentes.

3 EL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO

3.1 LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO HASTA ANTES DE LA DÉCADA DE LOS OCHENTA

Durante el gobierno de Porfirio Díaz, a principios del siglo XX, las políticas estatales de salud estaban vinculadas a tomar medidas preventivas, gran parte de esas, eran de carácter asistencialista con un enfoque higiénico. Los primeros objetivos se centraban en zonas urbanas, se intentaba luchar contra la viruela, tuberculosis, tifoidea, malaria, paludismo, etc. Este tipo de afecciones se podían evitar con el simple hecho de disminuir el radio de influencia poniendo las personas en cuarentena, medidas de limpieza en fábricas, evitar escupir en los ferrocarriles, así como campañas de vacunación.

Solo algunos sectores industriales que se suponían más desarrollados: el de ferrocarrileros y un sector reducido de mineros, poseían prestaciones en caso de enfermedad. Para el resto; las demandas obreras se concentraban en jornada máxima de ocho horas, descanso en fin de semana, protección durante el embarazo, eliminar el trabajo infantil, mejorar condiciones de trabajo y responsabilidad del patrón en casos de accidentes de trabajo.

El acceso era limitado a la población trabajadora, si bien existían algunas asociaciones mutualistas como en la ciudad de Monterrey, donde existía el Gran Circulo de Obreros, y se podía acceder a atención médica y a pensiones con solo pagar un peso al mes, equivalente a casi dos días de salario mínimo de 1910, considerando que el promedio general era de 62 centavos al día en la zona norte. Lo cierto es que la cobertura era muy limitada, por ejemplo, esta organización llegó a tener 800 miembros en 1901⁵⁸ y aún así no era considerada una organización netamente trabajadora, sino que incluía, desde artesanos hasta empresarios.

⁵⁸ Rojas Sandoval, Javier. “El Gran círculo de Obreros de Monterrey, sucursal del Gran Círculo de Obreros de México, tuvo una vida muy prolongada; se tiene noticias de su actividad hasta los años veinte del siglo XX y llegó a contar con una membresía de 800 socios en 1901.” Pp. 135. Javier Rojas Sandoval. *La solidaridad comunitaria en Nuevo León durante el Porfiriato. Nuevo León en el siglo XX. La transición al mundo moderno, del Reyismo a la Reconstrucción (1885-1939)* Tomo I, 2007 Fondo Editorial Nuevo León. Pp. 135.

Hasta 1929, al igual que en los países industrializados, el desarrollo del Seguro Social inicio con una ley de protección en cuanto a accidentes de trabajo, donde la cuota era íntegramente cubierta por el patrón. Las primeras leyes de protección al trabajador tenían el carácter estatal, de modo que se instauraron por vez primera éstos regímenes, en el estado de México en 1904, en Nuevo León 1906, Yucatán en 1915 y después de plasmada en la Constitución de 1917, en el estado de Veracruz en 1918.

Es hasta después de 1929 cuando se reforma el artículo 123 de la Constitución fracción XXIX para quedar como sigue:

“Se considera de Utilidad Pública la expedición de la Ley del Seguro Social, que comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos”.

Mientras que en 1917 decía:

*“Se considera de Utilidad Social el establecimiento de cajas de seguro populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros fines análogos, por lo cual, tanto el gobierno federal como el de cada estado deben fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión social”.*⁵⁹

Con lo que se notan algunas diferencias, se pasa de la afiliación voluntaria propia de las cajas populares a la obligatoriedad vinculada al trabajo con el establecimiento del seguro, la ampliación del ramo de enfermedades, así como la aparición de tripartismo⁶⁰ al crear nuevos ramos de seguro adicional al de Riesgos de Trabajo, que como se sabe eran cubiertos íntegramente por el patrón y finalmente el intento de homologar las diversas leyes de protección que existían en cada uno de los estados para darles una apariencia nacional esto, al asumir la exclusividad de establecer reglamentos a los diputados para legislar en esta materia y promover la aparición de la Ley del Seguro Social.

⁵⁹ Dávalos, José. *La crisis de los sistemas contemporáneos de seguridad social*. En Estudios en homenaje al doctor Héctor Fix-Zamudio en sus treinta años de investigador de las ciencias jurídicas. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México 1988. pp. 929.

⁶⁰ El tripartismo es según la OIT la que “comprende todo tipo de negociaciones y consultas o, simplemente, el mero intercambio de información entre los representantes de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores, sobre cuestiones de interés común relativas a las políticas económicas y sociales” Ishikawa, Junko (2004) Aspectos clave del Diálogo Social Nacional: un documento de referencia sobre el Diálogo Social. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.

Al respecto se nos dice que en el Diario de Debates de la Cámara de Diputados del 25 de julio de 1929:

“ Por circunstancias especiales, se considera conocidas por todos, solo algunos Estados de la República han expedido leyes del trabajo, y estas tan desemejantes, disímbolas y a veces contradictorias... si se considera, que un número considerable de industrias por su propia naturaleza afectan la economía general del país, como la de transportes terrestres y marítimos, las mineras y las de hidrocarburos, y que deben estar sujetas a las mismas normas económicas y legislativas de producción, no se concibe que pudiera existen para ellas tantas leyes de trabajo como Estados tiene la república”⁶¹

Gran parte de la protección social así como el tipo de las prestaciones y de cuota dependía del tipo de empresa y de lo que se expresaba en cada contrato individual, por lo que no se tenía el carácter nacional, a lo mucho expresado en leyes estatales, en cuanto al ramo de accidentes de y enfermedades profesionales. Lo que podría llevar a un intercambio interestatal de forma desigual, debido a la diferencia del precio del factor trabajo entre las regiones del país, donde el valor de una misma mercancía marcaría una especie de *dumping social*.

El proceso para la formulación de la Ley del Seguro Social se da por la vía del dialogo tripartita. En el caso de las necesidades obreras, encontramos la representatividad de organizaciones de trabajadores nacionales como es el caso de la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM) que decía tener más medio millón afiliados entre los que se encontraban varios sindicatos pertenecientes a cada uno de los estados, así como de los sectores mineros, metalúrgicos, petroleros, textiles, construcción, hoteleros, electricistas, entre otros.

Otra parte del proceso se encuentra vinculada al Gobierno y finalmente a los patrones. El proceso de formación de la nueva ley, es descrita a continuación:

“Ya en el poder, Ávila Camacho firmó un decreto, el 2 de junio de 1942, para resolver la problemática de la seguridad social. Se dictaminó la formación de una comisión técnica, integrada por representantes de la Secretaría del Trabajo, Economía, Hacienda y Crédito Público, y con asistencia del Departamento de Salubridad. La Comisión reelaboró un nuevo documento donde trató de integrar los puntos fundamentales contenidos en los anteriores proyectos; ...El documento, cuya versión final quedó a cargo de la Secretaría del Trabajo, fue aprobado por los representantes de las Secretarías mencionadas y los de las organizaciones obreras: la CTM (Confederación de Trabajadores de México), el

⁶¹Diario de los Debates de la Cámara de Diputados de 25 de julio de 1929. *Exposición de motivos de la reforma constitucional de los artículos 73, fracción X y del preámbulo del artículo 123.* en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/69/pr/pr49.pdf>

*STMMSRM (Sindicato de Trabajadores Mineros, Metalúrgicos y Siderúrgicos de la República Mexicana), el STFRM (Sindicato de Trabajadores Ferrocarrileros de la República Mexicana), trabajadores textiles, petroleros y electricistas; también fueron aprobadas por el sector patronal representado por las Cámaras de Industria y Comercio, de Transportes y Comunicaciones, de la Industria Minera, la Confederación Patronal de la República y la Asociación Nacional de Electricidad. El Congreso de la Unión aprobó este proyecto el 29 de diciembre de 1942. Igualmente, por unanimidad, lo hizo la Cámara de Senadores. El 20 de enero de 1943.”*⁶²

En cuanto a la participación federal fue necesaria la elaboración de estudios actuariales, y su necesaria participación como mediador ante conflictos laborales que ponían en jaque constantemente la producción del país.

El otro lado de la negociación era representado por los patrones que se oponían a la nueva ley, ya que la parte que les correspondía aportar del 6% del salario, significaría necesariamente un incremento en los costos y con ello afectando el nivel de precios. La respuesta gubernamental fue:

*“Se ha afirmado con sobra de ligereza, que la contribución patronal para el Seguro Social elevará considerablemente los costos de producción industrial. Esto no es exacto. En 1940 los datos preliminares del Censo Industrial revelaron que el valor de la producción \$3,122,706,517 y el total de los salarios pagados ascendió a \$409,770,485; es decir los salarios representan el 13% de la producción. Considerando esta relación, el 6% del aporte patronal apenas significa un aumento en los costos de producción equivalente a 0.78%, lo cual es insignificante si se compara con las ventajas de carácter social que se derivan del establecimiento de este importante régimen de previsión”*⁶³

También se exponían los beneficios económicos, de modo que se argumentaba como una necesidad para cuidar el capital humano tanto como se hacía con el capital fijo, y al mismo tiempo mantener en crecimiento la oferta laboral del futuro al disminuir los porcentajes de muertes en los niños menores de 4 años que en aquellos años era del 20%.

⁶² Lopez, Virginia. (2008). El periodo de la unidad nacional y de la Segunda Guerra Mundial. *Historia de la CTM 1936-2006. El movimiento obrero y el estado mexicano*. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales/Facultad de Ciencias Políticas y Sociales/Facultad de Economía. Segunda edición, México

⁶³ Suárez, Patricia. (2007). *Historia de la Ley del seguro social: reformas, adiciones, modificaciones y derogaciones de 1943 a la fecha* (agosto 2006). Editorial Porrúa. México. pp. 127.

La cuota de aportación tripartita se formula entonces para los ramos de enfermedad, maternidad, vejez, pensiones, en un 12% del salario, tomando en un 50% a cargo patronal, y 50% distribuidos de manera igual entre trabajadores y Estado, en los ramos el de Invalidez y Vida, Seguro de Enfermedades no Profesionales y Maternidad, el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte, Desocupación y Pensiones, así como protección de parientes directos, viudas e hijos. Excepto el de accidentes y enfermedades laborales en donde se mantiene como desde el principio, con cuota íntegra a cargo del patrón.

Antes del llamado “milagro mexicano” la principal actividad económica del país era la agricultura y comienza a transformarse en industrial sobre todo durante el periodo de 1950-1970. Este proceso puede verse con las tasas de crecimiento más altas de su historia, por ejemplo la acumulación de los bienes de capital, tales como equipo mecánico, eléctrico, automotores y transportes con un promedio de crecimiento del 13.84% anual. Así también corresponde incrementos en la industria manufacturera de 21.1%, a productos agroquímicos, 17.32% petroquímicos, entre otros.

Respecto a la composición del empleo en 1950 había 1 319 163 personas laborando en el sector secundario, y para 1970 ya eran 2 973 540. Es decir se pasó de un 12.73% de la población ocupada a un 22.95%. Lo cierto es que dicho dinamismo solo afectó marginalmente a la población total ya que solo representaron el 5.12% en 1950 y el 6.17% en 1970. No obstante los beneficios en el IMSS son evidentes, así la población derechohabiente en el ámbito urbano, paso de representar el 3.8% en 1950 al 17.54% en 1970, y el número de asegurados tan solo en el ámbito urbano paso de del 1.45% de la población total a 5.75%.

Las prestaciones desde su fundación fueron en constante incremento, así para 1948 ya eran beneficiarios los familiares de los asegurados en el ramo de Enfermedades y Maternidad, los padres del asegurado (1957). En cuando a ayudas en dinero se elevó el monto de pensiones de viudez y orfandad y de riesgo laboral (1957). Pero también los requisitos para acceder a las prestaciones disminuyeron, por ejemplo, el número de semanas cotizadas para acceder a una pensión de invalidez vejez y muerte (1949) y para acceder a prestaciones de maternidad (1957).

El incremento del salario real determinaba el aseguramiento, cada vez más trabajadores veían mejorar sus ingresos, así en 1956, ganar más de \$50 diarios era prácticamente estar imposibilitado para el acceso, por lo que fue necesario agregar los nuevos grupos de cotización L, M y N. Más adelante en 1970, se amplió el límite superior a \$250 pesos diarios y se agregaron los nuevos grupos de cotización R, S, T y U. El hecho de que una gran cantidad de asegurados declarara salarios mayores eliminaba algunos grupos inferiores, así en 1956 se eliminaron A, B, C, y E y en 1970 E, F y G.

CUADRO III.1			
GRUPOS DE COTIZACION HASTA 1984			
GRUPO	MAS DE	PROMEDIO	HASTA
H		13.50	15.00
I	15.00	16.50	18.00
J	18.00	20.00	22.00
K	22.00	26.40	30.00
L	30.00	35.00	40.00
M	40.00	45.00	50.00
N	50.00	60.00	70.00
O	70.00	75.00	80.00
P	80.00	90.00	100.00
R	100.00	115.00	130.00
S	130.00	150.00	170.00
T	170.00	195.00	220.00
U	220.00	250.00	280.00
W	280.00		
FUENTE: SUÁREZ, PATRICIA. (2007). <i>HISTORIA DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL: REFORMAS, ADICIONES, MODIFICACIONES Y DEROGACIONES DE 1943 A LA FECHA (AGOSTO 2006)</i> . EDITORIAL PORRÚA. MÉXICO. PP. 620.			

Durante el periodo 1950-1970, se incrementaba el número de sindicalizados, en cierta forma apoyados por un Estado corporativista, de manera que las alianzas servían para obtener mayores derechos al mismo tiempo que se mantenían bajo control de la clase obrera, aun así en 1978, nueve de cada diez obreros sindicalizados poseían cobertura en el IMSS.⁶⁴

El crecimiento del IMSS iría en forma paulatina, estableciéndose primero en los grandes centros industriales. Durante los dos primeros años (1944 -1946) ya se otorgaban prestaciones en las zonas urbanas del Distrito Federal, Estado de México y Nuevo León, Guadalajara y Puebla. Hacia 1968 la ampliación del seguro ya abarcaba 480 municipios, el 100% de las comunidades con más de 100 000 habitantes, y el 83% de municipios con 30 000 habitantes.⁶⁵ Esto significaba la

⁶⁴Gonzalez, Pablo. *La clase obrera en la historia de México*, volumen 15. Siglo XXI Editores. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. México 1980. “la cantidad de afiliados permanentes al IMSS a agosto de 1978 alcanzaba 4 076 000 trabajadores de los cuales 3 620 000 están sindicalizados.” pp.129.

⁶⁵ Cuarto Informe de Gobierno 1968, Gustavo Díaz Ordaz. Pp. 237.

atención de 8 183 716 derechohabientes, donde el 87.65 % eran asegurados urbanos conformados por los cotizantes de esquema integral, continuación voluntaria, trabajadores eventuales y temporales.

El intento de otorgar las prestaciones más allá del ámbito urbano, se lograría en base a la incorporación al régimen obligatorio de trabajadores del campo, y otros sectores urbanos. La heterogeneidad en las formas de producción campesinas, (basadas en la forma de tenencia de la tierra, ya sea ejidales, pequeños agricultores o asalariados) así como el de artesanos, profesionistas independientes, trabajadores domésticos, en donde a falta de contratos dificultaban el registro de patrones, salario regular, días trabajados, duración del empleo, localización. Por lo que fue necesario expandir la cobertura mediante decretos presidenciales, estableciendo diversas modalidades.

En un primer momento la incorporación al régimen obligatorio para trabajadores agrícolas, correspondió únicamente a asalariados. El 29 de agosto de 1954 con un decreto del entonces presidente Adolfo Ruiz Cortínez, se introdujo en los estados de Baja California, Sonora y Sinaloa cuyo sistema agrícola es altamente productivo y con orientación capitalista, Pero también comprendía a los asalariados que se encontrasen en los ejidos o pequeños propietarios.

Al respecto se nos dice que:

“El ensayo se realizó en 13 municipios de mayores extensiones agrícolas, variedad de cultivos y tecnificación de los procesos que además contaban riego rodado y presas de abastecimiento o pozos profundos, créditos bancarios estatales y privados, subsidios para algunos cultivos, compra de futuro de cosecha y una suficiente red de caminos”⁶⁶.

Otra forma de implantar el sistema tripartita se da en la industria cañera así desde 1963 hasta 1970, se diseñó en un sistema de cuotas al valor agregado, tomando como base el proceso de producción de la azúcar como bien final, de modo que el financiamiento se estableció en regímenes de cuotas de responsabilidad total en el caso de Accidentes y Enfermedades Profesionales, para los industriales del azúcar el 50% y el resto se repartía en partes equitativas entre productor de caña o campesino y el Estado, mientras que para el resto de los ramos, solo aportaron los patrones.

El sistema tripartita se origina en base a la posibilidad de establecer un relación laboral asalariado y patrón, no obstante algunas diferencias en la tenencia de tierra, dificultan este

⁶⁶ Yllanes, Fernando. *La ley del seguro social mexicano; prestaciones, financiamiento y beneficios logrados*. Revista Jurídica, número 8, 1976. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana, Pp. 518.

registro, así los esfuerzos por ampliar la contribución se harían al determinar cómo patrones al Fondo Nacional de Fomento Ejidal en 1976 (con la modificación al artículo 23), así como a las uniones de crédito, grupos solidarios ó bien incorporando a los cañeros a la Unión Nacional de Productores de Azúcar, S. A. de C. V.⁶⁷

Este tipo de sectores no tiene gran problema, ya que suponen una forma de empleo fijo, no así en otros sistemas de producción rurales cuyas actividades dependen de temporadas, en tales casos los trabajadores pueden dedicarse exclusivamente a sembrar o cosechar, en los lapsos de paro laboral pueden dedicarse a otras actividades, ser empleados en forma eventual con otro patrón, o bien migrar a la ciudad y dedicarse a la construcción, comercio etc.

Ante el problema de los días cotizados, por decreto del presidente Adolfo López Mateos, en 1960 entraría en vigor el Reglamento del Seguro Obligatorio de los Trabajadores Temporales y Eventuales que incorpora a los trabajadores estacionales del campo, estableciéndose como mínimo las labores de un bimestre e iniciando en los estados de Baja California, Colima, Chiapas, Chihuahua, Sonora y Tamaulipas entre otros.

También se abrió el concepto de incorporación voluntaria al régimen obligatorio, en el capítulo VIII de la LSS de 1973, se hace llegar la atención hacia sectores no asalariados y urbanos; ya sea trabajadores domésticos, artesanos, profesionistas independientes, comerciantes al menudeo, patrones como personas físicas, etc. La forma de acceso sería determinada cuotas bimestrales con opción a plazos y en prestaciones en especie de solo un ramo; el Seguro de Enfermedades y Maternidad con posibilidades de integrar cuotas voluntarias para los demás ramos.

En la década de los setenta, la forma final de extensión se da en el sentido de solidaridad. En cuanto a cuotas; la ausencia de aportaciones patronales, de aportaciones de simbólicas para los asegurados y de financiamiento principal derivado del Gobierno Federal. En el ámbito laboral, a principios de la década de los setenta se da el caso de la incorporación de los trabajadores ixtleros, cuya cuota es en especie se estimó con un valor del 50%, un 25% a cargo del Instituto y el resto por el Estado.

El auge petrolero permitía que los ingresos públicos aumentasen sin precedente, así durante el periodo 1979-1981, estos porcentajes de ingresos derivados del petróleo ya representaban el 24.4% y de 30.5%. Lo que permitía márgenes de gasto sin precedentes. Con ello la política social se vería apoyada por incrementos en el presupuesto para ampliar la cobertura hacia la población abierta. En 1978 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), cuyos recursos eran en su totalidad estatales y

⁶⁷ Trueba Urbina. La nueva Ley del Seguro Social (1973). Editorial Trillas, México.

bajo la administración del IMSS así como la utilización de su infraestructura y su personal médico. A finales de la década de los setenta, ya se tenía como política de salud, la asistencia, enfocada a aspectos preventivos, el mejoramiento en el ambiente de la localidad, agua potable, drenaje, construcción de casas, y en otros.

3.2 EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL CONTEXTO ECONÓMICO NEOLIBERAL

3.2.1 INTRODUCCIÓN

La década de los ochenta significó un cambio en la política económica. La principal causa fue el sobreendeudamiento estatal que ante una caída en los precios del petróleo, el gobierno vio mermada una de sus principales fuentes de divisas: el dólar, lo que llevó a un incumplimiento de obligaciones en moneda extranjera por el incremento de los tipos de interés, dicha moratoria trajo como consecuencia el cierre a créditos externos y devaluaciones del peso en 1982. Por lo que fue necesario establecer reformas que permitiesen una gran entrada de capitales.

Las nuevas herramientas de ajuste se encontraron en la política fiscal, monetaria y comercial. En cuanto a política fiscal se optó por una reducción en el déficit público primario al disminuir los niveles de gasto principalmente el programable, corriente y de inversión⁶⁸ e iniciar la privatización de empresas paraestatales. “En política monetaria se optó por una disminución de la base monetaria, renegociación de la deuda externa y diversificación del mercado monetario”.⁶⁹ En política comercial se inclinaron por una disminución de aranceles y la firma de diversos tratados comerciales desde 1986.

⁶⁸ Hacia 1984 para hacer frente a los pagos por servicio de deuda externa el entonces Miguel de la Madrid Hurtado en los dos primeros años de su Gobierno había reducido la inversión pública en 40% y el gasto corriente en 16%. *Segundo Informe de Gobierno Miguel de la Madrid Hurtado*. México 1984.

⁶⁹ Monserrat Huerta, Heliana y Chávez Presa, María Flor. (2003). *Tres modelos de política económica en México durante los últimos sesenta años*. Revista Análisis Económico. Universidad Autónoma Metropolitana. No.37. Vol. XVIII, Primer Semestre, pp. 67- 68.

Esta nueva fase se denomina liberalismo económico. Es en éste contexto los nuevos motores de crecimiento tenían que ser las exportaciones y la Inversión Extranjera Directa (IED) dirigida principalmente a los sectores manufactureros mexicanos, ambos fines, sin embargo, requieren de bajos costos salariales que les permita una mayor competitividad, pero cuyo efecto puede ser contraproducente para la sustentabilidad de los Seguros Sociales ya que puede afectar el empleo formal y el valor del salario.

Sin embargo es necesario tener saldos positivos en la balanza comercial. Es decir que las importaciones sean menores que las exportaciones. En cuanto a las importaciones, la liberalización comercial juega un papel importante: la disminución de aranceles disminuye los precios de los bienes importados lo que se traduce en supuestos beneficios para el consumidor nacional. Por el lado de las exportaciones se requiere vender más, para esto es son necesarios precios bajos y cuyo costo de producción son basados salarios bajos como única ventaja comparativa.

3.2.2 SALARIOS Y EMPLEOS BAJO EL CONTEXTO INFLACIONARIO

Durante la década de los ochenta se observaron importantes incrementos en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), la Tasas Media de Crecimiento (TMC) fueron de 66.16%, esto afectó el valor de los ingresos de los trabajadores, así las remuneraciones a asalariados como participación del PIB representaban el 35.21% en 1982, hacia 1984 ya habían disminuido a 29.37%. Esta pérdida del poder adquisitivo del sector laboral repercutiría en los ingresos del IMSS cuya relación con el PIB bajó de 2.22% en 1982 a 1.83% en 1984.

Al ser mas dinámico el incremento en los precios que en los salarios se presentó la precarización de los grupos de cotización, especialmente en aquellos que declaraban al menos tres salarios mínimos, se observaba que así en 1981 el 61% ganaba al menos tres salarios mínimos pero para 1982 este porcentaje se incrementó a 88.85% y para 1986 había subido a 90%, esta tendencia en la inflación obligó a hacer reformas en el artículo 34 en diciembre de 1984, eliminando los obsoletos grupos de cotización. M, N, O, P S, T, U ya que ninguno ganaba menos de 280 pesos diarios desde 1982, (grupo de cotización W).

La inflación tiene la particularidad de distorsionar las prestaciones en el futuro En el periodo 1982-1988, se tuvo un incremento en asegurados permanentes de 38.64%, sin embargo al hacerse un cálculo del total de los ingresos por asegurado en pesos constantes 2002=100, (cabe

hacer notar que no existía el seguro facultativo),⁷⁰ se puede observar que ante el desplome de la economía en 1982 los recursos por asegurado tuvieron una disminución en un año de cerca del 22.93% de su valor real, es decir pasaron de ser 12 747.81 pesos en 1981 a 9 824 pesos en el año 1982, esta tendencia tocaría su punto más bajo en 1987 cuando se llegó a 4 964.98 pesos. Este incremento en los asegurados significó una mayor demandad de atención médica, mas erogaciones por derechohabiente, en cuanto a gastos, el porcentaje de las prestaciones en especie se incrementó de 48.34% en 1982 a 54.09% en 1988, mientras que las prestaciones de dinero pasaron de 15.16% a 18.81%.

Como los ingresos se transforman rápidamente en consumo, en algunos casos las tasas mensuales de inflación podían erosionar rápidamente el valor de las aportaciones. Puede notarse, en el caso de las pensiones, en donde la cuota para el antiguo ramo de Cesantía Vejez y Muerte en su artículo 177 de la LSS de 1981, donde el grupo de cotización N se comprendía con un salario diario promedio de entre \$50 y \$60, le correspondía al patrón aportar con \$15.75 y al trabajador con \$6.30, pero en tan solo 18 meses ya habían perdido el 53.77% de su valor.⁷¹

A diferencia de los casos de pensiones, en donde los ingresos se convierten rápidamente en consumo, en el ramo de Enfermedades y Maternidad, las aportaciones en el año inicial pueden no convertirse de manera inmediata en medicamentos, consultas, diagnostico, intervenciones quirúrgicas, sobre todo si uno no se encuentra enfermo este año, pero es posible que al segundo año se incremente la probabilidad de enfermar, en el tercero más y así sucesivamente, esto bien puede ocasionar una pérdida del valor futuro de las aportaciones al momento de adquirir una atención sanitaria.

Ante esta situación partir de 1985, se emplearon políticas de contención de gastos, las políticas implementadas exigían, la modernización administrativa, la facilidad de trámites, la descentralización del gasto, y demás instrumentos que seguirían aplicándose de manera especial durante la década de los noventa.

⁷⁰El seguro facultativo es promulgado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio de 1987, con ello se le da el carácter de asegurado al IMSS a todo estudiante inscrito en cualquier plantel educativo oficial, incluyendo los autónomos. Con ello tiene derecho a las prestaciones en especie del SEM que son; asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. Cabe hacer notar que las cuotas son cubiertas en su totalidad por el Estado.

⁷¹ Los datos han sido ponderados con el INPC 2002=100, que en julio de 1981 era de 0.1420, para diciembre de 1982 ya era de 0.3140 (INPC de Banxico)

3.2.3 LA POLÍTICA MONETARIA SALINISTA Y SUS EFECTOS EN EL IMSS

Hacia finales de los ochenta la baja en el nivel de Índice Nacional de Precios al Consumidor se explica entre otros factores; con la disminución de aranceles de bienes importados y los efectos de la firma del Pacto de estabilidad crecimiento económico (PACTO). La política monetaria durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari resultó en un éxito temporal ya que las altas tasas de interés permitieron una gran entrada de flujo de capitales que mantenían un peso sobrevaluado. Esto permitió que se recuperase el poder adquisitivo del salario, que aunque no fue suficiente para recuperar la pérdida en el precio de los medicamentos (Cuadro III.2), los ingresos del Instituto se vieron mejorados con el incremento en la prima del SEM que paso del 9% al 12% en 1989. Lo que permitió superávits en los años de 1989, 1990 y 1993.

CUADRO III.2					
PODER ADQUISITIVO DEL SALARIO MÍNIMO GENERAL (SMG) EN TÉRMINOS DEL ÍNDICE NACIONAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOS E ÍNDICE PRECIOS DE MEDICAMENTOS					
AÑO	SALARIO MÍNIMO GENERAL	INPC general (NUEVA SERIE ENE2011. BASE 2Q DIC 2010)	INPC MEDICAMENTOS (NUEVA SERIE ENE2011. BASE 2Q DIC 2010)	SALARIO MINIMO GENERALREAL	
				INPC	MEDICAMENTOS
1982	318.28	0.22	0.10	147.01	223.89
1989	8 306.03	9.87	4.89	84.12	201.86
1994	13.97	19.73	11.07	178.19	178.19
				TMC	
				1982-1989	-7.67%
				1989-1994	16.20%
					-1.47%
					-2.46%

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN ESTADÍSTICAS HISTÓRICAS DE MÉXICO, INEGI E IMSS

La mejora en los Ingresos también se observó por cada trabajador. A diferencia de lo ocurrido en el periodo de 1982-1989 cuando los asegurados crecieron a una TMC de 6.48% y los ingresos totales por cada trabajador asegurado disminuyeron de \$19,650.41 a \$18,366.9. Para el intervalo de 1989-1994, se observa una mejora de los Ingresos per cápita del instituto (\$24,303.64) aunque con menor TMC de afiliación (0.49%).

El otro efecto deseado de la política monetaria eran la atracción IED para incrementar el empleo formal, sin embargo como se vio en el anterior Cuadro (III.3), existió un estancamiento (TMC de 0.49%). El ejemplo más claro se puede observar en la Industria de la transformación, ya este sector recibía el 58% de la IED en 1994. Aun así, la tasas de aseguramiento anual parecen ser las

mas bajas entre los años 1980 y 2000 (Cuadro III.4). Ya para el periodo de 1989-1994 todos los grupos presentaron TMC negativas excepto fabricación y ensamble de maquinaria, equipos, aparatos, accesorios y artículos eléctricos, electrónicos y sus partes, fabricación de alimentos, fabricación de prendas de vestir y otros artículos confeccionados con textiles y otros materiales, excepto calzado y fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo. Lo cierto es que también es posible que la mayor parte de estos se hayan destinado a la modernización de la planta productiva ante la entrada del TLCAN.

CUADRO III.3				
INVERSIÓN EXTRANJERA DIRECTA POR DESTINO ECONÓMICO, 1989 y 1994				
(Millones de dólares)				
	AÑOS		PORCENTAJE DEL TOTAL	
	1989	1994	1989	1994
POR DESTINO ECONÓMICO				
TOTAL IED	2,499.70	10,169.60	100%	100%
INDUSTRIA DE LA TRANSFORMACIÓN	982.40	5,889.50	39%	58%
SERVICIOS	1,102.20	2,929.50	44%	29%

FUENTE INEGI. ESTADÍSTICAS HISTÓRICAS DE MÉXICO TOMO I CUADRO 16.6 PP 622

CUADRO III.4						
ASEGURADOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA, 1982-1994						
	1982	1984	1989	1994	TMC 1982- 1989	TMC 1989- 1994
TOTAL	5,541,747	5,698,966	8,601,179	8,385,576	6.48%	0.49%
AGRICULTURA GANADERIA SILVICULTURA Y PESCA	545,952.00	239,030	466,474	409,016	-2.22%	-2.59%
INDUSTRIAS DE LA TRANSFORMACION	2,072,267.00	2,345,246	2,876,461	2,956,506	4.80%	0.55%
INDUSTRIAS EXTRACTIVAS	79,932.00	87,395.00	84213	65895	0.75%	-4.79%
CONSTRUCCION	107,748.00	123,118	188,458	291,342	8.31%	9.10%
INDUSTRIA ELECTRICA Y CAPTACION Y SUMINISTRO DE AGUA POTABLE	83,197.00	85,868	89,540	110,147	1.06%	4.23%
COMERCIO	1,111,753.00	1,226,626	1,471,439	1,776,286	4.09%	3.84%
TRANSPORTES Y COMUNICACIONES	369,585.00	380,987	441,057	499,453	2.56%	2.52%
SERVICIOS PARA EMPRESAS PERSONALES Y EL HOGAR	1,171,313.00	981,118	1,395,085	1,737,476	nd	4.49%
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES		229,600	708,712	967,155	nd	6.42%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN MEMORIA ESTADÍSTICA IMSS 1996.

Finalmente el flujo de capitales tenía otro componente que era la inversión en deuda gubernamental, está que tenía que ser pagada en dólares (Tesobonos)⁷². Esta inversión especulativa terminó por agotar las reservas del Banco de México, lo que condujo posteriormente a una devaluación drástica del peso.⁷³ Los efectos fueron inmediatos: los cotizantes cayeron en 4.85% y las Cuotas Obrero Patronales per cápita presentaron niveles similares a las presentadas en 1989.

3.2.4 EFECTO DEL COMERCIO INTERNACIONAL

El comercio aparece formulado en donde el beneficio aparece en el intercambio de habilidades, es decir, se venden aquellos bienes que son relativamente fáciles de producir y se compran bienes que tienen alguna dificultad en su elaboración. De modo que si un bien A cuestan menos horas de trabajo en un país X pero cuestan mas horas de trabajo en un país Y, sería mucho mas eficiente para el país A vender el bien X y comprar el bien Y que producirlo el mismo y viceversa para el país B. El intercambio visto así logra un incremento de bienestar global.

La apertura comercial en si impulsaría la industrialización en México, los nuevos mercados estimularían la producción de industrias nacientes y poco desarrolladas. Los sectores que se encuentran vinculados al sistema exportador son las ramas de industria de la transformación, mientras que el resto solo comprenden al sector que no es exportable, por ejemplo; el de la construcción, servicios personales y comunales, así como de bancos.

Desde la década de los ochenta por lo menos, las principales ramas exportadoras han sido petróleo, la electrónica y la automotriz, industrias con alto valor agregado. La firma de tratados comerciales aprovecharía las ventajas comparativas del abundante factor trabajo y la exportaciones de bienes intensivos en trabajo (casi artesanales o maquiladoras) como la industria textil, calzado bienes agrícola, etc.

En los ochenta en México, los incrementos en el tipo de cambio disminuían los costos laborales, por ejemplo afirmaba en los ochenta que el bajo costo del salario parecía una

⁷² Los Tesobonos fueron deuda gubernamental de corto plazo (menos de un año) contraída en dólares, el objetivo era financiar el déficit en cuenta corriente, explicado principalmente por el deterioro en la balanza comercial.

⁷³ Las reservas bajaron de 12,470.9 millones de dólares en noviembre de 1994 a 6,148.2 en diciembre de ese mismo año para terminar en 3,483.3 en enero de 1995. En 1994 los pesos por dólar eran de 3.93 promedio en diciembre, ya hacia enero de 1995 llegó a 5.51 y para diciembre de ese mismo año término en 7.66 pesos por dólar.

oportunidad para abrir el sector comercial ya que ofrecían una ventaja para poder intercambiar bienes manufacturados. Los primeros de años de 1982 a 1989, parecían confirmar esto.

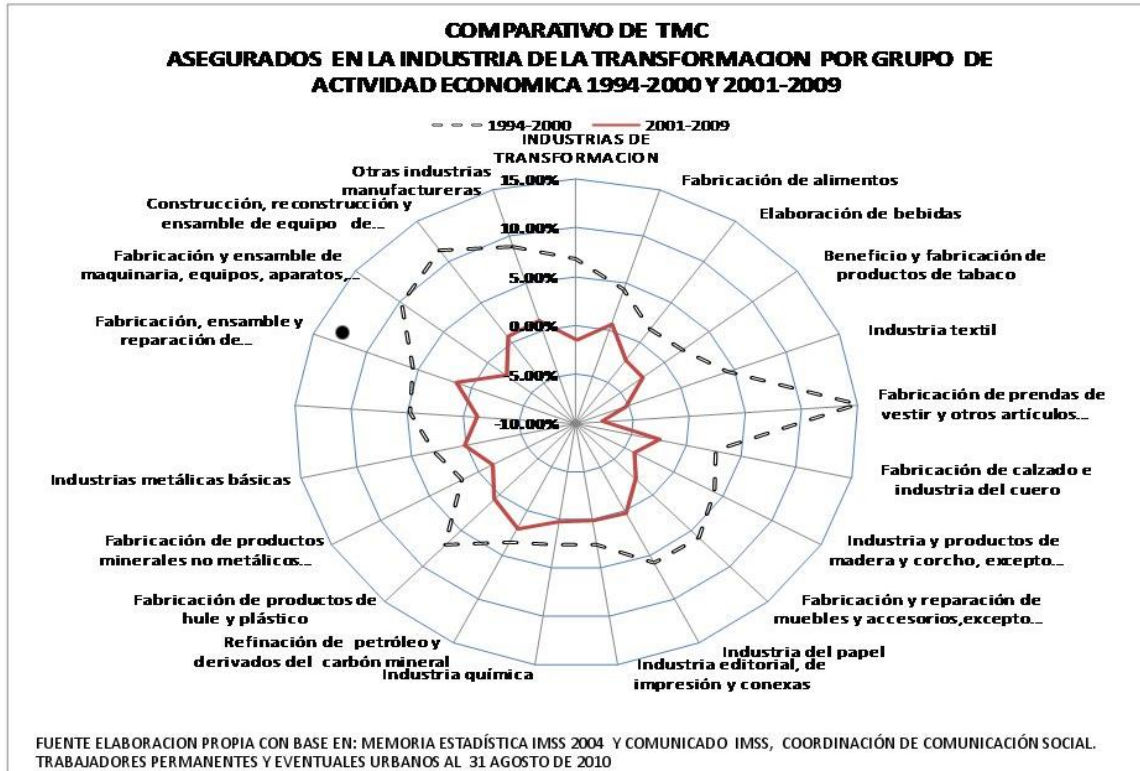
Este nivel de competitividad parecía una ventaja en el comercio, y aunque este bajo valor del salario suponía un ajuste temporal, se consideraba como factor de atracción de capitales, y que con el tiempo se elevaran los salarios y el empleo formal, llevando a una tendencia de homologación de ingreso de los trabajadores mexicanos con los vecinos del norte. Estos factores fueron decisivos para que México entrara al GATT en 1987 y posteriormente se incorpora al TLCAN en 1994, así como la firma de otros tratados de libre comercio.

El efecto de la apertura comercial sin embargo puede comprender dos periodos la primera con efectos positivos en donde México comienza a convertirse en el principal proveedor de los Estados Unidos (1994-2000) y el segundo periodo cuando entran otros competidores (2001-2009).

3.2.5 EL CONTEXTO POSTERIOR A LA FIRMA DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA DEL NORTE

El sector que tradicionalmente había aportado mayores registros por personas ocupadas ha sido el Industrial. El siguiente *radian* (Gráfica III.2) nos ofrece una idea de las diferentes TMC que hay entre el auge del TLCAN y la entrada de nuevos competidores a partir del 2001. La línea punteada nos indica el periodo de 1994-2000, mientras que la línea continua para el intervalo de 2001-2009. Es obvio que las TMC del primer periodo son mucho más altas que las del segundo. Entre los años de 1994 y 2000 existen altas tasas de aseguramiento en sectores de bajo y alto valor agregado que van desde la Industria del vestido hasta la Industria automotriz y electrónicos.

GRAFICA III.2



Después del año 2001 ha comenzado una desaceleración en el aseguramiento de los trabajadores de la Industria de la Transformación. La descripción en la siguiente tabla nos ofrece los siguientes datos: en cuanto al total, pasó de tener una TMC positiva de 6.85% en el periodo de 1994-2000 a un tasa de crecimiento negativa de -1.40% para el intervalo de 2001-2009.

**CUADRO III.5
 ASEGURADOS EN LA INDUSTRIA DE LA TRANSFORMACIÓN POR GRUPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA,
 1994-2009**

ACTIVIDAD	AÑOS				TMC	
	1994	2000	2001	2009	1994-2000	2001-2009
INDUSTRIAS DE LA TRANSFORMACIÓN	2,956,506	4,398,870	3,922,323	3,504,165	6.85%	-1.40%
Fabricación de alimentos	403,011	519,877	506,758	530,587	4.34%	0.58%
Elaboración de bebidas	141,576	156,454	153,060	127,129	1.68%	-2.29%
Beneficio y fabricación de productos de tabaco	6,184	6,975	5,391	4,394	2.03%	-2.52%
Industria textil					4.36%	-5.28%

	130,109	168,052	150,001	97,207		
Fabricación de prendas de vestir y otros artículos confeccionados con textiles y otros materiales,	276,669	639,779	528,798	277,498	14.99%	-7.74%
Fabricación de calzado e industria del cuero	114,140	133,721	122,056	100,276	2.67%	-2.43%
Industria y productos de madera y corcho, excepto muebles	44,807	57,166	49,074	35,328	4.14%	-4.02%
Fabricación y reparación de muebles y accesorios, excepto los de metal y de plástico moldeado	67,931	96,775	92,412	76,678	6.08%	-2.31%
Industria del papel	57,504	81,278	81,936	83,803	5.94%	0.28%
Industria editorial, de impresión y conexas	117,339	137,537	136,266	136,648	2.68%	0.03%
Industria química	194,733	228,291	216,890	220,935	2.69%	0.23%
Refinación de petróleo y derivados del carbón mineral	5,502	6,816	6,253	7,351	3.63%	2.04%
Fabricación de productos de hule y plástico	152,984	230,684	214,299	225,434	7.08%	0.64%
Fabricación de productos minerales no metálicos excepto del petróleo y del carbón mineral	130,595	144,296	133,775	119,562	1.68%	-1.39%
Industrias metálicas básicas	66,532	79,212	68,669	69,573	2.95%	0.16%
Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	270,650	357,301	319,530	291,224	4.74%	-1.15%
Fabricación, ensamble y reparación de maquinaria, equipo y sus partes; excepto los eléctricos	74,810	102,989	93,794	105,044	5.47%	1.43%
Fabricación y ensamble de maquinaria, equipos, aparatos, accesorios y artículos eléctricos, electrónicos y sus partes	413,321	721,747	532,132	449,243	9.74%	-2.09%
Construcción, reconstrucción y ensamble de equipo de transporte y sus partes	202,249	386,452	375,492	399,069	11.40%	0.76%
Otras industrias manufactureras	85,860	143,468	135,737	147,182	8.93%	1.02%
FUENTE: MEMORIA ESTADÍSTICA IMSS 2004 Y COMUNICADO IMSS, COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL. TRABAJADORES PERMANENTES Y EVENTUALES URBANOS AL 31 AGOSTO DE 2010						

Los primeros seis años después de la firma del TLCAN sirvieron de auge en la afiliación de los trabajadores para todas las actividades (excepto en la Agricultura). Durante el periodo de 1994-2000 se obtuvieron TMC de 6.10%, muy altas comparadas con las registradas en el periodo de 2001-2009 que fueron del 1.63% anual. Después del 2001 los efectos expansionistas de una economía abierta son muy limitados, como puede observarse en el siguiente Cuadro (III.6), los trabajadores asegurados en la Industria de la Transformación decrecen a una TMC de -1.40% lo mismo sucede con otras actividades vinculadas prácticamente al comercio externo como son los Transportes y Comunicaciones, que aunque con TMC positiva de 1.68%, su representación proporcional apenas pasó de 1.05% en 1994 a 0.81% del total de trabajadores.

CUADRO III.6						
TRABAJADORES ASEGURADOS IMSS 1994-2009						
ACTIVIDAD	AÑOS				TMC	
	1994	2000	2001	2009	1994-2000	2001-2009
TOTAL	8,813,276	12,570,612	12,196,323	13,881,271	6.10%	1.63%
AGRICULTURA GANADERIA SILVICULTURA Y PESCA	409,016	398,309	413,444	339,862	-0.44%	-2.42%
INDUSTRIAS EXTRACTIVAS	65,895	67,856	65,174	103,655	0.49%	5.97%
INDUSTRIAS DE LA TRANSFORMACION	2,956,506	4,399,000	3,922,000	3,504,165	6.85%	-1.40%
CONSTRUCCION	291,342	912,251	862,699	1,042,572	20.95%	2.40%
INDUSTRIA ELECTRICA Y CAPTACION Y SUMINISTRO DE AGUA POTABLE	110,147	142,912	146,383	129,747	4.44%	-1.50%
COMERCIO	1,776,286	2,321,605	2,379,692	2,905,026	4.56%	2.52%
TRANSPORTES Y COMUNICACIONES	499,453	654,317	653,705	747,140	4.60%	1.68%
SERVICIOS PARA EMPRESAS PERSONALES Y EL HOGAR	1,737,476	2,415,439	2,424,291	3,373,275	5.64%	4.22%
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	967,155	1,258,923	1,328,935	1,735,829	4.49%	3.40%
FUENTE. MEMORIA ESTADÍSTICA IMSS 2004 Y COMUNICADO NO 122. IMSS COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL. VIERNES 3 DE SEPTIEMBRE DE 2010.						
NO SE INCLUYEN OTROS GRUPOS DE ASEGURADOS COMO SON SEGURO FACULTATIVO COLECTIVO, SEGURO FACULTATIVO INDIVIDUAL, ESTUDIANTES, CONTINUACIÓN VOLUNTARIA, TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y NO IDENTIFICADOS.						

Las compensaciones por estas pérdidas, se encuentran en aquellas actividades dedicadas a producir bienes no transables o actividades no vinculadas directamente con la apertura comercial, como son, Servicios para Empresas Personales y el Hogar, Servicios Sociales y Comunes y Construcción, cuyas representaciones del total se incrementaron de 19.71% a 24.30%, de 10.97% a 12.50% y de 3.31% a 7.51% respectivamente entre los años de 1994 y 2001. Lo que muestra un cambio en la estructura laboral, es decir una predominancia del sector terciario. Esto bien puede representar consecuencias ya que la densidad de cotizantes es mayor en el sector secundario que en el resto.

CUADRO III.7 REPRESENTACIÓN DE PROPORCIONAL ASEGURADOS				
ACTIVIDAD	1994	2000	2001	2009
AGRICULTURA GANADERÍA SILVICULTURA Y PESCA	4.64%	3.17%	3.39%	2.45%
INDUSTRIAS EXTRACTIVAS	0.75%	0.54%	0.53%	0.75%
INDUSTRIAS DE LA TRANSFORMACIÓN	33.55%	34.99%	32.16%	25.24%
CONSTRUCCIÓN	3.31%	7.26%	7.07%	7.51%
INDUSTRIA ELÉCTRICA Y CAPTACIÓN Y SUMINISTRO DE AGUA POTABLE	1.25%	1.14%	1.20%	0.93%
COMERCIO	20.15%	18.47%	19.51%	20.93%
TRANSPORTES Y COMUNICACIONES	5.67%	5.21%	5.36%	5.38%
SERVICIOS PARA EMPRESAS PERSONALES Y EL HOGAR	19.71%	19.21%	19.88%	24.30%
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	10.97%	10.01%	10.90%	12.50%
FUENTE. MEMORIA ESTADÍSTICA IMSS 2004 Y COMUNICADO NO 122. IMSS COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL. VIERNES 3 DE SEPTIEMBRE DE 2010.				
No se incluyen otros grupos de asegurados como son Seguro Facultativo Colectivo, Seguro Facultativo Individual, Estudiantes, Continuación voluntaria, Trabajadores independientes y No identificados.				

La diferencia en el dinamismo del aseguramiento en la Industria de la Transformación es explicada a partir de la recesión de Estados Unidos de América en el 2001 y la crisis de finales

de 2008, así como la entrada de nuevos competidores en el mercado estadounidense, de este modo, el más afectado ha sido el grupo de Fabricación de prendas de vestir y otros artículos confeccionados con textiles y otros materiales, que de tener una tasa de crecimiento anual del 14.99% en el periodo 1994-2001, ha registrado una TMC del -7.74% derivado de “la entrada de China a la OMC, y la competencia por el mercado externo con países de Centroamérica y del sudeste asiático”⁷⁴ y que parece también afectar otros grupos de bajo valor agregado como son: la Industria textil, Industria y productos de madera y corcho, excepto muebles y la Fabricación de calzado e industria del cuero. También existe un estancamiento en Construcción, reconstrucción y ensamble de equipo de transporte y sus partes, y una caída en Fabricación y ensamble de maquinaria, equipos, aparatos, accesorios y artículos eléctricos, electrónicos y sus partes, esto en parte se debe posible que sea debido a la tendencia en la diversificación de exportaciones de Chinas, y que están escalando en competencia hacia sectores de mayor valor agregado como son la Industria química, electrónica, maquinaria y automotriz.⁷⁵

Otro factor es la caída de la actividad Industrial de Estados Unidos. Al contraerse la demanda externa, la producción interna se paraliza y es necesario esperar a comience el ciclo de recuperación de consumo externo. En México la Industria, tiene una fuerte correlación con el consumo de bienes finales y la actividad Industrial de Estados Unidos ya que es destino del 80% de nuestras exportaciones, ésto explica según el IMSS la caída en los cotizantes de los años 2001 y 2008.⁷⁶

3.2.6 CAMBIOS EN LA FORMA DE PRODUCCIÓN

Una economía abierta exige competitividad ya que la exportación de bienes implica ventas al sector externo del factor abundante, en nuestro caso es el trabajo. En la medida que los precios de los bienes transables se igualan, supone lo mismo con el precio de los factores de la producción, por lo que los salarios tenderán a ser iguales entre países competidores. Debido a la poca viabilidad de disminuir los ingresos de los trabajadores se ha optado por cambiar la forma

⁷⁴ Enrique Dussel Peters.(2008). Hacia un programa de emergencia para el sector productivo. Facultad de Economía. UNAM. En sitio web:

http://www.economia.unam.mx/eopina/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=1

⁷⁵ Guzmán Alenka y Toledo Alejandro. (2005) *Competitividad manufacturera de México y China en el mercado estadounidense*. Revista Economía UNAM vol. 2 núm. México, enero.pp. 111.

⁷⁶ IMSS Coordinación de Comunicación Social. *Comunicado No 122*. Viernes 3 de septiembre de 2010.

de producción, de pasar de grandes unidades en donde se llevaba a cabo todo el proceso de producción, se ha optado por contratar pequeñas filiales que realizan actividades marginales que complementan con insumos como pequeños circuitos, aceites, lubricantes, o mano de obra o bien como servicios de limpieza, vigilancia, call centers, etc a las grandes empresas. Llevando a una proliferación de PYMES.

Estos nuevos cambios en las formas de producción en donde una gran empresa contrata pequeña filiales, puede llevar a un estancamiento en la población cotizantes. Como se observa en el siguiente Cuadro (III.8), en la medida en que disminuye el tamaño del establecimiento, se restringe también la probabilidad de estar asegurado.

CUADRO III.8			
POBLACION COTIZANTE PERMANENTE IMSS Y POBLACION OCUPADA SEGÚN TAMAÑO DE ESTABLECIMIENTO EN EL 2009			
(MILES)			
TAMAÑO DE ESTABLECIMIENTO	COTIZANTE PERMANENTE	POBLACION OCUPADA	COTIZANTES / POBLACION OCUPADA
DE 1 A 10	1,966.14	26,835.80	7.33%
DE 11 A 50	2,478.88	6,138.40	40.38%
DE 51 O MAS	8,809.82	10,370.20	84.95%
TOTAL	13,254.84	43,344.40	30.58%
FUENTE : ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN DATOS DE COMISIÓN NACIONAL DE SALARIOS MÍNIMOS (CONASAMI), CUADROS DE POBLACIÓN ASALARIADA COTIZANTE PERMANENTE POR MES SEGÚN TAMAÑO DE ESTABLECIMIENTO Y ANUARIO ESTADÍSTICO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (AEEUM) 2009, CUADRO 9.9: POBLACIÓN OCUPADA POR TAMAÑO DE LA UNIDAD ECONÓMICA			

Las PYMES en especial las microempresas por su tamaño pueden entrar en una intersección con las características del empleo informal, como es el autoempleo, número reducido de trabajadores, horario regular, pago por honorarios o destajo y demás prestaciones económicas y sociales.

En la medida en que surgen nuevos procesos de producción también disminuye la calidad del trabajo. El nuevo tipo de empleo que se produce hace que muchas veces sea imposible afiliar al mayor número de personas al Régimen Obligatorio, ya sea por el incremento en el empleo informal, la aparición de simulaciones en las relaciones laborales; como el outsourcing ó mayor ocupación en el sector servicios, entre otros.

Una forma de disminución de costos, es por medio de la descentralización de producción que operan con personal subcontratado por un intermediario conocido como outsourcing. Así se puede tener dos empleados en una misma fábrica, pero con dos patrones diferentes, uno por la

empresa contratante y otro por el intermediario. Esto nos lleva a una desigualdad en prestaciones sociales, sin importar que ambos realicen el mismo trabajo.

Por su base imponible al IMSS le conviene el crecimiento del empleo en aquellas actividades que son de alta densidad de cotizantes y que poseen a su vez unidades económicas de mayor tamaño. De acuerdo con el siguiente Cuadro (III.9), el sector Industrial en las sub ramas de Industria Extractiva y de la Electricidad e Industrias de la Transformación tienen más asegurados en proporción a la Población Ocupada y poseen además establecimientos que registran más cotizantes. (A excepción de la Construcción). Mientras que para el sector servicios la probabilidad de ser asegurado permanente baja a un promedio de 32.31% y en sus establecimientos afilian un promedio de 15.55 trabajadores, ésta cifra representa la mitad de la Industria de la transformación (30.01).

CUADRO III.9				
DENSIDAD DE COTIZANTES Y TAMAÑO DE ESTABLECIMIENTO 2009				
ACTIVIDAD	POBLACIÓN OCUPADA	TRABAJADOR PERMANENTES Y EVENTUALES	TRABAJADOR PERMANENTES Y EVENTUALES /POBLACIÓN OCUPADA	TRABAJADORES PERMANENTES Y EVENTUALES /ESTABLECIMIENTOS REGISTRADOS ANTE EL IMSS
INDUSTRIA EXTRACTIVA Y DE LA ELECTRICIDAD	381,873	233,402	61.12%	90.775
INDUSTRIAS DE LA TRANSFORMACIÓN	6,679,905	3,504,165	52.46%	30.01
TRANSPORTES Y COMUNICACIONES	2,265,222	747,140	32.98%	15.85
SERVICIOS PARA EMPRESAS PERSONALES Y EL HOGAR	10,440,046	3,373,275	32.31%	15.55
COMERCIO	9,075,559	2,905,026	32.01%	11.98
CONSTRUCCIÓN	3,349,724	1,042,572	31.12%	9.11
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	5,914,789	1,735,829	29.35%	17.69
AGRICULTURA GANADERÍA,	6,114,192	339,862	5.56%	14.91

SILVICULTURA Y PESCA				
NO ESPECIFICADO	314,004	ND	ND	ND
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO Y OCUPACION (ENEO), SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS), Y CONSAMI: (POBLACIÓN ASALARIADA COTIZANTE PERMANENTE POR SECTOR Y RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA Y NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS POR SECTOR Y RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA)				

La diferencia en la densidad puede deberse a que en la Industria de la Transformación prevalece el contrato laboral, condición necesaria para la incorporación al régimen Obligatorio descrito en la LSS en su artículo 12, donde se establece que los sujetos al régimen obligatorio son aquellas personas que se encuentran en una relación de trabajo, que es aquella en donde existe una subordinación, comprendiendo la existencia de una persona que realiza una actividad física o mental definida como trabajador y cuyo uso es a beneficio de otra persona física o moral, definida como patrón. Pero también existe una segunda condición; la remuneración como resarcimiento a ese goce. Por otro lado en las actividades del sector terciario es menor la existencia de una relación laboral y domina el vínculo comercial. En este caso el contrato laboral es sustituido por un contrato comercial de compra venta de servicios, por lo que no necesariamente existe una subordinación sino una venta voluntaria y ocasional de la fuerza de trabajo, en este caso el patrón puede ser clasificado como un cliente y es aquí donde se pueden encontrar actividades como ventas, asesorías, docencia, vigilancia, limpieza, etc.

Esto representa una dificultad en el aseguramiento como se puede observar en el siguiente cuadro (III.10), desde el año 2000 hay cada vez más personas empleadas en el sector servicios y menos en el sector secundario, en especial en las manufacturas. También se puede ver los estancamientos en cuanto a la formalidad del empleo, es decir la firma de contratos escritos de los trabajadores subordinados y remunerados ya que éstos han pasado de representar el 54.19% en el 2000 a 52.52% en el 2009 (cuadro III.11).

CUADRO III.10			
POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, 1995-2009			
SECTOR DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	1995	2000	2009
PRIMARIO	23.74%	17.90%	13.73%
AGRICULTURA, GANADERÍA, SILVICULTURA, CAZA Y PESCA	23.74%	17.90%	13.73%
SECUNDARIO	23.13%	27.91%	23.38%
INDUSTRIA EXTRACTIVA Y DE LA ELECTRICIDAD	0.65%	0.78%	0.86%
INDUSTRIA MANUFACTURERA	15.52%	19.55%	15.00%
CONSTRUCCIÓN	6.96%	7.58%	7.52%
TERCIARIO	53.04%	54.17%	62.19%
COMERCIO	18.60%	17.78%	20.38%
RESTAURANTES Y SERVICIOS DE ALOJAMIENTO	4.65%	4.89%	6.79%
TRANSPORTES, COMUNICACIONES, CORREO Y ALMACENAMIENTO	5.00%	4.94%	5.09%
SERVICIOS PROFESIONALES, FINANCIEROS Y CORPORATIVOS	3.89%	4.10%	6.19%
SERVICIOS SOCIALES	7.53%	7.73%	8.33%
SERVICIOS DIVERSOS	8.98%	9.82%	10.46%
GOBIERNO Y ORGANISMOS INTERNACIONALES	4.40%	4.93%	4.95%
NO ESPECIFICADO	0.09%	0.02%	0.71%
Fuente: CONASAMI			

CUADRO III.11			
DISPONIBILIDAD DE CONTRATO ESCRITO PORCENTAJES RESPECTO A TRABAJADORES SUBORDINADOS Y REMUNERADOS			
	1995	2000	2009
	100%	100%	100%
CON CONTRATO ESCRITO	51.60%	54.19%	52.52%
TEMPORAL	7.22%	6.91%	8.89%
DE BASE, PLANTA O POR TIEMPO INDEFINIDO	43.59%	47.07%	43.35%
CONTRATO DE TIPO NO ESPECIFICADO	0.79%	0.21%	0.27%
SIN CONTRATO ESCRITO	48.02%	45.76%	46.50%
NO ESPECIFICADO	0.38%	0.04%	0.98%
FUENTE CONASAMI			

3.3 LAS PENSIONES EN MÉXICO

En México en el contexto nacional, ha habido transformaciones importantes en la estructura poblacional, la población de la tercera edad comienza a aumentar mientras que la población joven disminuye. La dependencia demográfica considerada como aquellos segmentos de la población que difícilmente se consideran en una etapa laboral como son los niños y los ancianos, en donde la población que se encuentra laborando supone personas entre 14 y 65 años y que pueden sostener a los que no se encuentran empleados.

A nivel nacional durante la segunda mitad del siglo XX en el caso de la dependencia senil, (población mayor de 65 años / población entre 14 y 64 años) hacia el 2000 era de 8.18 y se esperaba que para el año 2050 ésta fuese de 33.68.⁷⁷ La situación se agrava en el caso del IMSS, donde en 1950 era de 1.49, y en el 2000 ya era de 12.58, con lo que mantenía una tasa promedio de 4.53, la situación de mantenerse así, dicho índice sería en el 2050 de 125.11, con lo que ningún sistema de reparto puede sobrevivir. Desde luego la solución sería incrementar la base gravable, con más población joven y con suficiente recursos o bien incrementando las contribuciones de los aportantes, pero parece lejano.

Hasta 1997, en pensiones, predominaba el sistema de reparto, en México se incluía en lo que era el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte (IVCM). La cuota tripartita era de 3.5% patronal, 1.125% Trabajadores y de 0.225% a cargo del Estado. Los beneficios se calculaban en cuantías mínimas y hasta 1994 llegó a ser poco más del 100% del Salario Mínimo del Distrito Federal (SMDF), pero también se podía hacerse beneficiario si se tenían al menos 500 semanas cotizadas.

El desequilibrio entre aportantes y beneficiarios durante el periodo de 1973-1996 se incrementó. Desde 1973 hasta 1981 se mantuvo una TMC en los pensionados directos en alrededor del 11.07%, mientras que el de los asegurados permanentes y eventuales tuvieron una tasa promedio de 8.02%. Desde 1982 hasta 1996 el promedio de pensionados directos fue de 5.19 y para el número de asegurados permanentes y eventuales fue de 3.60

Otro factor de desequilibrio es el costeo de la ganancia en más años de vida inactiva. Así por ejemplo la esperanza de vida en 1950 era de 47 años y para el año 2000 de 75 años, si se considera que con las leyes anteriores a 1997 el momento al retiro era de 60 años., entonces habría más años por cubrir al momento del retiro. Aunado a que también estuvo acompañada de incrementos en las prestaciones económicas así, mientras que a mediados de la década de

⁷⁷Sexto Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León, Anexo Estadístico, pp. 4

los ochenta la cuantía mínima era 30% de un salario mínimo y a partir de enero de 1995 llegó a ser de 103.95 del SMGDF.

Los trabajadores también veían mermada su jubilación, al ver que la tasa de retorno era mucho menor a las cuotas, esto se debía a que el monto final estaba indexado al Salario Mínimo y no al Índice Nacional de Precios al Consumidor, por ejemplo al considerarse el año de 1980 en donde el porcentaje de aportaciones promedio reales ha sido mucho mayor y que era absorbido por el efecto de la inflación, por lo que las cuantías mínimas tendían a disminuir.

Había una descompensación entre las aportaciones y el retorno de beneficios predefinidos. Los altos costos en el nivel de prestaciones se debía en parte a que la LSS era muy bondadosa por ejemplo en el caso del seguro de Cesantía bastaba haber cotizado al menos 500 semanas y cumplir 65 años de edad (LSS de 1981 en su art. 121) es decir, solo eres suficiente con que trabajase poco menos de diez años; de modo que al multiplicar 500 semanas por 6% de cuota que fijaba la ley, solo alcanzaba a cubrir apenas 30 semanas de trabajo o bien 2.5 años de vida de jubilación.

Las cuotas también se mostraron insuficientes, no obstante que la prima había pasado de 6% a 7% en 1991 y a un máximo de 8% del SBC en 1995⁷⁸, era necesario costear un mayor número de beneficiarios así como incrementos en las prestaciones económicas de un 30.9 % del Salario Mínimo General del Distrito Federal (SMGDF) en 1980 y a más del 100% a partir de enero de 1995, ésto sin que se incrementase la base gravable ya que no se consideraban los 25 grupos salariales hasta ese entonces.

3.3.1 EL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES

La forma de reparto se había mostrado insuficiente por el lado de los ingresos ya sea porque el número de cotizantes había disminuido en proporción relativa al incremento en la esperanza de vida, y en el cuanto aspectos macro, encontramos que existía una ausencia de ahorro interno, que pudo notarse cuando se cerró el acceso al crédito externo a principios de la década los ochenta.

Hasta 1995 se encontraba en el capítulo V, el Seguro de Invalidez, Vejez Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM). Y es solo a partir de las modificaciones de 1997 que se transforma

⁷⁸ *Ibídem*, Suarez, Patricia. Pp. 241.

en dos ramos; el Seguro Invalidez (SIV) y el de Retiro Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV). Con esto la cuota combinada se incrementó del 8.5%, al 10.346% del SBC.

El nuevo sistema de capitalización, cambia en los sentidos en que ahora se da por terminado la solidaridad entre las generaciones. Ya no se crea un fondo común, sino que ahora los depósitos se harán en cuentas individuales. El monto final se entrega al momento del retiro ó bien puede retirarse en una sola exhibición si no ha reunido el número de semanas cotizadas, de esta manera Los nuevos cotizantes son obligados a ahorrar para determinar el monto de su pensión⁷⁹.

En el sistema de capitalización individual, los recursos son los propiamente ahorrados mas los aportes periódicos, estos últimos dependen de la frecuencia y del monto, pero en el caso de México también se complementan con aportaciones estatales y patronales que se destinan a un fondo personal, el monto final es un ahorro incrementado con utilidades, ya que se invierte en instrumentos financieros, y que al final de la vida laboral se transforma en consumo.

La gran masa de ahorro, una vez que entra en el proceso de capitalización se invierten en diversas actividades productivas generando intereses (rendimientos del ahorro que se han ganado a lo largo del ciclo de las aportaciones durante el periodo laboral), pero que no garantiza un monto estable o un salario de sobrevivencia, ya que un parte de la cuota (por lo menos el 30%) se han introducido al riesgo de la volatilidad de los mercados de capitales, a veces tomando en cuenta la decisión del trabajador en las inversiones.⁸⁰

Las últimas reformas han hecho posible mejorar el sistema de pensiones permitiendo que el trabajador pueda elegir entre la AFORE que más le convenga, esta información puede verse en sus estados de cuenta, así su actitud puede verse modificada al comparar quien le otorga los rendimientos netos más altos y cambiar una vez al año

El IMSS se encarga de las percepciones, mientras que los Sistemas de Ahorro para el Retiro (SAR) son las encargadas de administrar los recursos. Hacia diciembre de 2008, según la Comisión Nacional de Sistema para el Retiro (CONSAR) en sus “Cuentas Administradas por las Afores” nos dice que manejaba un total de 39.06 millones de cuentas, de las cuales los trabajadores del IMSS representaban el 67.56% del total de afiliados. Las Administradoras de

⁷⁹ De acuerdo con los artículos 154 y 157 de LSS 09, es necesario que tengan 1250 semanas cotizadas, si no tiene esta condición, se puede retirar todo en una sola exhibición.

⁸⁰ Las cuentas de forma individual tienen cierto sentido de transparencia, al saber cuál ha sido su ahorro, que le llega en forma de estados de cuenta de forma periódica de preferencia bimestral (LSS 09, art. 174 fracc. II). De ésta manera se sabe cuánto ha acumulado y cuáles son los gastos de administración, los rendimientos y también puede saber que bancos son los que cobran las menores comisiones y le dan los más altos rendimientos.

Fondo para el Retiro (AFORES) son las invierten el ahorro forzoso en deuda del gobierno, puede invertir en instrumentos de renta fija, es decir en valores de Estado, Bonos, Udibonos, Cetes, así como otros tipos de deuda que van desde nacionales hasta municipales, cuyos rendimientos generados son bajos pero seguros. La composición en portafolio alcanza el 76.8 en la Cuenta Básica 1 y el 56.8 en Básica 2, el resto se invierte o en acciones especulativas, éstas pueden canalizarse a sectores como Alimentos, Automotriz, Centros Comerciales etc. Con las consecuencias de que la bolsa de valores es incierta en sus rendimientos, sobre todo si se trata de las aportaciones voluntarias.

En el plano macroeconómico, de acuerdo a datos de la Consar en 1998 había 9 bancos dedicados a esta actividad, estaban Banamex, Bancomer, Banorte, HSBC, Inbursa, ING, Principal, GNP y Siglo XXI. Entraron en operaciones Afores Azteca en 2003, en 2004 Ixe, Afirme Bajío, Invercap Metlife; en 2005, Scotia, Copel y Argos en 2006 y finalmente en 2008 el PensionISSSTE.

A nivel general de acuerdo a los Recursos registrados, el que maneja el mayor porcentaje de recursos es el Pensión ISSSTE con el 16.31% le sigue Banamex con el 15.89, Bancomer con el 13.45, ING con el 11.05, Profuturo GNP 9.22% e Inbursa con el 7.80%, estas seis empresas operan con el 73.71% de todos los recursos

El propósito es que el ahorro presente se convierta en consumo futuro, así a aparte de las cuotas marcadas por la ley, si el individuo actúa de manera racional, y decide que quiere estar en buena vejez, puede contribuir con más dinero si prefiere que su saldo sea más alto al momento de su jubilación.

3.3.2 VENTAJAS DEL ACTUAL SISTEMA DE PENSIONES

Al comparar las ventajas del nuevo sistema de pensiones podemos observar que a diferencia del anterior, en el actual, no se pierden las contribuciones, ya que continúa siendo propietario de sus ahorros aunque no haya alcanzado el requisito mínimo de retiro.

Bajo el antiguo sistema de reparto, el derecho se obtenía al permanecer en un empleo formal, tener la de edad cumplida y semanas cotizadas. La ausencia de cualquiera de estas condiciones, no garantizaba la prestación, por ejemplo, si reunía las semanas necesarias pero no llegaba a estar empleado a los 65 años, podía perder su derecho a la pensión.

Aunque un tanto ambiguo, lo cierto es que tenían al mismo monto de la pensión del promedio de los últimos 5 años (LSS 95), no importa si se alcanzaban las 500 semanas mínimas de cotización, pero si se tenía la condición de edad, entonces se hacían acreedores al derecho y al

mismo monto que una persona que rebasaba por mucho esas semanas mínimas, por ejemplo 2500 semanas.

Bajo el nuevo sistema se hace acreedor a una pensión mínima si cotiza 1250 semanas, en donde si no le es suficiente lo ahorrado, entonces el gobierno cubrirá la diferencia. Pero en caso de ser menos de 1250 semanas entonces puede retirar el total de sus aportaciones en una sola exhibición.

Sin embargo hay incremento en la edad de retiro al pasar de 60 a 65 años, incremento en las semanas de cotización para acceder al derecho, con lo que de acuerdo a los artículos 154 y 157 se eleva a 1250 semanas cotizadas el requisito. Mientras que con la LSS 95, para acceder al Seguro de Cesantía eran necesarias solo 500 semanas de acuerdo con el (art. 145 LSS 95).

3.3.3 CRITICAS AL ACTUAL SISTEMA DE PENSIONES

No obstante encontramos con algunas desventajas que proyectan algunos autores. Los argumentos van desde el punto de vista marxista en cuanto a la explotación e incremento en la tasa de ganancia hasta críticas al modelo de mercado.

En el primer caso según Saúl Osorio (1997):

“Teóricamente el capital dinero hace dinero con el dinero. Su fórmula es $D-D'$ en que $D'=(D-d)$ pero “d” proviene del reparto de la ganancia que se descompone en interés y ganancia del empresario. Lo que indica que no hay una vinculación directa de los poseedores de D con los obreros, participan aquellos de la plusvalía en la forma mediada. Lo nuevo que se nos presenta con las reformas a la seguridad social en América Latina, es el incremento de la explotación generando una cuasi plusvalía que consiste en la transferencia de salario a los operadores de dinero para que, por añadidura, hagan más dinero con tales recursos. La ganancia de los operadores, como se ve, es doble, además de sus ganancias extraen salarios y ganan con el uso especulativo de esos fondos”⁸¹

La disminución de la tasa de ganancia tendría que encontrar un punto de inflexión, esto se lograría con no solo absorber el excedente de la fuerza de trabajo de manera intensiva o extensiva, sino que ahora se apropia de los ahorros de los trabajadores. Accediendo a un fondo que le permita capitalizar sus activos al mismo tiempo que obtiene ganancias de la incertidumbre del mercado accionario, pero cuyos beneficios no son seguros para los

⁸¹ Osorio, Saúl. Un aporte en referencia al cambio del capitalismo y las reformas a la seguridad social. *Seguridad o Inseguridad Social: los riesgos de la reforma*. UNAM. México 1997. pp. 48.

cotizantes. La idea de racionalidad de la población trabajadora supone que ellos calculan a partir de sus aportaciones cual va a ser el monto final, lo cierto es; que dada la fluctuación de los mercados muchos analistas mejor informados encuentran difícil la predicción.

Otro punto se refleja desde el punto de vista del mercado que supone que la entrada de nuevos oferentes marca un precio a la baja, esto no ha sido posible en el país, por ejemplo, el cobro de comisiones anuales sobre saldo en diciembre de 2002 y al considerar únicamente las 11 AFORES iniciales; Banamex, Bancomer, Banorte Generalí, HSBC, Inbursa, ING, Principal; Profuturo GNP, Santander, Tepeyac y Siglo XII, el cobro era en promedio de 0.35%, mientras que para febrero del año 2008 había subido a 0.63% , ésto al tomar en cuenta los 19 nuevos intermediarios tales como Afirme Bajío, Ahorra Ahora, Argos, Coppel, Invercap, Ixe, Metlife, y Scotia.

El monto de la prima puede considerarse insuficiente si se toma un caso extremo en donde la tasa de retorno es igual a las contribuciones que al menos se indexaron al INPC, y suponiendo que las ganancias del mercado especulativo son de promedio cero. De modo que si se multiplica las 1250 semanas de cotización por la cuota de retiro de 6.5%, resulta en el equivalente de solo sobrevivir alrededor de 78 semanas, es decir cerca de 17 meses. En el caso de un ciclo de vida laboral más largo por ejemplo de 40 años, es decir, si se empieza a laborar a los 25 años y se retira a los 65 años habrá acumulado 2 240 semanas donde la misma cuota apenas le financia 2.6 años. En éste último caso se requiere que su consumo disminuya en un 75% para poder alcanzar la meta de 10 años. De ahí en adelante quizá solo quede el recurso del asistencialismo.

No obstante los costos asumidos de la transición de continuar pagando los costos de aquellos jubilados bajo el régimen anterior a 1997 se suma la forma en que el Estado interviene en el nuevo financiamiento ya sea por la emisión de valores gubernamentales e incluso subsidios para aquellos asegurados que no alcanzaron la cuantía mínima. Bajo estos casos, el déficit no tiende a cero, sino que incluso puede agravarse de continuar con estas políticas de empleo temporal o dando facilidades para el despido.

El cambio de esquema también supone costos de transición del sistema a nivel macro. En los gastos estatales enfocados a los beneficiarios del antiguo sistema de reparto, esto más o menos mientras su número continua decreciendo hasta aproximadamente el año 2022.⁸²

⁸² Desde el momento de 1997 hasta el 2008 han pasado casi 11 años, es decir los primeros beneficiados serán lo que hayan acumulado recursos suficientes por 25 años. Es decir con la nueva LSS son necesarias al menos 1 500 semanas, en tal caso el costo de la transición requiere de al menos 25 años para que los beneficios sean los suficientes o bien por lo menos tengan una tendencia decreciente en el nivel de deuda pública.

4 ANÁLISIS FINANCIERO DEL IMSS EN EL AÑO 2008

4.1 ANÁLISIS DE LAS PRIMAS PARA EL AÑO 2008

Las primas son la expresión del contrato y del riesgo, en el primero establece la obligación del asegurador al otorgar prestaciones sin que comprometan su sostenibilidad financiera, en el segundo la expresión de riesgo esta expresado en la probabilidad de que ocurra un evento ya sea en forma individual o colectiva. En el aspecto colectivo, la prima se calcula en base a un riesgo promedio de todos los cotizantes, lo que la hace menor para individuos de alto riesgo. La forma individual asume diferentes cuotas de acuerdo a sus hábitos de vida, edad, e ingreso, pero que puede ser más alta si presenta una mayor predisposición a alguna eventualidad y que al mismo tiempo representa una barrera de acceso. En las aseguradoras privadas se suma el lucro. En los seguros sociales, debe de compensar al menos: los costos de administración, de operación y de reservas.

Las primas son necesarias en cuanto a que nos expresan, el porcentaje del ingreso colectivo destinado a la satisfacción social. En el financiamiento, cuando se hicieron las primeras estimaciones de cuotas el IMSS con Cárdenas se consideraban en alrededor del 10%, no obstante, el incremento de las prestaciones en los últimos cincuenta años, se calcula alrededor de 25%.

Las cuotas por ley son determinadas de la siguiente manera:

CUADRO IV.1
TABLA DE CUOTAS IMSS 2006

ARTICULO	RAMO	TIPO DE PRESTACION	OBSERVACIONES	CUOTA		APORTACION	
				EMPLEADOR	TRABAJADOR	ESTATAL	TOTAL
25	GASTOS MEDICOS PENSIONADOS (GMP)	ESPECIE		1.05 (SBC)	0.375 (SBC)	0.75 (SBC)	1.5% (SBC)
74	RIESGO DE TRABAJO (RT)	ESPECIE	DEFINIDO A PARTIR DE UN FACTOR PRIMA QUE MULTIPLICA EL GRADO DE SINIESTRALIDAD	0.5 % (SBC) (MINIMO) 15% (SBC) (MÁXIM)			0.5-15% (SBC)
106	SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD (SEM)	ESPECIE	TRABAJADORES CON MENOS DE 3 SMGDF	13.9% (SMGDF)		13.9% (SMGDF)	27.8% (SMGDF)
		ESPECIE	PARA ASEGURADOS QUE GANEN MAS DE 3 SMGDF	6% DE LA DIFERENCIA DEL SBC Y 3 VECES EL SMGDF	2% DE LA DIFERENCIA DEL SBC Y 3 VECES EL SMGDF	13.9% (SMGDF)	27.8% (SMGDF) MAS MÁS 8% DE LA DIFERENCIA DEL SBC DECLARADO Y 3 (SMGDF)
		DINERO		0.70% (SBC)	0.25 (SBC)	0.05% (SBC)	1% (SBC)
147	SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA (SIV)	DINERO		1.75% (SBC)	0.625 % (SBC)	0.13% (SBC)	2.505 (SBC)
168	RETIRO	ESPECIE Y DINERO		2% (SBC)			
168	CESANTÍA. EDAD AVANZADA Y VEJEZ	ESPECIE Y DINERO		3.150% (SBC)	1.125% (SBC)	0.2340% (SBC) MÁS 5.5% (SMGDF)	4.509% SBC MAS 5.5(SMGDF)
211	GUARDERÍAS Y PRESTACIONES SOCIALES	SOCIALES (ESPECIE)		1% (SBC)			1% (SBC)
211	PRESTACIONES SOCIALES	SOCIALES (ESPECIE)		SE PUEDE INCREMENTAR HASTA EL 20% (SBC)			MÁXIMO 20% (SBC)

FUENTE LEY DEL SEGURO SOCIAL 2006.
 SBC= Salario Base de Cotización
 SMGDF= Salario Mínimo General de Distrito Federal

O bien para hacerlo más sencillo el IMSS calculó una tabla con base a estimaciones del SBC (Cuadro IV.2) que demuestra los verdaderos costos adicionales al salario, por ejemplo para el patrón representa 16.614% del SBC:

CUADRO IV.2				
TASA DE CONTRIBUCIÓN POR RAMO DE SEGURO EN 2008 COMO PORCENTAJE DEL SBC				
RAMO DE SEGURO	PATRONES	TRABAJADORES	GOBIERNO FEDERAL	TOTAL
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD (TRABAJADORES)	5.846	0.366	3.557	9.769
RAMO DE GASTOS MÉDICOS DE PENSIONADOS	1.050	0.375	0.075	1.500
SEGUROS DE INVALIDEZ Y VIDA	1.750	0.625	0.125	2.500
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO	1.818	0.000	0.000	1.818
SEGURO DE GUARDERÍAS Y PRESTACIONES SOCIALES	1.000	0.000.	0.000	1.000
RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ	5.150	1.125	1.1613	7.888
TOTAL	16.614	2.491	5.369	24.474
FUENTE: INFORME COMPLETO AL EJECUTIVO, IMSS, 2008-2009 PP. 11				

En cierto sentido se considera al Seguro Social como parte del salario, al hacer referencia al SBC nos damos cuenta, que el que más aporta es el patrón, con casi el 67.88% de todos ramos del seguro, de modo que contribuye en su totalidad para las primas de Riesgos de Trabajo y Guarderías y Prestaciones Sociales y de Retiro, del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en éste último rubro para prestaciones en especie (si los trabajadores ganan menos de 3 Salarios Mínimos Generales del Distrito Federal).

En otros casos las aportaciones patronales son mayores a las de trabajadores y Estado, tal es el caso, de las prestaciones en dinero del Seguro de Enfermedades y Maternidad, donde el porcentaje es del 59.84% de la prima, en cuanto a Gastos Médicos de Pensionados y Seguro de Invalidez y Vida el 70.00%

El trabajador es el que menos aporta, el 10.18% de todas las primas en conjunto, con lo que se facilita el acceso y se cumple la función de redistribución de recursos.

Se puede decir por lo tanto que este impuesto sobre la renta tiene el carácter de progresivo, paga mas quien tiene más, con lo que se facilita el acceso de manera proporcional a algunos trabajadores.

También se puede observar que las primas de cotización son suficientes o no para garantizar su solvencia, de acuerdo a los Estados de Ingreso y Gasto Consolidado los ramos que se son superavitarios son los del Riesgos de Trabajo y de Seguro de Invalidez y Vida, no así en el caso del SEM Asegurados cuyos Gastos Totales que superan en 13.15%

En este último ramo existe un componente secundario: el de pensionados, aunque solo explica el 22.35% de total de gasto del SEM, sus gastos totales rebasan en 94.29% a sus ingresos totales. En tales casos es necesario modificar las tasas de contribución de 9.769 a 9.868 en el caso del SEM y de 1.5 a 2.914 para el GMP para compensar este desequilibrio.

4.1.1 LAS PRIMAS DEFICITARIAS

En cuanto a la composición de la prima, en cierto sentido, es probable que algunas ramas del seguro solo consideren los gastos de administración, pero no el grado de riesgo, equilibrio financiero, los periodos de contingencia ó gastos extraordinarios. Una vez que se vislumbra un desequilibrio en las finanzas, es necesario complementar estos con las Reservas de Operación para Contingencias y Financiamiento.

Para este análisis: una prima debe compensar los gastos corrientes que son aquellas erogaciones que no se consideran extraordinarias, y que no comprenden una ampliación en la infraestructura, o rubros como intereses financieros o depreciaciones y amortizaciones, entre otros, sino que son necesarios para continuar con objetivos sociales. Los ingresos totales comprenden las cuotas obrero-patronales y estatales así como aportaciones estatales, otros ingresos, y aportación de los trabajadores al fondo de jubilación.

Los llamados gastos corrientes comprenden; entre otros, desde los servicios de personal, tales como, sueldos y honorarios de empleados permanentes y eventuales, primas y gratificaciones y pensiones a extrabajadores del IMSS. Consumos como; medicamentos, materiales de curación, etc. Mantenimiento que incluye; conservación y mantenimiento de inmuebles, Instalación, reparación y mantenimiento de equipo e instrumental médico y de laboratorio. Servicios generales de; pago de luz y teléfono, arrendamientos de edificios, vehículos,

subrogación de servicios y Prestaciones económicas quizá como cuotas para fondo de ahorro.⁸³ Estos al menos en lo que se puede considerar como un gasto para que pueda cumplir con su desempeño.

Si se consideran las primas como equivalentes de los Ingresos reportados en las Cuotas Obrero Patronales asociadas al SBC y de acuerdo a los Estados de Ingreso de cada uno de los seguros se puede hacer un comparativo de acuerdo a la siguiente tabla (Cuadro IV.3):

CUADRO IV.3					
ANÁLISIS DE LAS PRIMAS EN RELACION A LOS GASTOS TOTALES 2008					
RUBRO	TOTAL DE GASTO CORRIENTE (MILES DE PESOS)	INGRESOS TOTALES (MILES DE PESOS)	GASTO TOTAL / INGRESO TOTAL	PRIMA LEY INGRESO DEL SBC DE LAS COP	PRIMA HIPOTÉTICA DEL GASTO
RIESGOS DE TRABAJO	11 844 334	26 067 262	0.454	1.818	0.83
SEM Asegurados	121 213 303	122 771 649	0.987	9.769	9.65
SEM Pensionados	35 187 396	18 369 108	1.916	1.5	2.87
INVALIDEZ Y VIDA	6 533 981	36 272 398	0.180	2.5	0.45
SEGURO PARA LA FAMILIA	5 143 476	1 475 373	3.486	nd	nd
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN DATOS DE LA MEMORIA ESTADÍSTICA IMSS 2009, CUADRO NO. XII.39, ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS POR RAMO DE SEGURO. 2008					

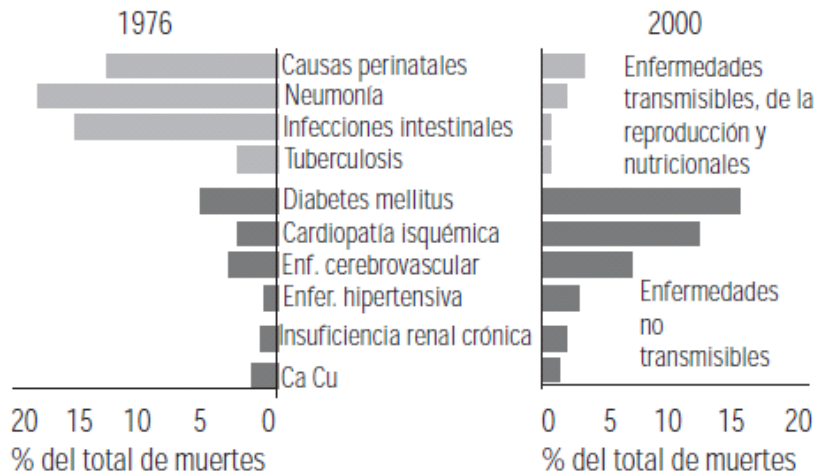
Como puede observarse únicamente en los ramos de Riesgos de Trabajo y Seguro de Invalidez y Vida no existen déficits ya que sus ingresos representan el 45.44 y el 18.01 por ciento de sus gastos corrientes. Otros ramos presentan déficit como son; el Seguro GMP y el de SSFAM, aquí los gastos corrientes rebasan a sus ingresos en 91.56 y 248.6 por ciento respectivamente, de igual manera se observa que la relación de gasto-ingreso en el SEM es de 98.74%, pero al sumarle los gastos de intereses financieros, depreciaciones y amortizaciones, transferencia de depreciaciones y reversión de cuotas es cuando comienza a operar con déficit.

⁸³ De acuerdo a la Ley de Contabilidad Gubernamental publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 2008.

En el caso del SEM se debe a los nuevos padecimientos que se presentan como consecuencia de dos factores: la transición epidemiológica y la transformación demográfica. La primera es vista como aquella en donde predominan nuevos padecimientos entre la población, en el caso de México nos referimos a que en la actualidad prevalecen las enfermedades no transmisibles. Esto es, que los nuevos casos de mortalidad han cambiado desde el último de cuarto del siglo XX, de pasar de enfermedades gastrointestinales, parasitarias, neumonías, tuberculosis, muertes perinatales a diabetes mellitus, cánceres, enfermedades neuropsiquiátricas, hipertensión, enfermedades respiratorias, etc. cuyos costos de detección y tratamiento son mucho más caros.

GRAFICA IV.1

PARTICIPACIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1976-2000



FUENTE: ECONOMÍA DE LA SALUD. IMSS, PP. 116.

El cambio en la estructura poblacional supone atención de padecimientos de este grupo de edad, así los mayores de 60 años presentan perfiles epidemiológicos de enfermedades crónico-degenerativas, sus costos de mantener un nivel de morbilidad son mucho más altos que el de las enfermedades infecto-contagiosas.

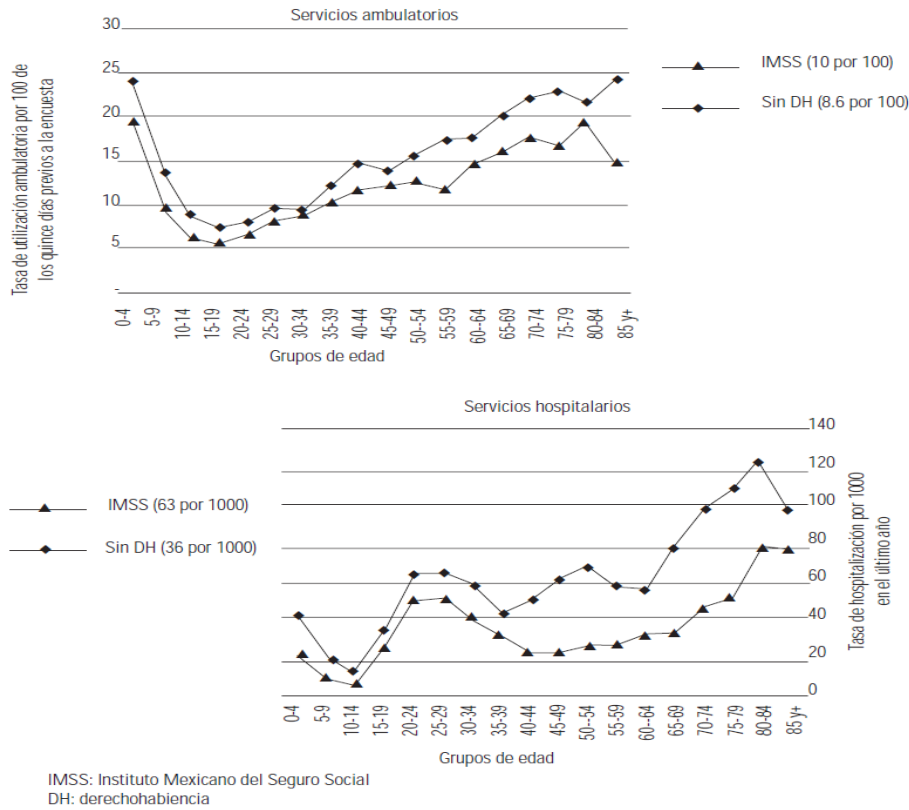
El caso de Gastos Médicos de Pensionados también se ha demostrado una insuficiencia histórica que tiende a incrementarse, explicado por los altos costos del perfil epidemiológico; padecimientos crónico degenerativos y tiempo de tratamiento, así como de los crecientes costos en la tecnología; equipo de diagnóstico y tratamiento, unidades de especialización, cuyo precio se incrementa o bien la tasa de utilización sea vuelto más densa. Estos son un grupo reducido, y que absorbe los mayores recursos, de hecho hay una estadística que se llama *tasa*

de utilización de los servicios médicos ambulatorios y hospitalarios,⁸⁴ donde se observa que por grupos de edad, la utilización de los servicios médicos ambulatorios y hospitalarios crece de acuerdo a los grupos de edad. Así como también sus costos unitarios son los más altos. Al compararse con otros grupos de edad el costo unitario promedio para todos los grupos de edad es de 11 570 pesos, a partir de los 70 años es cuando se rebasa esa cifra, para los del grupo de edad de 80 -84 es de 23 810, mientras que para los de 95-99 es de 50 552.⁸⁵

GRAFICA IV.2

TASA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS.

MÉXICO, 2000.



FUENTE: IMSS, ECONOMÍA DE LA SALUD, PP. 117

⁸⁴Zurita Beatriz, Zambrana Marcela, Ramírez Teresita, Villareal Enrique, Escobedo de la Peña Jorge, Rodríguez Gabriela, Orozco Raúl, Acevedo Fernando, Carlos Concepción, Shettino Antonieta y García Antonio. Capítulo 8. Gasto en atención médica 2001, *Economía de la salud, Seminario Internacional*, IMSS Primera edición, 2003. pp, 117.

⁸⁵IMSS, Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006-2007 pp. 135.

Similar situación de desfinanciamiento se puede observar en el sistema de afiliación voluntaria, el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), en donde expresados en pesos corrientes, los excedentes pasaron de un superávit de 223.41 millones en 1998 (un año después de la reforma de 1997) a un déficit de 4 081 millones de pesos en el 2008. Esto en gran parte a que los gastos corrientes han aumentado en 951.39%, determinados principalmente por los aumento en el servicio de personal y consumos con incrementos superiores al 600%.

A pesar de que las contribuciones estatales en pesos corrientes durante el periodo 1998-2008 han aumentado en 126.28% y las cuotas solo lo han hecho en 95.02%, se ha demostrado insuficiencia para cubrir los gasto corrientes ya que los ingresos totales pasaron de representar el 153.26% en 1998 a solo el 28.68% en el 2008. (Cuadro IV.4)

CUADRO IV. 4			
ESTADO DE INGRESO Y GASTO CORRIENTE DEL SSFAM, 1998-2008			
(miles de pesos)			
CONCEPTO	1998	2008	VARIACIÓN
Cuotas Obrero Patronales	407 805	672 963	65.02%
Contribución y Transferencias del Estado	310 552	702 719	126.28%
Suman las Cuotas	718 357	1 375 682	91.50%
Otros Ingresos	31 388	49 767	58.55%
Aportación de los Trabajadores al Fondo de Jubilación	nd	49 924	nd
TOTAL INGRESOS	749 745	1 475 373	96.78%
Servicios de Personal	328 905	2 937 466	793.10%
Consumos	99 564	946 142	850.29%
Mantenimiento	nd	80 915	nd
Servicios Generales	60 740	325 517	435.92%
Prestaciones Económicas	nd	853 436	nd
SUMA GASTO CORRIENTE:	489 209	5 143 476	951.39%
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN MEMORIA ESTADÍSTICA IMSS, 2009, CUADROS XII.17 Y XII.39			

Una causa se debe a la insuficiencia de las primas, que según el artículo 242 de la LSS 2008 pueden ir de 3,014 pesos anuales para personas menores de 19 años hasta un máximo de 2 337 para las personas de 65 años o más.⁸⁶

Otro gran problema que enfrenta el Ramo de Seguro de Salud para la Familia, es la selección adversa que emana de una información asimétrica. Estos factores inciden en que se encuentran mucho más motivados adquirir este seguro personas con cierta predisposición a enfermar que el resto que decide no entrar a este régimen voluntario.

El nivel de riesgo presentado de esta selección adversa intenta prevenirse con el artículo 82 de la LSS que intenta frenar esta tendencia y especifica que no atenderá algún padecimiento preexistente o crónica degenerativa entre las cuales destacan complicaciones tardías de la diabetes mellitas, tumores malignos, enfermedades crónicas del hígado, enfermedades pulmonares obstructivas, personas con VIH. Y con el artículo 81 de del Reglamento en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización obliga a contestar un cuestionario y firmar un contrato en donde se afirma que el estado de salud de cada asegurado es apto

La solución para el financiamiento es entonces el incremento de tasas impositivas, desde luego de considerar las tendencias de formalización del empleo y el marco legal que lo rige son constantes.

⁸⁶ IMSS, (2012). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010-2011, pp. 135.

CONCLUSIONES

Aunque durante el periodo de 2000-2009 el SBC ha aumentado términos reales (Cuadro V.1) ya que ha pasado de 208.41 a 239.37 pesos diarios (un crecimiento del 1.55% anual), lo cierto es que su dinamismo está muy por debajo de lo que exige el gasto corriente ya que no alcanza la velocidad del SEM (3.72%) y mucho menos los que corresponden a GMP (14.72%), donde éste último rubro ha pasado de representar el 11.47% a 22.48% de los gastos corrientes del ramo del SEM, lo que demuestra una presión creciente del nuevo perfil epidemiológico del asegurado. Así la crisis del sistema de seguro encuentra un factor más relevante en los cambios fisiológicos de la población que en el nivel de ingreso.

CUADRO V.1			
SALARIO BASE DE COTIZACION Y GASTO CORRIENTE DEL SEGURO DE ENFERMAD Y MATERNIDAD			
INPC 2010=100			
AÑO	SBC SEM (PESOS)	GASTO CORRIENTE (MILES DE PESOS)	
		SEM	PENSIONADOS
2000	208.41	1,042,671.65	135,035.28
2009	239.37	1,396,956.46	405,135.36
TMC	1.55%	3.72%	14.72%

FUENTE: MEMORIA ESTADISTICA IMSS 2009.

Alcanzar la cobertura universal en México, supone que existen algunas limitantes, sobre todo si consideramos que la idea de seguro vinculado a la legislación laboral no tendrá mejores tiempos. El siguiente Cuadro (V.2) nos describe las tasas medias de crecimiento anuales de la población ocupada sin acceso a las instituciones de seguridad social⁸⁷ y los Trabajadores Permanentes Asegurados al IMSS,⁸⁸ para el periodo de 2000-2008. Las tasas medias de crecimiento son muy similares de 1.57% y 1.25% respectivamente, esto puede interpretarse

⁸⁷ Son aquellos que no cuentan con atención médica derivada de un derecho laboral de su ocupación principal.

⁸⁸ No se considera a los eventuales ya que esto pueden representar una alta movilidad laboral.

como un estancamiento en la creación de empleos de calidad. De considerar que el ISSSTE y otras instituciones se mantienen constantes en su dinámica afiliadora, es necesario que el IMSS presente tasas anuales de incorporación de 11.14% anual para que esos 13.88 millones se transformen en 49.32 millones de trabajadores asegurados y alcanzar una cobertura universal.

CUADRO V.2			
PROYECCION DE POBLACION OCUPADA SIN SEGURO SOCIAL Y TRABAJADORES PERMANENTES AL IMSS (MILES)			
AÑO	POBLACION OCUPADA TOTAL	POBLACIÓN OCUPADA SIN ACCESO A LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.	TRABAJADORES ASEGURADOS PERMANENTES IMSS
2000	38,044.50	24,541.40	12,570.00
2008	43,344.30	27,806.80	13,881.00
TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL 2000-2008			
	1.64%	1.57%	1.25%
PROYECCIONES AÑO 2020			
	52,329.37	33,305.39	16,019.74
SUMA DE POBLACIÓN OCUPADA SIN ACCESO A LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y TRABAJADORES ASEGURADOS PERMANENTES IMSS EN EL AÑO 2020.			49,325.13
FUENTE: ANEXO ESTADÍSTICO CUARTO INFORME DE GOBIERNO FELIPE CALDERÓN, MÉXICO 2010 PP. 182 E IMSS			

Las condiciones que hicieron necesaria la creación de los seguros sociales han cambiado, actualmente hay aspectos menos favorables, una menor tasa de sindicalización, incremento en la población que trabaja en el sector servicios y una caída en los salarios. El nuevo tipo de empleo que conviene al IMSS como el Industrial, no parece determinado por factores internos sino por externos, y lejos de homologarse los derechos con nuestros compradores (países desarrollados) parecen más limitarse por las condiciones que existen en nuestros competidores, y son estos los que tienen una oferta de trabajo en condiciones precarias. El siguiente cuadro nos describe los ingresos que perciben por hora los trabajadores en la Industria manufacturera. Se puede observar que los salarios de México han tendido a ser similares a China, pero a costa de una disminución en sus remuneraciones lo que parecer inalcanzable las remuneraciones que se otorgan en este sector de bienes transables con los países desarrollados. Aún más ¿tendríamos que sacrificar este nivel de bienestar hasta hacernos competitivos con la India o países de equivalente ingreso?

CUADRO V.3			
SALARIOS DE LA INDUSTRIA MANUFACTURERA, 2002 Y 2008 (DOLARES POR HORA)			
PAIS	2002	2008	INCREMENTO DURANTE EL PERIODO 2002-2008
CANADA	11.77	17.91	52.21%
ESTADOS UNIDOS	15.29	17.75	16.09%
JAPÓN	10.41	13.56	30.22%
COREA	6.48	9.13	40.82%
<u>MEXICO</u>	<u>1.46</u>	<u>1.41</u>	<u>-3.35%</u>
CHINA	0.46	1.23	166.47%
INDIA	0.10	0.40	301.95%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, LABORSTA; LABOUR STATISTICS DATABASE, SALARIOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TIPO DE CAMBIO PUBLICADO POR EL BANCO DE MÉXICO.

Obsérvese que al menos se encuentran límites, por un lado, significaría incrementar los costos laborales de acuerdo a la visión empresarial que supone un exceso de 25% en los costos unitarios y que es aquí en donde se resta competitividad respecto a otros países exportadores. Pero el límite es el nivel de renta donde una caída en los ingresos no solo no alcanzaría para obtener las calorías necesarias para el desempeño óptimo del trabajo sino que además le obstaculizaría el acceso a los servicios de salud privados que han sido lineamientos propuestos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Además un salario más bajo iría contra los objetivos constitucionales de una vida digna (artículo 4) ya que como marca la Ley; el salario debe alcanzar para satisfacer todas sus necesidades elementales, y entre ellas está la salud.

Somos lo que consumimos, y en cierto sentido no sería una mala idea que la contribución obligatoria se basase no solo en impuestos al ingreso sino que también al consumo. De acuerdo a los estados de ingreso y gasto consolidado del IMSS (Cuadro V.4), las COP para la participación relativa de cuotas obrero patronales y de producto de inversiones han descendido, el único rubro que se mantiene a la alza son las cuotas a cargo del Estado.

CUADRO V.4

PARTICIPACION PORCENTUAL EN INGRESOS TOTALES DEL IMSS, 1997-2008				
AÑOS	S U M A	CUOTAS		PRODUCTOS DE INVERSIONES Y OTROS
		OBrero PATRONALES	CARGO DEL ESTADO	
1997	100.00%	79.51%	15.20%	69.58%
2008	100.00%	71.01%	29.69%	37.53%

FUENTE MEMORIA ESTADISTICA IMSS 2009

Los déficits esperados para este ramo del seguro pueden ser financiados mediante una contribución forzosa, aplicar un impuesto como el IVA puede ser una opción. Un ejemplo puede ser los cinco padecimientos de alto impacto (Cuadro V.5) que representan el 13.34% de los gastos totales del SEM del IMSS en el 2008, donde sobresalen dos enfermedades crónico degenerativas que son; la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, ambas representan el 65.32% de los gastos realizados en cuanto a atención medica ambulatoria, farmacológica y de hospitalización.

CUADRO V.5					
GASTO MEDICO EN CINCO PADECIMIENTOS DE ALTO IMPACTO EN EL 2008					
(MILLONES DE PESOS)					
PADECIMIENTO	AMBULATORIO	FARMACOLÓGICO	HOSPITALIZACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL DEL SEM
DIABETES MELLITUS	5,164	747	1,054	6,965	4.36%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6,239	308	404	6,952	4.35%
INSUFICIENCIA RENAL	521	1,232	2,806	4,559	2.85%
CÁNCER CÉRVICO UTERINO	97	18	288	403	0.25%
CÁNCER DE MAMA	613	538	207	1,358	0.85%

VIH/SIDA	135	751	184	1,069	0.67%
TOTAL	12,768	3,594	4,944	21,306	13.34%

FUENTE: IMSS, INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL AL EJECUTIVO 2008. CUADRO XI.7. ESTIMACIÓN DE CONSULTAS TOTALES, PACIENTES CON TRATAMIENTO, CASOS DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTO POR RUBRO, 2008, 2010, 2020, 2030, 2040 Y 2050 EN EL ESCENARIO BASE. PP 386.

En cierto sentido la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son consecuencia de ingesta de “comida chatarra” que es un factor entre otros para la aparición de estos padecimientos ya que por tienen alto contenido de grasa, calorías carbohidratos y sodio, bien se podría aplicar una compensación. Si bien en México se destinan alrededor de 240,000.00 mil millones de pesos al consumo de alimentos de bajo valor nutritivo⁸⁹, un impuesto al consumo de 5.80% alcanzaría para cubrir en su totalidad los 13,917 millones de pesos destinados a atender estos dos padecimientos. Aún más si se requiere que también se atienda a la población abierta en calidad similar a la que posee el IMSS se necesitaría una tasa contributiva del doble.

En tales casos hay que optar por una mayor responsabilidad del Estado para promover los seguros no contributivos. Se requiere que al menos por el momento se empiecen a realizar reformas fiscales, en ambos sentidos al considerar un pago de todos y un beneficio común con el IVA, pero también encontrar la redistribución con mayor participación de los impuestos progresivos.

El otro aspecto corresponde a que el Estado reasuma su función social, redireccionando el presupuesto de aquello que se destina a fracasos privatizadores como los rescates carreteros y banqueros. Es necesario compensar los gastos sociales, los costos asumidos en el rescate financiero del FOBAPROA bien pudieron servir para alcanzar una plena universalidad en Salud; los gastos corrientes del SEM del IMSS representaron en 1997 el 14.97% del rescate bancario y para el año 2000 ya había disminuido a 6.77%, suficiente dinero como para otorgar servicios médicos de alta calidad al resto de la población abierta (Cuadro V.6).

⁸⁹ García Calderón, Carola.(2011), *Los alimentos chatarra en México, regulación publicitaria y autorregulación*, Revista, Derecho a Comunicar, Número 2 , Mayo – Agosto. documento disponible en web: http://www.derechoacomunicar.amedia.org.mx/pdf/num2/11-carola_garcia.pdf

CUADRO V.6				
ESTIMACIÓN DEL COSTO FISCAL DEL FOBAPROA				
(MILES DE MILLONES DE PESOS)				
AÑO	SALDO DE ACTIVOS	COSTO PAGADO	SALDO NETO PASIVOS	VARIACION SALDO NETO
1995	83.9	15	68.9	68.9
1996	210.3	39.8	170.5	101.6
1997	379.8	71.3	308.5	138.1
1998	891.8	91.2	800.7	492.1
1999	1116	142.5	973.5	172.9
2000	1272	201.9	107.9	97.4
PORCENTAJE DEL PIB				
1995	4.6	0.8	3.8	3.8
1996	8.4	1.6	6.8	4.1
1997	11.9	2.2	9.7	4.3
1998	23.5	2.4	21.1	13
1999	25	3.2	21.8	3.9
2000	24.3	3.9	20.4	1.9
FUENTE: GARAVITO ELÍAS, (2001) ROSA ALBINA. <i>EL CONTINUISMO DE VICENTE FOX</i> , REVISTA EL COTIDIANO, ENERO FEBRERO, AÑO/ VOL. 17, # 105. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, MÉXICO. PP. 27.				

El sector informal es un contribuyente potencial, sin embargo es necesario reformar la ley para que puedan establecerse relaciones contractuales, es decir identificar al jefe de familia como patrón, así como de exigir registros contables que puedan ser fiscalizados, y finalmente regular la forma de pago por medio de un documentos que especifique las horas, y días trabajados.

Las experiencias heredadas del sistema de reparto en seguro de pensiones nos ayuda considerar los demás seguros, los factores que aquí se exponen, tales como cambios en la estructura demográfica, nivel de salario y tipo empleo, tasa de contribución, serán las que servirán de paradigma para otros seguros, pero el más próximo parece ser de la rama del SEM.

Las pensiones en el país, requieren de una forma de empleo que ya no sea temporal, ni de una prima demasiado baja. Sino de estabilidad laboral sin importar si se va a tratar de un sistema de reparto o de capitalización, los derechos de los trabajadores son quizá la única fuente segura de financiamiento.

En el lado de los gastos, son mucho más eficientes las políticas sanitarias preventivas que las curativas, aunque no se deben descartar los beneficios de investigación en medicamentos, tratamiento y diagnóstico. Lo cierto es que los medios necesarios dependen de una buena gestión que puede llevarnos a una estructura eficientemente el gasto. Así desde luego una alta inversión en unidades de alta especialización no necesariamente significa que el gasto está bien destinado, antes bien, puede ser mucho más eficaz gastar en Unidades de Medicina Familiar; médicos generales, enfermeras o nutriólogos. Es aquí, donde el personal evita ciertos padecimientos con campañas de vacunación, necesarias para evitar enfermedades como el sarampión en los niños, y en los adultos mayores la lucha contra la influenza hasta la detección oportuna de ciertas enfermedades crónico degenerativas.

La participación de las enfermeras promueven un papel importante en la cultura de la salud con el fomento de la higiene para la preparación de alimentos con lo que se evitan enfermedades gastrointestinales donde los niños son la población más afectada. También en cuanto a educación sexual en los adolescentes para evitar embarazos que pongan en riesgo la vida de madres prematuras. Los médicos generales tienen una participación en la prescripción y los tratamientos de la diabetes mellitus que generan discapacidad o de hipertensión arterial que provoca infartos. Otro factor de relevancia también lo juega el aspecto de la nutrición al que pone énfasis el programa PREVENIMSS, al respecto manifiesta en su página el consumo y los efectos de éstos.

Otro factor de relevancia también lo juega el aspecto de la nutrición al que pone énfasis el programa PREVENIMSS, al respecto manifiesta en su página el consumo y los efectos de éstos:

- **Vitamina A.** *Mejorar la resistencia del cuerpo contra las infecciones, proteger la vista y evitar la ceguera nocturna. Esta vitamina está contenida en verduras y frutas como: zanahoria, espinacas, acelgas, brócoli, papaya, zapote, chabacano, melón, así como en la leche, queso, hígado y yema de huevo.*
- **Vitamina C.** *Evitar enfermedades respiratorias, favorecer la cicatrización de heridas y evitar el sangrado de encías, se encuentra en frutas y verduras como: guayaba, fresa, piña, naranja, toronja, mandarina, lima, jitomate, pimiento morrón, chile, brócoli y espinacas.*
- **Vitamina E.** *Proteger al organismo de diversos tóxicos del medio ambiente, como plomo, mercurio y ozono; está presente en aceite de origen vegetal, como el de maíz, en cereales integrales y en pescados; cuando el consumo es por automedicación puede producir efectos tóxicos y presentar molestias como: dolor de cabeza, fatiga, náuseas, visión borrosa y problemas digestivos.*
- **Ácido fólico.** *La formación de la sangre, durante el embarazo es necesario para evitar la anemia y prevenir malformaciones del sistema nervioso central en el bebé. Los*

alimentos que lo contienen son: hígado, huevo, carne, acelgas, quelites, brócoli, trigo integral, nueces y avellanas.

- **Hierro.** *Llevar el oxígeno a través de la sangre a todo el cuerpo; mejorar el rendimiento y el aprendizaje; lo obtenemos del frijol, lentejas, garbanzo, hígado, yema de huevo, nopal, chiles secos, espinacas, berros, betabel y alfalfa.*
- **Calcio.** *La formación y crecimiento de los huesos, y es valioso para las funciones musculares normales y la coagulación de la sangre. Está presente en la leche, tortillas, sardina, charales, quesos, berros, semillas de girasol, nueces y almendras.*⁹⁰

Este tipo de alimentos tiene el objetivo de incrementar la defensa biológica desde niños hasta personas de la tercera edad. El uso de estas políticas permite eficientar el gasto, el filtro que genera la medicina preventiva evita el abuso en el consumo de tratamientos de medicina curativa, como por ejemplo

“ la consulta por dolor de espalda inespecífico, que dura años y sólo precisa de algún analgésico ocasional, lleva a artrosis y hernia discal e intervención quirúrgica con el traumatólogo, a canal lumbar estrecho e intervención con el neurocirujano, a radiculopatía con el neurólogo, a un extenso estudio de diagnóstico por dolor referido con el internista, etc.
“⁹¹

Somos lo que consumimos y en cierto sentido modificar hábitos alimenticios, de actividad física, social o únicamente percibir externalidades del medio ambiente como contaminación del aire, agua, etc., requieren de estímulos para variar la cantidad adquirida. Sí los bienes o los métodos de producción poseen un riesgo, entonces asumir costos preventivos, permitiendo que los ingresos generados se destinen a investigación y desarrollo, quizá curativo, incluso para encontrar sustitutos menos nocivos; un tipo de financiamiento que puede genera recursos a ciencia y tecnología.

⁹⁰ Página web del programa PREVENIMSS disponible en : <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/>

⁹¹ Gérvas, Juan. (2008) Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. Documento técnico para el VI Informe FOESSA, España, pp. 363. Disponible en http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/12/foessa-cap_62-final.pdf

BIBLIOGRAFIA

- Acedo, Blanca. (2008). En la construcción y consolidación del Estado Cardenista 1936-1940. Historia de la CTM 1936-2006. *El movimiento obrero y el estado mexicano*. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía, México, Segunda edición.
- Acuña, Daniel. (1982). Los servicios de salud: su origen, su cobertura insuficiente y su estructura clasista. *La salud desigual en México*. Siglo XXI Editores, México.
- Aguilar Díaz Leal, Alberto (Investigación y compilación). (1951). *Tercera Conferencia Interamericana de Seguridad Social*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Buenos Aires
- Alber, Jens. (1988). *Algunas causas y consecuencias de la expansión del gasto de seguridad social en Europa Occidental: 1949-1977*. En Investigación Económica, número 185, julio-septiembre de 1988. Facultad de Economía, UNAM, México.
- Alcántara Sáez, Manuel. (1995). *Gobernabilidad, crisis y cambio: elementos para el estudio de la gobernabilidad de los sistemas políticos en épocas de crisis y cambio*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Arrieta, Lorenzo. (2008). En la estabilidad económica y reagrupamiento del movimiento obrero 1964-1969. *Historia de la CTM 1936-2006. El movimiento obrero y el estado mexicano*. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía, Segunda edición, México.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2001). El costo de la mano de obra y la competitividad. *En competitividad: el motor del crecimiento: progreso económico y social en América Latina. Informe 2001*. Banco.
- Banco Mundial. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press. Washington.
- Bloom David E., *Gestión internacional de la salud*. En Revista Finanzas & Desarrollo diciembre de 2007. FMI.
- Brunet, Ignasi y Belzunegui. (1999). *Estrategias de empleo y multinacionales*, Ediciones Icaria, Barcelona 1999.pp. 166.

- Cabrera Morales, Sergio. (2013). *Seguridad social, economía y política: México en el contexto de América Latina, 1980-2010*, Tesis para optar por el grado de Doctor en Estudios Latinoamericanos. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. México, UNAM 2013.
- Campos Roberto y Ruiz Adriana. (2001). *Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España*, Gaceta Médica de México, Volumen 137, número 6. Noviembre-Diciembre. México, pp. 597.
- Campos-Navarro, Roberto y Ruiz-Llanos, Adriana. (2001) “*Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España*”. Revista Gaceta Médica de México. Volumen 137, Número 6, noviembre- diciembre 2001.
- Comisión de Estudios de Finanzas públicas. (2004). *El Sistema de Pensiones (Afores) en México, 1997-2003*. México.
- Comisión Económica para América Latina. (2006). *La Protección Social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Editorial Naciones Unidas, Chile.
- Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro. (2008). *Informe semestral al H. Congreso de la Unión sobre la situación del sar*. Julio-diciembre, México.
- Comisión Nacional de Salarios Mínimos
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (2002). *Informe sobre la Seguridad Social en América 2002; Problemas de financiación y opciones de solución*. Ediciones CISS, México.
- Coordinación de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social, Comunicado No 122, Viernes 3 de septiembre de 2010.
- Cordera Campos, Rolando. (2003). *Globalización sin equidad en el cambio democrático mexicano*. Revista Economía Informa. Número 313, diciembre 2002- enero 2003, Facultad de Economía, UNAM, México,
- Cuarto Informe de Gobierno 1968, Gustavo Díaz Ordaz.
- Dávalos, José. *La crisis de los sistemas contemporáneos de seguridad social*. En Estudios en homenaje al doctor Héctor Fix-Zamudio en sus treinta años de investigador de las ciencias jurídicas. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México 1988.
- Dávila Enrique y Maite Guijarro. (2000) *Evolución y reforma del sistema de salud en México*. CEPAL, Serie 91, Chile, 79 páginas.
- Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 2008.

- Elger Luisa, et al. (1980) *La seguridad social en el proceso de cambio internacional*. IMSS-Secretaría General y Departamento de Asuntos Internacionales, México, pp. 168-169
- Miguélez, Fausto y Prieto, Carlos. (2009). *Trasformaciones del empleo, flexibilidad y relaciones laborales en Europa*. En Revista Política y Sociedad, Vol. 46 Núm. 1 y 2, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Feldstein, Martin y Liebman, Jeffrey. (2002). The basic economics of pay-as-you-go Social Security, *Handbook of Public Economics*. Volumen 4, Harvard University.
- Fondo Monetario Internacional. (1993) Convenio Constitutivo Del Fondo Monetario Internacional. Washington, Abril
- Frenk, Julio. (1989) El Financiamiento como Instrumento de Política Pública. *Economía de la Salud: Política, Ensayos y Comentarios*. Oficina Sanitaria Panamericana, Washington.
- Froyen, Richard.. (1996). *Macroeconomía (Teorías y Políticas)*. Editorial McGraw Hill. Colombia.
- Fuji, Gerardo. (2003). *Apertura Comercial, Reforma Laboral, Empleo y Salarios*. Revista Economía Informa, número 313, diciembre 2002- enero 2003Facultad de Economía, UNAM México.
- Garavito Elías, Rosa Albina. (2001). *El Continuismo de Vicente Fox*, Revista el Cotidiano, enero febrero, Vol. 17, núm. 105, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Gazol, Sánchez, Antonio. (2003). *Sobre el estancamiento de las exportaciones mexicanas*. Revista Economía Informa. Facultad de Economía, número 313 diciembre 2002- enero 2003. UNAM, México,
- George La Piana . *Foreign Groups in Rome during the First Centuries of the Empire*. Harvard Theological Review, 20, 1927 ,
- Gerard Bertrand, Alejandro. (1983). *Seguro Social (Análisis, Comentarios y Prácticas)*. Editorial Themis, México,
- González Roaro, Benjamín. (2003) *La Seguridad Social en el Mundo*. Editorial Siglo XXI. México.
- González, Pablo. (1980). *La clase obrera en la historia de México*. Volumen 15. Siglo XXI Editores, Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México.
- Gramlich, Edgard. (1997). *How does Social Security affect the economy?.* Social Security In The 21st Century, Oxford University Press.
- Guzmán Alenka y Toledo Alejandro. (2005). *Competitividad manufacturera de México y China en el mercado estadounidense*. Revista Economía UNAM vol. 2 número 4, México,

- Guzmán Alenka y Toledo Alejandro. (2005) *Competitividad manufacturera de México y China en el mercado estadounidense*. Revista Economía, enero, UNAM vol. 2 núm. México,
- Harrison, Bennett. (1994) *La empresa que viene: la evolución del poder empresarial en la era de la flexibilidad*. Editorial Paidós. Barcelona,
- Harvey, David. (2005) *A Brief History of Neoliberalism*. Editorial Oxford University Press.
- Hidalgo Vega, Alvaro y otros. (2000). *Economía de la Salud*. Ediciones Pirámide, España .
- Horowitz, Abraham. (1989) *Economía y salud: Más allá del financiamiento. Economía de la Salud: Política, Ensayos y Comentarios*. Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 21-29
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo*
- IMSS Coordinación de Comunicación Social. (2010). *Comunicado No 122*. Viernes 3 de septiembre-
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2012) *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010-2011*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. (2008) Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006-2007 IMSS.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1980) Lombera, Enrique. Cohen, Noemí y Macotela, Catherine (Coordinadores). *La Seguridad Social en el proceso de cambio internacional*. Departamento de Publicaciones IMSS, México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002). *Reporte de Gestión número 27*, México
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2003) *El ABC de los Indicadores de la Productividad*. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2006). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2008). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006-2007.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2008), Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2008 . México 2008.
- Ishikawa, Junko (2004) Aspectos clave del Diálogo Social Nacional: un documento de referencia sobre el Diálogo Social. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.

- Keller, Christian y Heller, Peter. (2001). *Reforma del sector social en los países en transición*. Revista Finanzas & Desarrollo, publicación trimestral del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, Vol. 38, núm. 3, Septiembre.
- Leal de Araujo, Lucia. (1966). Aspectos Económicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuadernos Americanos, México.
- López Acuña, Daniel. (1982). El gasto público en salud y Seguridad Social: Insuficiencias y contracciones recientes. *La salud desigual en México*. Editorial Siglo XXI, México.
- López, Julio. (1999). *Evolución reciente del empleo en México*. Serie reformas económicas, número 29, México.
- Lopez, Virginia. (2008). El periodo de la unidad nacional y de la Segunda Guerra Mundial. 1940-1946. *Historia de la CTM 1936-2006. El movimiento obrero y el estado mexicano*. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía, Segunda edición, México.
- Madisson, Angus. (2001). *The World Economy: A Millennial Perspective*. OECD.
- Minzoni Consorti, Antonio. (2004). *Técnica actuarial de los seguros no –vida*. Editorial Ex –aula, las prensas de ciencias. Facultad de Ciencias, UNAM, México.
- Mishra, Ramesh. (1999) Globalization in comparative perspective: Sweden, Germany and Japan. *Globalization and the Welfare State*. Editorial Edward Elgar. United Kingdom, Cambridge, pp.
- Monserrat Huerta, Heliana y Chávez Presa, María Flor. (2003). *Tres modelos de política económica en México durante los últimos sesenta años*. Revista Análisis Económico. Universidad Autónoma Metropolitana, Número 37, Volumen XVIII, Primer Semestre
- Morales, Eduardo. (1984). *Estado, clase social y servicios de salud*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile,
- Moreno Padilla, Javier. (2008) *Implicaciones Fiscales de la Seguridad Social*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Revista Latinoamericana de Derecho Social, número 7, julio diciembre, UNAM.
- Muñoz, Onofre, et al. (2003). *Economía de la salud: Seminario Internacional*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México 2003.
- Nouriel Roubini y Sach Jeffrey. (1989). *Government spending and budget deficits, industrial economies*. NBER Working paper series #2919. National Bureau of Economic Research, Cambridge Massachusetts.

- Nugent. Ricardo. (1997). La Seguridad Social: su historia y sus fuentes. En *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social*, Serie G: estudios doctrinales, Núm. 188, Instituto De Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, Primera edición
- Oficina Sanitaria Panamericana. (1989). *Economía de la Salud: El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo: Una agenda para la reforma*. Banco Mundial, Washington.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial del Comercio. (2002) Los acuerdos de la OMC y la Salud Pública, un estudio conjunto de la OMS y la secretaria de la OMC, Secretaría de la OMC.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1997). *Historical Statistics* Cuadro 2.15: Unemployment as a percentage of total labour force, y cuadro 8.11, Consumer price Indices, Francia.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2011) *Combate a la colusión en los procedimientos de compras públicas en México, (Informe del Secretariado sobre las reglas y prácticas de compras públicas del IMSS)*, OCDE.
- Ortega, Maximino y Soriano, Javier. (2008). Capítulo 6, En un periodo de insurgencia obrera, 1958-1964. Historia de la CTM 1936-2006. El movimiento obrero y el estado mexicano. UNAM- instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía, Segunda edición, México.
- Osorio, Saúl. (1997). Un aporte en referencia al cambio del capitalismo y las reformas a la seguridad social. *En Seguridad o Inseguridad Social: los riesgos de la reforma*. UNAM. México.
- Pensado Aguilar Mariana. (2002). *Tesis: Salud Pública en México 1995 – 2000*. Facultad de Economía, UNAM, Julio 2002.
- Quadango, Jill y Quinn, Joseph. (1997). Does Social Security discourage work?, *Social Security in The 21st Century*. Oxford University Press.
- Ramírez Chavero, Ivan. (2009). *Nociones jurídicas de los seguros sociales*. Porrúa, México.
- Ravallio, Marti. (2002). *¿Una red automática de protección social?*. Revista Finanzas y Desarrollo, Publicación trimestral del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, Vol. 39, número 2, Junio.
- Salazar Bueno, Moisés. (1981). *Tesis: Política de Financiamiento de la Seguridad Social en México*. Facultad de economía UNAM, abril.
- Secretaría de Salud, Salud: México (2004). *Información para la rendición de cuentas México 2003*, Primera edición.

- Stiglitz, Joseph. (2000). *Empleo, justicia y bienestar de la sociedad*. Revista Internacional del Trabajo, número 2, volumen 119, Ginebra 2000.
- Suarez, Patricia. (2007). *Historia de la Ley del seguro social: reformas, adiciones, modificaciones y derogaciones de 1943 a la fecha (agosto 2006)*. Editorial Porrúa, México.
- Suaste Gómez, Ernesto. (2006) *Antecedentes en el devenir de la técnica y medicina en México*. julio-septiembre. Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, México.
- Suriano de la Rosa, Beatriz. (2003) *Análisis de costos del programa de atención domiciliaria en el paciente crónico (ADEC)*. En Revista de Enfermería IMSS, Vol. 11 núm. 2, Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Tamez, Silvia y Eibenschutz, Catalina. (2008). *El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud*. Revista de Salud Pública. 10 sup (1), Colombia.
- Trueba Urbina. *La nueva Ley del Seguro Social (1973)*. Editorial Trillas, México. Monserrat Huerta, Heliana y Chávez Presa, María Flor. (2003). *Tres modelos de política económica en México durante los últimos sesenta años*. Revista Análisis Económico. Universidad Autónoma Metropolitana. No.37. Vol. XVIII, Primer Semestre, pp. 67- 68.
- *World Development Report 1993: investing in health*. Oxford University Press. Washington 1993. Pp. 11.
- Yllanes, Fernando. (1976) *La Ley del seguro social mexicano; prestaciones, financiamiento y beneficios logrados*. Revista Jurídica, número 8, Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana. México.

PUBLICACIONES ELECTRONICAS

- Banco Mundial datos del *PIB per cápita* (Banco Mundial datos del *PIB per cápita (US\$ a precios actuales)*) en <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>
- Borja , Ariño. *Hesice Magistreis. Aproximación a los collegia de la Hispania Republicana a través de sus paralelos italianos y delios*. Revista Gerión, Universidad Complutense de Madrid. España 2004, 22 num 2 pp. 447-478. <http://www.grupohiberus.es/biblioteca/diaz2.pdf>

- Brenes, Jorge. (2009). *El financiamiento de la seguridad social, su relación con la redistribución de ingresos y con la política de impuestos en la región americana*. web. 28 págs, en el sitio: <http://seguridadsocialysociedad.files.wordpress.com/2009/10/03-financiamiento-de-la-s-s.pdf>
- Diario de los Debates de la Cámara de Diputados de 25 de julio de 1929. *Exposición de motivos de la reforma constitucional de los artículos 73, fracción X y del preámbulo del artículo 123*. en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/69/pr/pr49.pdf>
- Dussel Peters, Enrique. *Hacia un programa de emergencia para el sector productivo*. Facultad de Economía, UNAM, México 2008, En sitio: http://www.economia.unam.mx/eopina/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=1
- Dussel Peters, Enrique. (2008). *Hacia un programa de emergencia para el sector productivo*. Facultad de Economía. UNAM. En sitio web: http://www.economia.unam.mx/eopina/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=1
- Frenk, Julio. (1993) *La salud de la población, hacia una nueva salud pública*. México, Fondo de Cultura Económica. <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>
- Gonzales Molina, Julio. (2001) *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública; volumen 19, núm. 1. Enero-junio*. Universidad de Antioquia, Colombia. Consultado en la web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/gonzalez.pdf>
- Gonzales Molina, Julio. (2001). *Políticas de salud y vida saludable en México-Tenochtitlán*. En *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública; volumen 19, número 1. Enero-junio 2001*. Universidad de Antioquia, Colombia. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/gonzalez.pdf>
- García Calderón, Carola. (2011). *Los alimentos chatarra en México, regulación publicitaria y autorregulación*. *Revista Derecho a Comunicar*, núm. 2, Mayo – Agosto. documento disponible en web: http://www.derechoacomunicar.amedi.org.mx/pdf/num2/11-carola_garcia.pdf
- Gérvas, Juan. (2008). *Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social*. Documento técnico para el VI Informe FOESSA. España,. Disponible en http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2009/12/foessa-cap_62-final.pdf
- Kurczyn Villalobos, Patricia. (1995). *La Nueva Ley del Seguro Social*. Anuario Jurídico, Nueva Serie, UNAM, México, En <http://www.juridicas.unam.mx/invest/directorio/autor.htm?p=patkur>
- Kurczyn, Patricia, et al. (2002). *Estudio y ponencias*. Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. México, <http://www.juridicas.unam.mx/invest/directorio/autor.htm?p=patkur>
- Minzoni, Antonio, (2005) *Crónica de dos siglos del seguro en México*, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México, Sitio: <http://www.cnsf.gob.mx/Difusion/Otraspublicaciones/Paginas/historia.aspx>
- Noriega, Mariano et al. (2008) *Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo*. En sitio: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivst/2012/mextra.pdf>
- Organización Mundial de la Salud : http://www.who.int/topics/health_economics/es

- Organización Mundial de la Salud. *Global Health Observatory Data Repository; Mortality and burden of disease, Mortality and burden of disease, Life expectancy, Child mortality* . En sitio web.
<http://apps.who.int/ghodata/> PREVENIMSS, (2010)
<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/>
- Tinoco, Yenise. (2008), IMSS: *Subrogaciones millonarias a empresas privadas*, Disponible en sitio:
<http://revistafortuna.com.mx/contenido/2008/12/15/imss-subrogaciones-millonarias-a-empresas-privadas/>
- Rapoport, Mario. (2002). Orígenes y actualidad del "pensamiento único". En: *La Globalización Económico Financiera. Su impacto en América Latina*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, texto completo: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/gambina/p2global.pdf>,

BASES DE DATOS ESTADÍSTICOS

- INEGI.
- ESTADÍSTICAS HISTÓRICAS DE MÉXICO 2008
- ANUARIO ESTADÍSTICO DE MÉXICO 2009
- BANCO DE MÉXICO
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO
- MEMORIA ESTADÍSTICA IMSS 1999 Y 2009.
- ANEXO ESTADÍSTICOS DE INFORMES DE GOBIERNO: FELIPE CALDERÓN HINOJOSA 2009, VICENTE FOX QUEZADA 2000 y ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN, 1998.