



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ARAGÓN**

“Expansión territorial de la infraestructura en  
México: el caso del Instituto Mexicano del  
Seguro Social de 1943 a 1993”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ECONOMÍA**

**P R E S E N T A:**

**María Fernanda Barragán Hernández**

**ASESOR:**

Lic. Román Moreno Soto



Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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**

Esta investigación fue realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN400116 *“Las infraestructuras públicas de México desde la expansión económica a la reforma estructural, 1940-1990. Un enfoque histórico interdisciplinario.”*, a cargo del Dr. Guillermo Guajardo Soto, Investigador Titular C de Tiempo Completo Definitivo en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## **ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ESTÁ DEDICADO:**

### *A mis padres*

Mamá: A ti gran mujer por darme tú vida y tu tiempo, educación y principios; porque a pesar de los contratiempos y las dificultades tuviste la fortaleza y la entereza para sacarnos adelante; esto es sólo el principio de todo lo que mereces y de los frutos de este viaje que emprendimos juntas. Gracias por ser la maravillosa madre que eres y por enseñarme la lección más importante de todas: A nunca rendirme. Te amo.

Papá: Por tu tiempo, tu esfuerzo, tu amor y tu compromiso. Porque esto es fruto también de tu trabajo. Gracias por el apoyo y la confianza que depositaste en mí, por forjarme un carácter fuerte y por heredarme la mayor riqueza de todas: mi formación profesional y mis valores. Te amo.

### *A mis hermanos*

Axel: Esto que he logrado ha sido gracias a la entrega y el compromiso de mis padres, mismo que estoy segura te han dado y lo seguirán haciendo cada día de su vida, el que debes aprovechar para forjar un resultado mejor que el mío, porque lo mereces, porque eres capaz. Te dedico ese trabajo porque también formas parte de todo este esfuerzo.

Giovanna: Porque la distancia no es impedimento para tenerte en mi mente y en mi corazón.

### *A mi familia*

Por estar conmigo en este largo proceso de aprendizaje y esfuerzo, por mostrarme su cariño y su apoyo; este trabajo también es suyo. Gracias.

### *A mis abuelos*

David y Manuel: les extraño, espero estén orgullosos, hasta siempre.

### *A mis amigos*

Mi segunda familia, mis cómplices y compañeros, les quiero y agradezco.

Román: Gracias por tu entrega y energía, por hacer la diferencia y contribuir como mejor sabes a mejorar la educación pública. Te debo mi formación, mi visión crítica y mis ganas de hacer lo correcto siempre. Enhorabuena te conocí, más que mi profesor, un gran amigo. Gracias totales.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Aragón, por permitir la libre cátedra y por ende haber conocido a profesores de calidad, críticos, combativos y trabajadores, como pocos. Por darme una educación gratuita y el prestigio que solo una institución como esta puede dar. Espero poder retribuirlo como es debido.

Y en especial a los trabajadores de la tierra, a los desposeídos, a las víctimas directas del infortunio, a aquellos que viven al día subsistiendo con lo mínimo, a los luchadores sociales, a los marginados, a los discriminados, a la familia de aquellos que murieron luchando por una vida digna, a todos esos que son excluidos del sistema. A todos ellos que son el principal motor de mis estudios, porque una viene de abajo y sabe lo difícil que es poder llegar tan lejos como para olvidarse de sus orígenes. Imposible es devolverle a cada uno lo que les fue arrebatado, pero se hará lo imposible por lograr la diferencia.

## ÍNDICE GENERAL

INDICE DE ELEMENTOS DE APOYO .....	6
SIGLAS.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
<b>CAPÍTULO 1. BASES TEÓRICO-CONCEPTUALES PARA EL ESTUDIO DE LAS INFRAESTRUCTURAS.....</b>	<b>17</b>
1.1 SOBRE INFRAESTRUCTURA.....	18
1.1.1 INFRAESTRUCTURA PÚBLICA O SOCIAL.....	20
1.2 LAS INFRAESTRUCTURAS A LO LARGO DEL PENSAMIENTO ECONÓMICO.....	23
1.2.1 <b>LOS ESTUDIOS SOBRE LAS INFRAESTRUCTURAS EN AMÉRICA LATINA</b> .....	<b>32</b>
1.3 INFRAESTRUCTURAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL SIGLO XX.....	36
1.3.1 DESARROLLO INFRAESTRUCTURAL DE SALUD EN AMÉRICA LATINA.....	44
A. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CUBA EN EL SIGLO XX	47
B. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO EN EL SIGLO XX	51
CONSIDERACIONES DEL CAPÍTULO.....	56
<b>CAPÍTULO 2. LA POLÍTICA DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO DURANTE EL SIGLO XX.....</b>	<b>57</b>
2.1 ANTECEDENTE INMEDIATOS.....	58
2.2 ORIGEN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL CONTEXTO ECONÓMICO MEXICANO: LOS INICIOS (1943-1960).....	61
2.3 DESARROLLO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL CONTEXTO ECONÓMICO MEXICANO: EL AUGE EXPANSIVO (1960-1983).....	70
2.4 LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL ESTANCAMIENTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL CONTEXTO ECONÓMICO MEXICANO (1983-1993).....	79
2.2.1 PROGRAMA DE RECONSTRUCCIÓN Y REORDENAMIENTO DEL IMSS.....	81
CONSIDERACIONES DEL CAPÍTULO.....	90
<b>CAPÍTULO 3. EXPANSIÓN TERRITORIAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS</b>	<b>93</b>
3.1 LOS INICIOS DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS.....	95
3.2 LA EXPANSIÓN Y EL AUGE MATERIAL DEL IMSS.....	101
A. CONJUNTO HABITACIONAL UNIDAD INDEPENDENCIA .....	104
3.3 DESCENTRALIZACIÓN Y ESTANCAMIENTO INFRAESTRUCTURAL DEL IMSS. ....	117
3.5 CONFIGURACIÓN TERRITORIAL Y URBANA DEL IMSS.....	120
CONSIDERACIONES DEL CAPÍTULO.....	122

<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>124</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>130</b>

## ÍNDICE DE ELEMENTOS DE APOYO

### ESQUEMAS:

ESQUEMA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES Y SERVICIOS GENERALES DE LA PRODUCCIÓN.....	<b>35</b>
ESQUEMA 2. SISTEMA DE SALUD EN CUBA SIGLO XX .....	<b>48</b>
ESQUEMA 3. SISTEMA DE SALUD EN CHILE SIGLO XX .....	<b>53</b>

### TABLAS:

TABLA 1. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD, CUBA (1960-2000) .....	<b>50</b>
TABLA 2. UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO PARA EL RÉGIMEN ORDINARIO DEL IMSS (1946-1980).....	<b>79</b>
TABLA 3. EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA IMSS (1960-1988)..	<b>115</b>

### CUADROS:

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN MDP PARA EL PROYECTO DE REORDENAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA, 1986.....	<b>82</b>
CUADRO 2. COSTO DEL PROGRAMA DE RECONSTRUCCIÓN Y REORDENAMIENTO IMSS EN MDP, 1986.....	<b>82</b>

### GRÁFICOS:

GRÁFICO 1. COMPORTAMIENTO DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, IMSS (1970-1995).....	<b>87</b>
GRÁFICO 2. COMPORTAMIENTO DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, IMSS MDP, (1970-1995).....	<b>88</b>
GRÁFICO 3. PARTICIPACIÓN % DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, IMSS VS COMPORTAMIENTO DEL PIB, (1970-1995).....	<b>89</b>
GRÁFICO 4. PARTICIPACIÓN % DE DERECHOHABIENCIA POR INSTITUCIÓN DE SALUD (1965-1995).....	<b>95</b>
GRÁFICO 5. MÉXICO: ETAPA 1, EVOLUCIÓN DEL PIB, 2008=100, (1943-1993)..	<b>101</b>
GRÁFICO 6. MÉXICO: ETAPA 2, EVOLUCIÓN DEL PIB, 2008=100, (1944-1994) .....	<b>116</b>
GRÁFICO 7. MÉXICO: ETAPA 3, EVOLUCIÓN DEL PIB, 2008=100, (1944-1994)..	<b>118</b>

## MAPAS:

MAPA 1. MÉXICO: EXPANSIÓN ESTATAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS, 1950.....	99
MAPA 2. MÉXICO: EXPANSIÓN MUNICIPAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS 1950, PRINCIPALES RECINTOS.....	100
MAPA 3. MÉXICO: EXPANSIÓN ESTATAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS, 1960.....	108
MAPA 4. MÉXICO: EXPANSIÓN MUNICIPAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS 1960, PRINCIPALES RECINTOS.....	109
MAPA 5. MÉXICO: EXPANSIÓN ESTATAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS, 1970.....	110
MAPA 6. MÉXICO: EXPANSIÓN MUNICIPAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS 1970, PRINCIPALES ESTRUCTURAS.....	111
MAPA 7. MÉXICO: EXPANSIÓN ESTATAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS, 1980.....	113
MAPA 8. MÉXICO: EXPANSIÓN MUNICIPAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS 1980, PRINCIPALES RECINTOS.....	114
MAPA 9. MÉXICO: INTERACCIÓN DE PRINCIPALES CIUDADES Y LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS, 1993.....	121
MAPA 10. MÉXICO: INTERACCIÓN DE LA PRINCIPAL INFRAESTRUCTURA DEL IMSS Y LA CARRETERA FEDERAL, 1993.....	122

## FOTOGRAFÍAS:

FOTOGRAFÍA 1. PRESIDENTE MANUEL ÁVILA CAMACHO COLOCANDO PRIMER PIEDRA DEL IMSS 1942 .....	64
FOTOGRAFÍA 2. PRIMER PIEDRA DEL PRIMER EDIFICIO PERTENECIENTE AL IMSS 1942.....	64
FOTOGRAFÍA 3. LA CASA DE LA ASEGURADA (IMSS).....	68
FOTOGRAFÍA 4. CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE (ISSSTE).....	71
FOTOGRAFÍA 5. CEREMONIA DE INAUGURACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 1963 .....	72
FOTOGRAFÍA 6. UNIDAD MÉDICA RURAL #22 (IMSS).....	77
FOTOGRAFÍA 7. VISTA AÉREA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI 1976 .....	97
FOTOGRAFÍA 8. ESCULTURA “LA MATERNIDAD” EN CENTRO MÉDICO NACIONAL.....	97
FOTOGRAFÍA 9. CONSTRUCCIÓN DEL PRIMER HOSPITAL REGIONAL EN MONTERREY, NUEVO LEÓN, 1950.....	99
FOTOGRAFÍA 10. HOSPITAL GENERAL “LA RAZA”, 1965.....	99
FOTOGRAFÍA 11 Y 12. PINTURAS EN EL VESTÍBULO E INTERIOR DEL AUDITORIO DEL CENTRO MÉDICO “LA RAZA”.....	102
FOTOGRAFÍA 13, 14 Y 15. VISTAS DISTINTAS DEL PROYECTO CONJUNTO MORELOS.....	103

FOTOGRAFÍA 16. VISTA AÉREA DE LA UNIDAD HABITACIONAL INDEPENDENCIA.....	<b>105</b>
FOTOGRAFÍA 17 Y 18. CENTRO DE ABASTO AL INTERIOR DE LA UNIDAD HABITACIONAL INDEPENDENCIA.....	<b>106</b>
FOTOGRAFÍA 19 Y 20. ZONAS DEPORTIVAS, ARTISTICAS, TALLERES Y DE RECREACIÓN DEL IMSS.....	<b>107</b>

## SIGLAS

AL	AMÉRICA LATINA
BIRF	BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO
BM	BANCO MUNDIAL
CEPAL	COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
CFE	COMISIÓN FEDERAL DE ELECTRICIDAD
CGP	CONDICIONES GENERALES DE LA PRODUCCIÓN
CISS	CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
CMN	CENTRO MÉDICO NACIONAL
CONASUPO	COMPAÑÍA NACIONAL DE SUBSISTENCIAS POPULARES
COPLAMAR	COORDINACIÓN GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS
DIF	DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
FMI	FONDO MONETARIO INTERNACIONAL
IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
INEGI	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFÍA
INFONAVIT	INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES
ISAPRES	INSTITUTOS DE SALUD Y PREVENSIÓN SOCIAL
ISSFAM	INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
ISSSTE	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
LFC	LUZ Y FUERZA DEL CENTRO
MAIS	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
MCE	MODELO DE CRECIMIENTO ENDÓGENO
MSP	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
OIT	ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO
OMS	

ONU	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
PEMEX	ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
PIB	PETROLEOS MEXICANOS
PRI	PRODUCTO INTERNO BRUTO
PRONASOL	PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL
PSE	PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD
PEA	PACTO SOLIDARIDAD ECONÓMICA
SEP	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA
SERMENA	SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SGM	SERVICIO MÉDICO NACIONAL
SGP	SEGUNDA GUERRA MUNDIAL
SNS	SERVICIOS GENERALES DE LA PRODUCCIÓN
SS	SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TELMEX	SEGURO SOCIAL
TLCAN	TELÉFONOS DE MÉXICO
UMF	TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA DEL NORTE
UMR	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
URSS	UNIDAD DE MEDICINA RURAL
	UNIÓN DE REPÚBLICAS SOCIAL SOVIÉTICAS

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo del sistema capitalista exige, debido a sus propias contradicciones, que exista recurrentemente un cambio en el patrón de acumulación con el fin de enfrentar la tendencia decreciente de la tasa de ganancia que es inherente a él, por ello a lo largo de la historia las transformaciones en el modo de producción capitalista han replanteado el modelo de desarrollo que se debe seguir para asegurar su continuidad; en la actualidad este proceso ha dado como resultado una economía globalizada y excluyente, con problemáticas sociales importantes en la mayoría de los países, pero en especial en aquellos que por su rol dentro de la división internacional del trabajo no alcanzaron a desarrollarse e insertarse en esta dinámica, evidenciando un desarrollo desigual y combinado a nivel territorial del sistema capitalista, producto de las propias contradicciones del desarrollo económico y sus problemas estrechamente relacionados con la calidad de vida de la población.

Una solución que el capital ha encontrado para hacer frente a su principal problema en la tasa de ganancia es la expansión geográfica y la reorganización espacial, las cuales suponen con frecuencia inversiones en infraestructuras<sup>1</sup> materiales y sociales de larga duración<sup>2</sup> que infiere directamente en la reconfiguración espacial y en las relaciones sociales, aplazando de esta manera la aparición de crisis en el capitalismo.

Es por ello que, durante la primera mitad del siglo XX, la mayoría de los países latinoamericanos, asumieron el reto de fortalecer sectores importantes en sus economías a través de la inversión de excedentes de capital en infraestructuras materiales clave, prestando mayor atención al sistema de salud; dando con ello origen al auge y expansión de las instituciones públicas encargadas de la seguridad

---

<sup>1</sup>Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) la infraestructura es un conjunto de elementos, dotaciones o servicios necesarios para el buen funcionamiento de un país, de una ciudad o de una organización cualquiera.

<sup>2</sup> Harvey David. Capítulo III. "Bajo el dominio del Capital". En *"El nuevo Imperialismo"*, Ediciones Akal, España, 2003, P. 80.

social de la población trabajadora principalmente, desarrollando a la par un mecanismo de control territorial y de población, funcional para la figura del Estado.

Esta seguridad y asistencia social forman parte de un discurso político y económico que se consolidó desde el siglo pasado, debido a que uno de los objetivos primordiales del ser humano desde siempre ha sido el tener pleno goce del bienestar físico, además de el de contar con las herramientas necesarias para el cuidado del mismo en caso de padecer algún tipo de incidente que pudiera interrumpir el desarrollo integral de su vida. Existe entonces una relación estrecha entre la salud y la calidad de vida, que se traducirá como las oportunidades con las que un individuo cuenta desde su nacimiento y la facilidad que tenga de satisfacer este tipo de necesidades dentro de la sociedad en donde se desenvuelve.

Es así que el tema de la seguridad social se vuelve complejo, de interés global y debido a su naturaleza debe ser analizado desde una perspectiva interdisciplinaria rescatándolo de su adscripción casi exclusiva a un entorno sanitario y aislado<sup>3</sup>. Esta interdisciplinaria debe incluir áreas de conocimiento diversas que refuercen y faciliten su percepción, no sólo como un hecho social y de salud, sino que permita ir más allá, tratando el tema desde una visión económico-social y desde un enfoque que poco ha sido estudiado, que además es menester desarrollar debido a la importancia que tiene: la relación entre la expansión territorial-infraestructural de la seguridad social y el crecimiento económico. Es entonces que surge la pregunta guía de esta investigación:

*¿El desarrollo y la expansión de la infraestructura en el sistema de salud en el territorio mexicano, en particular en caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), correspondió al crecimiento económico de la época?*

---

<sup>3</sup> González de Haro María Dolores, "La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas", Lección Inaugural del curso académico 2006 – 2007, Universidad de Huelva, España, Septiembre 2006, P. 11.

A partir de esta pregunta de investigación se hará hincapié en estos temas que, si bien están presentes de manera implícita, son difíciles de reconocer tanto o más como toda la teoría que está detrás de ellos, resaltando además la función y la importancia de dichas infraestructuras públicas en el proceso de cumplimiento de objetivos económicos principalmente.

La hipótesis expuesta entonces sostiene que efectivamente dentro de cualquier país las infraestructuras materiales e institucionales forman parte importante en el desarrollo económico, contribuyendo como eslabón dentro del mismo para que éste se pueda llevar a cabo de una forma adecuada. Al presentarse en un país un crecimiento económico notable, se deberá invertir una cantidad considerable de la riqueza generada en infraestructuras de carácter público para contrarrestar la antes mencionada tasa decreciente de ganancia que se presenta cuando el capital crece, de esta manera se hace circular el excedente, esperando recibir un rendimiento a largo plazo que resultara en mayores ganancias y por lo tanto un mayor crecimiento económico.

Sin embargo, en el caso particular de México, esta relación Infraestructural-Económica no se desplegó de una manera adecuada, haciendo incluso el crecimiento infraestructural del seguro social, deficiente, escaso y relativamente lento en relación al crecimiento económico que se presentó en ese periodo. Esta hipótesis se corrobora más adelante con los gráficos y los mapas que se irán presentando a lo largo de toda la investigación.

Desde una perspectiva económica, la construcción de infraestructuras relacionadas a la seguridad social asegura de algún modo el funcionamiento de la cadena productiva, ya que a través de éstas la población trabajadora tiene acceso a la salud traduciéndose entonces en el mantenimiento de la mano de obra, además de que el Estado cuenta con un sistema de control poblacional como antes se mencionó; sin embargo debido a la coyuntura histórica, al desarrollo del pensamiento económico y de la política pública, la cobertura de salud se ha vuelto un tema delicado y polémico, principalmente porque la aseveración de las enfermedades y la frecuencia de asistencia de los derechohabientes, causado por

el mismo proceso productivo acelerado y sistematizado, ha encarecido el gasto destinado a este rubro y por ello el Estado ha relegado responsabilidades permitiendo que existan inversiones privadas o incluso obligando al trabajador a ser él mismo quien pague por estos servicios.

En cuanto a una perspectiva política, la seguridad social es un instrumento crucial para el control y la gobernabilidad de un país, es parte de los elementos necesarios para formar una nación fuerte que asegure a su vez la producción de bienes de consumo necesarios (alimento, energía y otros servicios); históricamente se ha demostrado que una mano de obra saludable se traduce en una economía altamente productiva, idea que tomó mayor fuerza a partir de la automatización de la producción durante el siglo XX.

Por lo que respecta a la perspectiva social, la asistencia pública es una herramienta para la igualdad de oportunidades, es notorio que los países que cuentan con este tipo de sistemas de salud son aquellos que tienen deficiencias en el ingreso de su población y en consecuencia no les es posible acceder a estos servicios de forma privada. En las palabras de David Lipton, primer subdirector gerente del Fondo Monetario Internacional, el gasto público en salud y educación es el “gran igualador”<sup>4</sup>.

La importancia de analizar esta parte de las infraestructuras radica principalmente en la relación tan estrecha que se establece entre la construcción de unidades para brindar servicios sociales, el bienestar colectivo de la población demandante y el desarrollo económico del país, además de que uno de los objetivos de la investigación es encontrar las principales razones por las que el Estado decide hacer inversiones cuantiosas en estructuras materiales que más bien parecen representar gastos y además conocer cuál es el patrón que existe en cuanto a la ubicación territorial de cada una, todo ello a través del análisis de un periodo representativo en cuanto al tema del crecimiento infraestructural-económico en

---

<sup>4</sup> Gunn Trevor. “Invertir en la salud beneficia el crecimiento económico”, Gente saludable: Salud en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/2015/11/02/invertir-en-la-salud/>, Fecha de consulta: 03/03/2017.

México: de la llamada expansión económica iniciada en la década de los cuarenta al periodo de las reformas estructurales en la década de los noventa del siglo XX; contribuyendo, además, al fortalecimiento de ideas dentro del debate sobre este tema, haciendo más robusto el análisis económico sobre la seguridad social.

Las infraestructuras en general, se han vuelto la herramienta preferida del sistema económico para subsanar sus problemas de crisis, principalmente por el hecho de que en la inversión de ellas descansa la solución al exceso, en la mayoría de veces, de capital que no puede ser absorbido por otros factores; además de que el propio Estado ha encontrado en ellas un sistema adecuado de control sobre su territorio que permite la introducción profunda a sectores y lugares remotos entre sí. Se mostrará a lo largo de la investigación, cómo es que las infraestructuras son la expresión material del capitalismo y que su establecimiento y ubicación obedecen, en su mayoría, a las necesidades del sistema económico y no propiamente a las de los usuarios del servicio.

La revisión de la literatura económica demuestra que la investigación sobre el tema ha sido relativamente exitosa evidenciando la importancia de la infraestructura en las actividades económicas. A pesar de ello quedan aún interrogantes acerca de la metodología que se utiliza para el estudio de este tema principalmente para la cuantificación del nivel de impacto que tienen dentro del desarrollo regional. La investigación actual sugiere que éste es un proceso complejo, no lineal, con múltiples interacciones cruzadas<sup>5</sup> y que no puede ser analizado desde una perspectiva estática y homogénea.

El objetivo general de esta investigación es el de conocer la relación que existió entre el desarrollo de la infraestructura en el sector público, específicamente en el sistema de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el crecimiento económico en el periodo de 1943 a 1993. Además de los objetivos particulares que

---

<sup>5</sup> Aportela Fernando y Durán Roberto. "La Infraestructura en el Desarrollo Integral de América Latina. Diagnóstico estratégico y propuestas para una agenda prioritaria. Financiamiento: retos y oportunidades." XXI Cumbre Iberoamericana, IDeAL, Banco de Desarrollo de América Latina, Paraguay, 2011. p. 16

son el analizar el comportamiento que tuvo el sistema de salud dentro de la economía, evaluar el funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de su infraestructura básica en el periodo de Industrialización por Sustitución de Importaciones y el de describir la reconfiguración espacial que se desarrolló a partir de la fundación y el desarrollo del IMSS y el establecimiento de infraestructura en toda la república.

Para poder cumplir con su cometido, esta investigación se dividió en tres capítulos; en el primer capítulo se hace una breve descripción acerca de las diferentes corrientes de pensamiento económico que existen alrededor del tema de infraestructuras públicas y su relación con el desarrollo económico en el territorio; las ideas principales de economistas que contribuyeron con sus aportaciones a la conformación del concepto que se tiene hoy en día, así como el contexto internacional histórico en el que se situaba nuestro objeto de estudio para dar un panorama amplio de la situación que se presenciaba durante el periodo de análisis.

Posteriormente, en el capítulo segundo se realizó una descripción del origen y desarrollo infraestructural que tuvo durante parte del siglo XX el máximo representante de la salud institucional en México: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); así como las decisiones, acciones, políticas y proyectos que el Estado puso en marcha a través del Instituto para facilitar el establecimiento del sistema de salud integral, además del impacto dentro de la economía mexicana y en la sociedad.

Para finalizar se hizo una comparación con algunos indicadores macroeconómicos que demuestran la relación que existe entre el desarrollo material de salud y el crecimiento económico, y de la dependencia de una hacia la otra; además se realizó una descripción detallada y cronológica de cómo se desarrolló infraestructuralmente el Instituto durante su auge que fue durante el siglo XX, se muestran los puntos estratégicos de establecimiento de hospitales y centros de asistencia social del IMSS, demostrando que están situados en los principales centros urbanos dentro del territorio mexicano.

## CAPÍTULO 1. BASES TEORÍCO-CONCEPTUALES PARA EL ESTUDIO DE LAS INFRAESTRUCTURAS

*“Se dice que la salud deberá ser consecuencia del desarrollo general, pero quizá sea más adecuado decir que la salud deberá ser condición previa para alcanzar el desarrollo particular y general.”*

Dr. Jorge Jiménez Cantú

Secretario de Salubridad y Asistencia, 1975.

Para poder realizar una investigación satisfactoria sobre el tema que sea, es necesario definir un conjunto de categorías que permitan su comprensión y análisis, principalmente aquellos que describan el fenómeno desde su origen y de la interacción que existe con otros actores dentro de su desarrollo. En el caso de las infraestructuras, es importante conocer qué se debe entender cuando se habla de ellas, cuál es su relevancia dentro del análisis del desarrollo económico, el papel que desempeña dentro de una sociedad y la relación que guarda con el Estado<sup>6</sup>.

En el presente capítulo se describe y conceptualiza el término de Infraestructura así como su categorización; haciendo también un breve recorrido por las principales teorías económicas que se encargan de su estudio, particularmente del vínculo que tienen con el desarrollo económico y el bienestar social, es decir, el sector de la asistencia social y la salud pública dentro de un enfoque institucional en el periodo que comprende la década de los cuarenta hasta la de los noventa del siglo pasado; delineando brevemente algunos casos de la región latinoamericana con el fin de comparar las diferentes políticas de salud pública y sus resultados en el mediano plazo.

---

<sup>6</sup> La palabra “Estado” etimológicamente nace del latín “*status*”, la cual toma un sentido político de “unidad política moderna”, entonces se entiende que es el órgano superior, soberano e independiente por el cual no existe autoridad superior o, como estructura social, el Pueblo. Priego Segura Guadalupe “*Un nuevo modelo de administración pública en la secretaría de finanzas y desarrollo social del Estado de Puebla*”, Universidad de las Américas Puebla, Dpto. de Derecho, Cholula, Puebla, México, 2003, p. 27.

## 1.1 SOBRE LA INFRAESTRUCTURA

El estudio de las Infraestructuras es complejo y extenso debido a las variantes que existen dentro de su misma clasificación. Es común pensar en edificios, puentes, carreteras y todas las obras físicas de grandes magnitudes que existen en una ciudad cuando se escucha acerca del término; si bien la idea no es errónea es un tanto incompleta; esto se debe a que cuando se hace referencia a las infraestructuras pocas veces se habla de lo que hay detrás de ellas; la carga ideológica, social y cultural que las envuelve, que es muchas veces la legitimación y la identificación de algún acontecer político ó económico importante perpetuado en su mayoría por el Estado, o bien un mecanismo de ejecución económico para la conservación de algunas relaciones sociales, además de los intereses y de los objetivos que se persiguen al establecer estas estructuras sociales.

Considerando lo anterior, podríamos definir a la infraestructura como una estructura física y organizativa, red o sistema necesario para el buen funcionamiento de una sociedad y su economía<sup>7</sup> establecida en un espacio estratégico determinado. Sin embargo, la complejidad del término radica principalmente en el hecho de que existen diferentes tipos de infraestructuras que pueden ser *tangibles* o *intangibles*, esto quiere decir que forzosamente se deberán incluir a todas aquellas relaciones sociales que participen de forma directa o indirecta en el mecanismo de una economía. Es por esta ambigüedad que Buhr hace una tipificación del mismo concepto que facilita su diferenciación y la explicación del mismo, para él existen tres tipos de infraestructuras que son:

- **Infraestructura Institucional:** Esta categoría de infraestructura comprende todas las normas usuales y establecidas de la comunidad, así como las instalaciones y procedimientos para la garantía y la aplicación de estas normas por parte del estado.
- **Infraestructura Personal (capital humano):** Comprende las características importantes, normas y reglas, así como el número de

---

<sup>7</sup> Organización de las Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nota de orientación sobre recuperación: Infraestructura. Capítulo 1. “*Introducción a la Recuperación de la Infraestructura*”, Nueva York, 2014, p. 2.

población activa. Este tipo de infraestructura ha marcado las referencias a la infraestructura institucional y a la material ya que la posición central de este tipo de infraestructura en la vida económica es el resultado de sus relaciones básicas con las causas del crecimiento económico.

- **Infraestructura Material:** Este tipo de infraestructura se entiende que representan los bienes de capital en la forma de transporte, educación, servicios de salud, equipos de energía, suministro de agua, alcantarillado, recolección de los residuos sólidos urbanos y la limpieza del aire, de construcción de viviendas, instalaciones para fines administrativos y para la conservación de los recursos naturales. Debido a su calidad de provisión pública esta categoría también se entiende como capital social, servicios sociales e instalaciones públicas.<sup>8</sup>

Es interesante hacer notar que dentro de la clasificación que nos brinda Buhr, en el tipo de infraestructuras materiales se toma en cuenta únicamente aquellas instalaciones de carácter público ó social, debido a la población objetivo a las que están dirigidas y a la forma en cómo se insertan dentro de la economía, esto sin dejar de lado que son un elemento necesario en el desarrollo técnico y social de un lugar, fomentan la inversión (privada y pública), facilitan el acceso a los diferentes servicios a la población y garantizan el buen funcionamiento de una sociedad que necesita de ellas para realizar sus actividades cotidianas; además de que, por su condición de organismos sociales, son la herramienta principal que el Estado utiliza para cumplir con su responsabilidad de proveer servicios que preserven el bienestar social y el desarrollo económico del país.

Existe una relación estrecha entre los países que tienen altos índices de desarrollo económico y social con su nivel de sofisticación en infraestructuras, especialmente en las de tipo material. Estas infraestructuras pueden estar presentes en una sociedad en dos formas de dominio: público o privado, esto dependerá de cómo son poseídas, administradas y reguladas<sup>9</sup>. Las que son de interés para esta investigación son las primeras, o sea las que se establecen como

---

<sup>8</sup> Buhr Walter, "What is infrastructure?", University of Siegen, Departamento de Economía, Discussion paper No. 107-03, Alemania, Siegen. pp. 4, 6,8.

<sup>9</sup> ONU "Introducción a la Recuperación de la Infraestructura". *op. cit.* p. 2.

medio de atención social, aquellas que están a cargo del gobierno y que se dedican únicamente a la prestación de servicios sociales.

### **1.1.1 INFRAESTRUCTURA PÚBLICA O SOCIAL**

Una vez definido el concepto de infraestructura, conociendo sus diferentes tipologías y la forma de dominio que pueden presentar, nos concentraremos únicamente en las de tipo público o social, que son aquellas que están administradas directamente por el Estado en su condición de proveedor y protector del bienestar como garante de los derechos humanos, y que por su condición se caracteriza esencialmente por su finalidad: satisfacción de necesidades colectivas<sup>10</sup>.

Aun dentro de la categoría de infraestructura pública, debido a que el Estado se apoya en diferentes instituciones de su misma creación, existe una subdivisión de las mismas, que son de uso público y de aprovechamiento general. Hay obras destinadas al general aprovechamiento que no son de uso público, tales como la señalización marítima, el balizamiento de los aeropuertos e instalaciones portuarias, el encauzamiento de los ríos, las obras de defensa en el litoral, etc.<sup>11</sup> Es por ello que el financiamiento de infraestructuras públicas se convierte en un tema ambiguo y un tanto viciado puesto que la construcción de ellas supone grandes inversiones por parte del Estado o la institución encargada de ello y el recurso es proveniente de la contribución de los ciudadanos mediante la recolección de impuestos, sin embargo el acceso a ellos es restringido en algunas ocasiones.

En su función de proveedor y de procurador del desarrollo económico y social, el Estado tiene la obligación y el compromiso de incentivar, de la forma que le sea posible, el crecimiento económico de un país, así como de asegurar el bienestar social y colectivo de la población; para poder lograrlo será necesario que procure las principales áreas estratégicas del país dándoles mantenimiento, financiamiento

---

<sup>10</sup> Jiménez de Cisneros Cid Francisco Javier. *“Hacia un nuevo concepto de Infraestructura pública/obra pública desligado del dominio público y del servicio público”*, Universidad Autónoma de Madrid, España, 1999. p.195.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

y vigilando que su operación sea la adecuada para lograr el beneficio público y económico. Las áreas que el gobierno tiene que priorizar son: el sector energético, el sector de telecomunicaciones (incluyendo carreteras y vías de comunicación), el sector alimenticio y por supuesto dedicado a la protección del bienestar social, incluido el sector salud (asistencia pública); que son a la vez las ramas económicas claves, que fomentaran el desarrollo si son correctamente administradas.

De todas estas áreas estratégicas que el Estado debe de administrar y vigilar la que es de interés para esta investigación es la relacionada a la asistencia social<sup>12</sup>. A menudo la inversión en infraestructuras es dividida entre “infraestructuras tradicionales” (carreteras, puertos, plantas eléctricas, etc.) e “Infraestructuras de salud”, como si la construcción de estas últimas estuviera apartada de las demás o se rigiera bajo diferentes condiciones para su establecimiento, incluso como si las segundas tuvieran menos prioridad que las primeras. Sin embargo, la implementación de la infraestructura apropiada en cuidado de la salud —para garantizar que las poblaciones locales y los visitantes reciban un tratamiento adecuado— permite que el país retenga los capitales y a los profesionales locales<sup>13</sup>. Lo que resulta en el hecho de que el cuidado de la salud está íntimamente relacionado con toda otra infraestructura como catalizador de un crecimiento sustentable y a largo plazo.

Por tanto, las infraestructuras que se estudiarán serán únicamente aquellas de carácter público y que estén destinadas para fines de seguridad social. Es importante hacer notar que cuando se hace referencia a infraestructuras del tipo de seguridad social, además de referirnos a los hospitales y los centros de atención sanitaria, deberán incluirse todas aquellas unidades físicas orientadas al cuidado y

---

<sup>12</sup> La asistencia social puede entenderse como toda acción dirigida a la población que en diversos momentos de la historia ha sido marginada y/o excluida de las condiciones materiales necesarias para su reproducción. La asistencia social pública forma parte de la política social más general la cual se divide de en dos esquemas de protección: la seguridad social y la asistencia social. Valckx Gutiérrez Aimée, “*Más que “callejeros”: discursos y prácticas en los programas del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Puebla y la Fundación Junto con las Niñas y los Niños (JUCONI)*”, Licenciatura en Antropología Cultural. Departamento de Antropología. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. Cholula, México, 2007, p. 71.

<sup>13</sup> Gunn Trevor. “*Invertir en la salud beneficia el crecimiento económico*”... *Op. Cit.*

la procuración del bienestar colectivo como lo son las oficinas administrativas, legales, culturales, unidades habitación, centros de recreación o rehabilitación, casas de retiro, albergues y todo lo relacionado a las necesidades primarias que pudiera tener el derechohabiente.

Para comenzar con la concepción de este tipo de infraestructuras y así poder explicar cuál fue el contexto en el que se desarrollaron, será necesario hacerse la siguiente pregunta: ¿Qué es un edificio para la asistencia social?, en respuesta a esta interrogante la Organización Panamericana de la Salud dice que:

Es una edificación compleja en la que converge una alta tecnología, cuyo planteamiento y diseño encierra soluciones de diversa índole tales como las de edificio para oficinas, hotelería, industria, religión, bodegaje, etc., además de los servicios puramente de salud que comprenden áreas especializadas, que deben diseñarse de una manera sincronizada, ya que de su funcionamiento depende la vida de los pacientes y usuarios del edificio<sup>14</sup>.

Todas las edificaciones que tengan el objetivo de asistir a la demanda creciente de población con deficiencias en su desarrollo integral deberán cumplir con las características antes citadas. Generalmente estas unidades materiales de atención requieren de inversiones cuantiosas debido al tamaño de proyecto que suponen, y son de carácter urgente por la importancia que tienen dentro de la sociedad en donde se establecen.

La mayoría de estas infraestructura que se construyeron durante la época de los cuarenta a los noventa del siglo pasado formaron parte de toda una etapa expansiva del crecimiento económico, urbano, territorial y social que fue crucial dentro de la historia de la seguridad social; en este periodo el desarrollo de las fuerzas productivas requería del respaldo de un sistema capaz de atender las necesidades de sus trabajadores, principalmente aquellas causadas por el desgaste físico y mental que vertían en el desempeño de sus labores y que concluyen en la mayoría de los casos en deficiencias en el sistema corpóreo del obrero, además de

---

<sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud, *“Mitigación de desastres sísmicos en las Instalaciones de salud: Evaluación y Reducción de la Vulnerabilidad Física y Funcional”*, Volumen 3. “Aspectos Arquitectónicos”, Cap. 2 “Diseño Arquitectónico de Hospitales”, Bogotá, Colombia, 1993, p. 1.

accidentes de trabajo; problemas que aumentaron su frecuencia a partir del crecimiento de la industria y la automatización de la mano de obra.

El término y la concepción que se tiene hoy en día de la infraestructura perteneciente a la seguridad social, es el resultado de una serie de acontecimientos políticos, sociales, económicos y culturales que se han presentado a lo largo de la historia. Las adecuaciones del término se dieron bajo un marco de reformas y cambios estructurales de una sociedad que se encuentra en constante desarrollo.

A través de la historia del pensamiento económico han surgido diferentes teorías económicas alrededor del concepto y la función de las infraestructuras, cada una con planteamientos acerca de la relación que tienen con el crecimiento y el desarrollo económico, el impacto a nivel nacional y regional, las desigualdades sociales que se acentúan o desvanecen a partir de la construcción de ellas y todo un conjunto de ideas que defienden y atacan su forma de dominio. A continuación, se hará un breve recorrido de ellas, explicando aquellas que se consideran como clave con el fin de robustecer el análisis y ampliar el panorama acerca de la percepción económica de las mismas.

## **1.2 LAS INFRAESTRUCTURAS A LO LARGO DEL PENSAMIENTO ECONÓMICO**

Dentro de la historia del pensamiento económico han surgido numerosas corrientes que señalan a su manera las leyes y principios que son necesarios para que una economía funcione de forma adecuada; existen dentro de estas corrientes, aquellas que defienden una postura ortodoxa o conservadora, como lo es la escuela alemana dentro del estudio del desarrollo regional, y algunas otras como la escuela francesa que basa sus postulados en una visión más heterodoxa que desafía los planteamientos hegemónicos. Esta diferencia de ideologías dentro del quehacer económico, crea numerosos conflictos y debates que derivan en una constante lucha por demostrar la razón verdadera en la práctica, principalmente cuando se ejecutan para la solución de problemáticas; lamentablemente una mala decisión en el actuar económico origina dificultades más profundas.

Con respecto al análisis del desarrollo económico, el desarrollo regional se ha fortalecido como factor determinante para éste que suceda; a pesar de que la idea ya cuenta con décadas de estudio, sigue siendo relativamente joven ya que aún no es aceptada en su totalidad por algunas corrientes dentro de la teoría económica. Pocos son los filósofos y economistas que han tomado en cuenta el desarrollo regional de los territorios, desde una perspectiva espacial evidente, dentro de sus análisis económicos. El principal obstáculo para que esto sea aceptado por las demás corrientes, es el hecho de que se considera innecesaria la idea de que las regiones dentro de un espacio económico se desenvuelven de una forma heterogénea y diferente una de otra.

El análisis económico clásico generó todo un debate alrededor de la relación que guarda el desarrollo económico regional con el establecimiento de infraestructuras de carácter público; hay algunos autores que apoyan este enfoque y aseguran que la dotación de infraestructura pública en regiones atrasadas tiene impactos positivos en la actividad productiva y, por ende, en el valor agregado; pero también hay quienes argumentan que este tipo de inversión tendría efectos positivos en el crecimiento regional, sólo si se dota de ella a regiones productivas, dejando de lado aquellas regiones del país que no prometan resultados; incluso algunos autores afirman que existen diferencias entre regiones de igual desarrollo que ameritan inversiones en infraestructura completamente distintas<sup>15</sup>.

La mayoría de las corrientes de pensamiento económico apuesta por la necesidad de contar con infraestructuras materiales adecuadas para contribuir al desarrollo de los factores de producción y por tanto al desarrollo económico de la región, la diferencia radica principalmente en su forma de administración y en su localización. Al respecto, la historia nos brinda un panorama variado de ideas sobre esto; con planteamientos que han sido estructurados con muchos siglos de

---

<sup>15</sup> Hernández Pérez Angelina, “La inversión en infraestructura pública. Una alternativa de política para el crecimiento económico regional”, en *Carta Económica Regional*, Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA), Universidad de Guadalajara, Junio 2011. p. 112

antelación y que se siguen tomando como referencia debido a lo sólido de sus argumentos.

Uno de los primeros economistas en referirse a ello fue William Petty (1623-1687), reconocido también por ser el primero en incluir el método cuantitativo a las ciencias sociales, hecho que revolucionó la técnica de su estudio. En su obra *Aritmética Política* publicada en 1690, Petty ya observaba que para obtener un excedente de producción era necesario que los obreros trabajaran lo suficiente para cubrir las necesidades de ellos y de los demás, es decir, que fueran *productivos*, esto con la finalidad de generar un *superávit* en la balanza comercial provocando una entrada extra de metales preciosos en el país<sup>16</sup>.

Esta productividad en los trabajadores estaba condicionada por factores que él llamaba: *naturales* (el mar, los puertos, la fertilidad de la tierra, etc.) o bien *tecnológicos y organizativos* vinculados a la evolución social de los diferentes pueblos. Dentro de estos factores, señaló las mejoras en la tierra (drenaje, riego y otras por el estilo) y las inversiones en infraestructura (caminos, canales navegables)<sup>17</sup>. De esta manera, las infraestructuras contribuirían a la evolución social de los pueblos y al desarrollo integral del individuo; que incluía la alimentación, el comercio y la salud. Petty dio pasos agigantados en el ramo, abriendo camino para las teorías de crecimiento consecuentes.

Contrario a lo que Petty señalaba, surgió la teoría del economista escocés Adam Smith (1723-1790), que es uno de los máximos representantes no solo en la corriente de pensamiento clásica, sino en toda la formación de teoría económica debido a sus aportaciones fundamentales materializados en su obra publicada en 1776, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (Investigación de la Naturaleza y causas de la Riqueza de las Naciones).

---

<sup>16</sup> Roncaglia Alessandro, *La Riqueza de las Ideas, Una historia del pensamiento económico*, Prensas Universitarias de Zaragoza, España, 2006, p. 94. Disponible en: <https://economiauno.files.wordpress.com/2013/10/roncaglia.pdf>

<sup>17</sup> *Ibíd.* p. 106

En esta obra, Smith habló sobre los ingresos de la República: que se obtendrían a partir del cobro de impuestos, necesarios para llevar a cabo los gastos correspondientes a defensa y justicia, pero también a las obras públicas — principalmente, infraestructuras de transporte: canales navegables, carreteras, puentes— y la educación<sup>18</sup>. Consideraba que la libertad económica y la libertad política estaban íntimamente relacionadas; fue un activo portavoz de las reformas económicas en la agricultura, de la construcción de infraestructuras y de la abolición de todos los residuos feudales<sup>19</sup>. La necesidad de expandir el comercio y con ello el crecimiento económico a través de las ciudades, lo obligaba a poner atención en aquellas formas que lo facilitarían, en ese sentido las infraestructuras eran pieza clave en esta expansión.

Smith fue un parte aguas en cuanto al pensamiento económico, muchos de los planteamientos que se conocen a la fecha siguen haciendo referencia a él; a partir de estas aportaciones comenzó a gestarse un desarrollo del pensamiento económico más robusto relacionado a las infraestructuras, pero fue hasta el siglo XX cuando surgieron nuevos teóricos que se dedicaron a retomar los planteamientos clásicos y los fueron modificando, adaptándolos a las necesidades de su periodo histórico.

El primero en abordar el tema en una forma más específica es Reimut Jochimsen (1933-1999), economista y político alemán quien contempla por primera vez factores como el espacio y desarrollo económico en conjunto, uniéndose en su obra más importante publicada en 1966 "*Theorie der Infrastruktur. Grundlagen der marktwirtschaftlichen Entwicklung*" (Teoría de la infraestructura. Conceptos básicos de desarrollo de la economía de mercado) en donde su principal aporte a la teoría es la definición de infraestructura, que es la suma de las instalaciones físicas, institucionales y disposición de las unidades de negocio, [...] se centra principalmente en los servicios básicos como el transporte, la energía y el

---

<sup>18</sup> *Ibíd.* p.209

<sup>19</sup> *Ibíd.* p. 533

suministro de agua, comunicaciones y saneamiento<sup>20</sup>. Jochimsen es la base de las teorías de infraestructura, debido a su enfoque fundamental del estudio del desarrollo económico regional.

Posterior a la teoría desarrollada por él surge, durante la década de los años cincuenta del siglo XX, un debate ideológico acerca del desarrollo económico regional, con dos corrientes de pensamiento que se declararon abiertamente en contraposición; *la teoría del crecimiento equilibrado* por una parte, con sus principales exponentes que eran los economistas, el polaco Paul Rosenstein-Rodan (1902-1985) y el estadounidense Ragnar Nurkse (1907-1959) y por otra parte *la teoría del crecimiento desequilibrado* orquestado por el economista alemán Albert O. Hirschman (1915-2012) y el estadounidense Alvin Hansen (1887-1975).

La teoría del crecimiento equilibrado tiene con Rosenstein-Rodan los planteamientos de su teoría conocida como la “teoría del gran impulso”, la cual sostiene que los países de ingresos bajos enfrentan tres problemas específicos: 1) la indivisibilidad de la oferta de capital fijo; 2) la indivisibilidad o complementariedad de su demanda y; 3) la indivisibilidad de la oferta de ahorro<sup>21</sup>. Para poder hacer frente a estos problemas que frenan el desarrollo económico y regional, Rosestein-Rodan dice que la solución sería un amplio plan de inversiones, planificadas y financiadas por un capital extranjero, de manera que suponga un fuerte estímulo para la demanda y genere así infraestructura que permita un buen aprovechamiento de las economías externas<sup>22</sup>.

Por su parte la aportación de Nurske va en un sentido similar al de Rodan, la teoría que desarrolla está relacionada a lo que él llamó “teoría de los círculos viciosos de la pobreza”, en donde plantea que, a raíz de su situación precaria, los países pobres tienden a repetir su estado a través de una causación circular, con una escasez de capital que les impide crecer. Para solucionar esta dificultad, Nurske

---

<sup>20</sup> Werner Josua, “*ORDO: Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft*” Vol. 19, Theorie der Infrastruktur: Zu dem gleichnamigen Buch von Raimut Jochimsen, Deutschland. 1968, p. 422

<sup>21</sup> Hidalgo Capitán Antonio Luis, “*El pensamiento económico sobre desarrollo: de los mercantilistas al PNUD*”, Universidad de Huelva, España, 1998, p. 95.

<sup>22</sup> *Ibíd.* p. 96.

dice que habría que rentabilizar grandes inversiones simultáneas en los diferentes sectores, de tal manera que culminen en una ampliación del mercado y en una capitalización de la economía<sup>23</sup>. No debemos olvidar que bajo la premisa de este autor, los países que requieren de esta solución, son aquellos que se encuentran en una situación de pobreza, por lo que dicha inversión tendrá que venir de alguna fuente externa; proponiendo al final que se generen dichas inversiones simultáneas en todos los sectores de la economía y así conseguir un crecimiento equilibrado<sup>24</sup>: estas inversiones se concentrarán principalmente en infraestructuras claves y redituables.

En contraposición y respecto a la teoría del desarrollo económico regional desequilibrado, los planteamientos de Hirschman y Hansen, destacaron principalmente por la crítica hecha a la teoría de Rodan y además por su aportación acerca del fomento de la toma de decisiones y en la inversión inducida. Particularmente Hirschman considera al crecimiento desequilibrado como una serie de adelantos desiguales de un sector seguidor por los demás sectores que trataran de alcanzarlo<sup>25</sup>, es decir que este desarrollo económico estará plagado de desequilibrios que deberán superarse al paso que se vaya avanzando. Dicho de otro modo, las economías externas generadas por un sector hacen que se desarrolle otro que vuelve a producir economías externas útiles para un nuevo sector<sup>26</sup>.

Entonces se deduce que la pieza clave dentro de este modelo es en qué sector económico sea colocada la inversión original para que pueda ser capaz de contagiar a los demás sectores y se impulsen a otras nuevas. Se refiere a la intervención gubernamental y la necesidad de la internalización de la inversión pública en infraestructura<sup>27</sup>, esto con la finalidad de que el Estado logre la aplicación de medidas correctivas dado el caso de que el crecimiento económico provocara

---

<sup>23</sup> *Ibídem.*

<sup>24</sup> *Ibídem.*

<sup>25</sup> *Ibíd.* p.97.

<sup>26</sup> *Ibídem.*

<sup>27</sup> Hernández Pérez Angelina, “*La inversión en infraestructura pública...*”, *op. cit.* p. 114

algún tipo de desequilibrio social y regional, revirtiendo entonces la polarización territorial.

Esta intervención sería sobre la inversión en infraestructura pública o capital *overhead*, que abarca a todos aquellos servicios básicos sin los cuales no podría haber actividades productivas, como la justicia, educación, salud, comunicaciones y transportes, energía eléctrica, agua, capital agrícola, etc.<sup>28</sup> El Estado comienza a formar parte de la toma de decisiones dentro de la economía pero desde una perspectiva infraestructural, postulado que sirvió para planteamientos siguientes en donde el Estado ya forma parte más integral de estas construcciones, principalmente en el rubro de bienestar social y la salud.

Acerca de la teoría del desarrollo económico desequilibrado, se presentaron otras teorías que, sin estar relacionadas propiamente con el debate, aportaron ideas sólidas acerca del desequilibrio existente entre regiones. Los economistas, el francés François Perroux (1903-1987) junto con el sueco Gunnar Myrdal (1898-1987), dieron otro enfoque dentro de la misma corriente. Fue Perroux quien estableció el término de *polos de crecimiento* para referirse al hecho de que un punto geográfico donde se inicia el crecimiento de una economía creará un foco de crecimiento en torno a él<sup>29</sup>; es visible la postura que tenía Perroux dentro del desarrollo desigual, con la necesidad de generar economías de escala para poder concretar un desarrollo dentro de la región.

Dentro de su obra se dedica la mayor parte del tiempo a describir los problemas del desarrollo económico regional y el mismo Perroux hace una tipificación de aquellos países que son considerados como “subdesarrollados”, dice puntualmente que: son países con economías desarticuladas, que no poseen en su espacio territorial una red homogénea de precios; tienen carencias en infraestructura, transporte, recursos humanos calificados, entre otras cosas y

---

<sup>28</sup> Roncaglia Alessandro, “*La Riqueza de las Ideas...*” *op. cit.* p. 533.

<sup>29</sup> Antonio Luis Hidalgo Capitán, “*El pensamiento económico sobre desarrollo...*” *op. cit.* p. 99.

poseen diversidades étnicas y culturales<sup>30</sup>. Ya en su definición de un país subdesarrollado, Perroux hacía evidentes las deficiencias que tendrían que cubrirse para poder llegar a lo que se entendía como desarrollo; las infraestructuras seguían latentes en esta necesidad de generar inversiones que proliferen dentro de la economía.

A partir de ello surge la teoría del *Capital Humano*, encabezada por el también economista norteamericano Theodore Shultz (1902-1998) quién la desarrolló basado en la idea de la inversión que el Estado tendría que realizar para con sus trabajadores con el fin de capacitar y especializar la mano de obra y de esta forma hacerla competitiva y productiva; Shultz decía que era necesario invertir en escolarización, salud, en la crianza de los niños, en profesionales, en investigación<sup>31</sup>, con el objetivo de disminuir la brecha de ingreso entre la población, brindándoles una mejor calidad de vida a las personas de escasos recursos. El centro de la teoría de capital humano está en tomar la educación y capacitación como formas de inversión que producen beneficios a futuro con mayores ingresos para las personas con educación, y por ende, la sociedad<sup>32</sup>.

Posteriormente, en la corriente neoclásica de pensamiento económico, surgió lo que se conoce como la *ciencia regional*, en donde su principal exponente es David Aschauer (1953-2011) quien en 1989 demostró con una investigación basada en la estimación de una función de producción de tipo Cobb-Douglas<sup>33</sup> que existía una alta correlación positiva entre inversión en infraestructura y crecimiento económico regional; su fundamento radica en la idea de que el presupuesto que es

---

<sup>30</sup> Correa Eugenia, "La teoría general de Perroux", *Revista de Comercio Exterior Bancomext*, México, Diciembre, 2000, p. 1096. Disponible en: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/41/9/RCE.pdf>

<sup>31</sup> Cardona Acevedo Marleny, Isabel Cristina Montes Gutiérrez, *Et. Al.*, "Capital Humano: Una mirada desde la educación y la experiencia laboral", en *Semillero de Investigación en Economía de EAFIT – SIEDE*, Medellín, Grupo de Estudios Sectoriales y Territoriales, Abril de 2007. Documento 56 – 042007. p. 18.

<sup>32</sup> *Ibídem*.

<sup>33</sup> Es una función desarrollada por el economista Johan Gustaf Knut Wicksell y perfeccionada por Charles Cobb y Paul Douglas, que explica matemáticamente y de una forma abstracta la relación que existe entre los factores de la producción en economía.

destinado a la inversión pública especialmente en el ramo de la infraestructura contribuiría positivamente a que existiera una mayor productividad y con ello el capital privado sería un insumo positivo en la función de producción colaborando al incremento de la productividad de la región<sup>34</sup>. Aquí la función del Estado queda relegada y pasa a tomar relevancia el capital privado.

Dentro de la misma corriente pero con otro argumento teórico surgieron los *modelos de crecimiento endógeno* (MCE) encabezados principalmente por los trabajos de Romer (1986) y Lucas (1988), cuyos resultados presentaron algunas variantes respecto a los modelos tradicionales de la economía ortodoxa<sup>35</sup>. Tienen como rasgo distintivo su estructuración en torno a una función de producción donde la tasa de crecimiento depende básicamente del stock de tres factores: capital físico, capital humano y conocimientos (o progreso técnico), factores que pueden ser objeto de acumulación y que generan externalidades<sup>36</sup>. De aquí que surja la idea de invertir en infraestructura (capital físico), no sólo como una cuestión de construir estructuras físicas, sino que además se debe invertir en la parte de innovación tecnológica, generando en consecuencia un mayor crecimiento a las diferentes regiones económicas del territorio. En el plano regional, lo anterior significa que la dotación de infraestructura, de carácter público o privado, tiene igual repercusión en el crecimiento económico.

Sin embargo, existen acerca del tema, teorías regionales que critican principalmente el método de análisis de las teorías hegemónicas internacionales que dejan de lado la regionalización del análisis, un ejemplo de ello, son los especialistas en el tema que se manifestaron en la región de América Latina.

---

<sup>34</sup> Hernández Pérez Angelina, “*La inversión en infraestructura pública...*” *op. cit.* pp. 115-116

<sup>35</sup> *Ibíd.* p. 117

<sup>36</sup> De Mattos Carlos A., “Nuevas teorías de crecimiento económico: una lectura desde la perspectiva de los territorios de la periferia”. En *Revista de Estudios Regionales, Santiago*, Instituto de Estudios Urbanos Pontificia Universidad Católica de Chile, No. 58, 2008, p. 24.

### 1.2.1 LOS ESTUDIOS SOBRE LAS INFRAESTRUCTURAS EN AMÉRICA LATINA

A pesar de la importancia que tiene la inversión en infraestructuras en el desarrollo económico, como se explicó con anterioridad, no fue sino hasta la década de los ochenta del siglo XX cuando se comenzaron a abordar sus estudios específicos, en primer momento vinculados como parte del desarrollo de la línea de investigación referente al proceso de urbanización capitalista en América Latina (AL), desde una perspectiva de crítica marxista.

A partir de entonces se despertó el interés de diferentes teóricos que consideraron necesario el estudio del desarrollo infraestructural y su impacto económico; por lo que comenzaron a concretar diferentes teorías con respecto al fenómeno de urbanización bajo la influencia de la globalización que se ha presentado en el mundo en los últimos 35 años y que ha tenido repercusiones en el desarrollo de Latinoamérica. Urbanización que se ha visto reflejada principalmente en la construcción de enormes infraestructuras materiales que conformaron enormes ciudades y fomentaron la productividad en la región.

En general, estos trabajos evidenciaban la importancia de la infraestructura sobre la productividad, sugiriendo que ésta tiene tasas de retorno elevadas. Sin embargo, estudios posteriores, que enfocaban su análisis en datos regionales, arrojaron conclusiones contradictorias declarando que: bajo un nivel de agregación regional, el efecto de la infraestructura sobre la productividad parecía ser insignificante<sup>37</sup>. Después se clarificó esta contradicción y se explicó que la relación que guarda el estudio de las infraestructuras con el desarrollo económico de un país no debía de ser analizado de una manera homogénea y simplista, sino a niveles desagregados geográficamente hablando, la razón principal es porque a nivel agregado, el impacto neto de la inversión en infraestructura es positivo; pero, a nivel regional el impacto es ambiguo<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> *Ibíd.* p. 15

<sup>38</sup> *Ibídem.*

Dentro de estos estudios regionales que surgieron en AL deben destacarse los trabajos de autores como Coatsworth (1984) quien elaboró un extenso trabajo acerca de los ferrocarriles en México y su relación con el desarrollo económico de la época<sup>39</sup>, y más recientemente el geógrafo británico David Harvey (1935) y el Dr. Gustavo Garza (1945) con su teoría acerca de las condiciones y los servicios generales de la producción. Estos autores hicieron énfasis particularmente en el aspecto espacial y la expansión territorial de las infraestructuras; a través del estudio de los países subdesarrollados en un contexto de globalización económica; consideraban estas estructuras como fundamentales para la contribución en el desarrollo de las cadenas productivas ya que facilitan la relación interregional entre economías geográficamente distantes, además de que se conciben como un factor adicional en el proceso de producción, al igual que el trabajo y el capital privado.

Al respecto David Harvey desarrolla todo un pensamiento crítico que vale la pena mencionar. Basado en el pensamiento marxista, en conjunto con su formación como geógrafo y su método de análisis espacial logra establecer toda una teoría acerca del subdesarrollo latinoamericano y de la necesidad del capital de enfrentar sus contradicciones y con ello lograr reproducirse. Al respecto Harvey dice que el problema económico clave tiene que ver con el capital: para evitar la devaluación hay que encontrar formas rentables de absorber el exceso de éste; la expansión geográfica y la reorganización espacial ofrecen esta posibilidad<sup>40</sup>. Es decir, que la absorción de capital solamente será posible en la medida de que sea invertido en capital fijo rentable, o sea infraestructuras, además del implícito apropiamiento de territorio para estos fines, a este tipo de comportamiento lo denominó como el “proceso molecular de acumulación de capital”<sup>41</sup>.

Por su parte Gustavo Garza<sup>42</sup> habla acerca de su teoría del Binomio de Condiciones y Servicios Generales de Producción, en donde la variable más

---

<sup>39</sup> Guajardo Soto Guillermo y Moreno Soto Román, “*Un panorama histórico interdisciplinario de las infraestructuras públicas en México, 1940-1990.*”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto UNAM-PAPIIT IN400116, Documento de trabajo núm. 1, 2016, p. 5.

<sup>40</sup> Harvey David. “El nuevo Imperialismo”... *Op. Cit.* p. 80

<sup>41</sup> *Ibíd.* p. 81

<sup>42</sup> En colaboración con Jaime Sobrino, Normand Asuad, Carola Conde y Conrado Jiménez.

importante para facilitar el desarrollo de la industria y por ende el económico es el capital constante fijo. Dice Garza que la acumulación de capital en las ciudades promueve la expansión del tejido urbano mediante la construcción inmobiliaria privada y la realización de las grandes obras de infraestructura por parte del Estado<sup>43</sup>, ya que a partir del establecimiento de ellas se configura el espacio para convertirlo en un lugar productivo. Por ejemplo, debido a las características que diferencian a una ciudad del campo (infraestructura básica, principales servicios, una red carretera y una fuerte actividad industrial), Topalov hace la observación de que la ciudad será considerada como un valor de uso<sup>44</sup> complejo, ya que concentra las condiciones para la producción y reproducción del sistema capitalista, y a su vez es el resultado de la división del trabajo y de la cooperación de las unidades de producción, por lo cual significa que es una forma de socialización capitalista de las fuerzas productivas<sup>45</sup>.

Es entonces que se entiende que el binomio es por una parte las “Condiciones Generales de Producción (CGP)” y por el otro los “Servicios Generales de la Producción (SGP)”, es decir, se está ante una categoría dual que presenta los renglones infraestructurales, además de la parte de la gestión de servicios que se brinda en dichas infraestructuras<sup>46</sup>. Generalmente y con base en la experiencia histórica, por lo menos en México, la conformación de este binomio se divide con dos terceras partes correspondientes a las CGP y una tercera parte a los SGP, lo

---

<sup>43</sup> Garza Gustavo, Sobrino Jaime, Asuad Normand, *Et. Al.*, “*Teoría de las condiciones y los servicios generales de la producción*” III. Conceptualización del BCySGP, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, Colegio de México, México, 2013. p.118.

<sup>44</sup> La utilidad de una cosa hace de ella un valor de uso, [...] El valor de uso se efectiviza únicamente en el uso o en el consumo. Los valores de uso constituyen el contenido material de la riqueza, sea cual fuere la forma social de esta, son a la vez los portadores materiales del valor de cambio. Marx Karl, “*El capital: Crítica de la economía política, el proceso de producción del capital*”, Tomo 1, Vol. 1, Ed. Siglo XXI, 29 ed, México, 2011, p. 44.

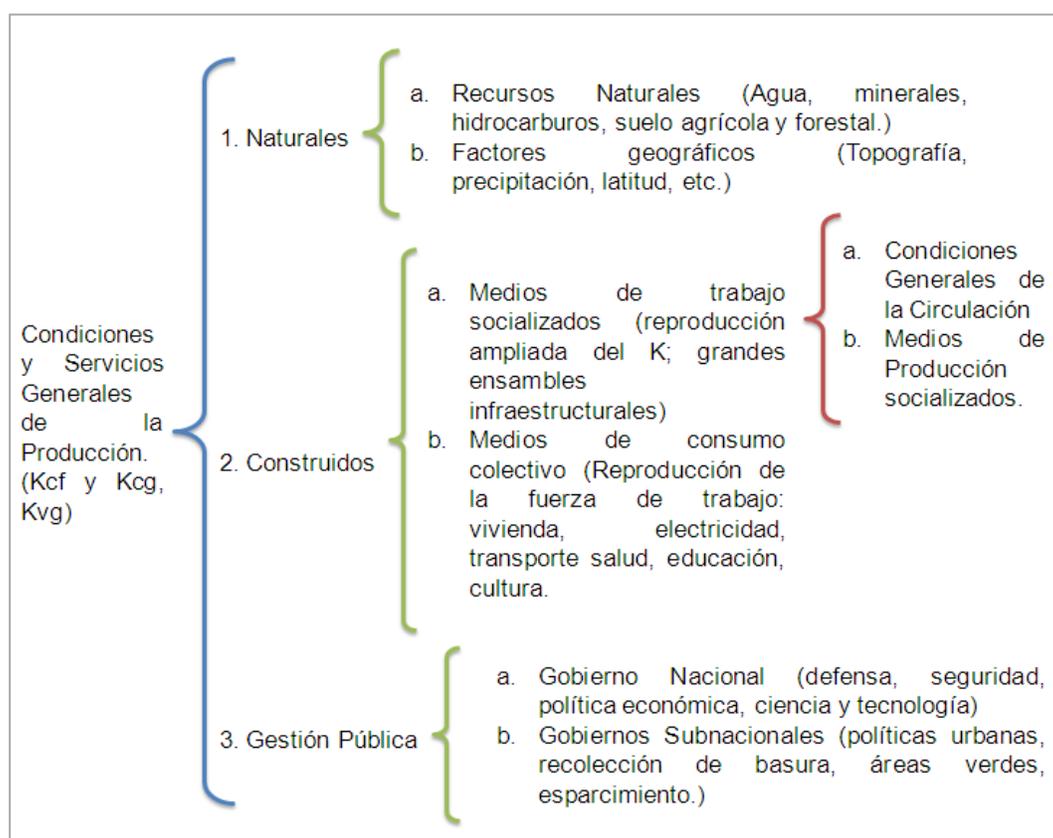
<sup>45</sup> Ramírez Lucas, “*La ciudad capitalista pensada desde el marxismo: Una posible lectura de Castells, Harvey y Topalov*”, Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Dpto. Geografía, Seminario “Mercado de Suelo, Hábitat Popular y Derecho a la Ciudad”, Argentina, 2012. p. 5

<sup>46</sup> Garza Gustavo, et. Al., “*Teoría de las condiciones y los servicios...*” *op. cit.* p. 120.

que se resume en que se invierte más en las infraestructuras materiales que en las personales.

Por último, existe una división que brinda Garza acerca de la constitución de este binomio que da una idea esquematizada de cómo se organizan las condiciones dependiendo su naturaleza dentro del sistema económico que representa una ciudad.

### Esquema 1. Clasificación de las condiciones y servicios generales de la producción



Fuente: Gustavo Garza, *Et. Al.*, "Teoría de las condiciones y los servicios generales de la producción", México, el Colegio de México, p. 125.

Se observa a partir de los planteamientos de estos autores la importancia que tomó el estudio de las infraestructuras dentro del análisis urbano y regional de una forma más explícita, generando teorías específicamente orientadas al análisis de estos elementos como parte fundamental para el desarrollo económico de un

sitio. Con base en sus planteamientos y en el contexto de urbanización que se dio en el periodo correspondiente al modelo de desarrollo vía Industrialización por Sustitución de Importaciones en América Latina, se reforzó la idea de la construcción no sólo de fábricas que aseguraran la productividad de las ciudades, sino que además se comenzó con la expansión dentro del territorio de las condiciones generales de la producción en todas sus variantes, para con ello asegurar, entre otras cosas, el bienestar y la reproducción de la fuerza de trabajo, reducir el tiempo de traslado y mantenerlo en condiciones óptimas para su desempeño laboral.

Los planteamientos hechos por Garza y Harvey se basan principalmente en el análisis de la historia económica de la región Latinoamericana, que presentó un proceso de desarrollo peculiar y que debido a su condición de subdesarrollo el establecimiento de ellas estaba condicionada a las necesidades del sistema económico para propiciar el desarrollo del país, aparentemente.

### **1.3 INFRAESTRUCTURAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL SIGLO XX**

Durante el siglo XX se presenciaron diferentes acontecimientos que significaron un parte aguas en la historia económica del mundo, fue una etapa llena de cambios y reconfiguraciones políticas, sociales y económicas que modificaron de forma radical la manera en cómo se concebía al ser humano, principalmente porque muchos de estos acontecimientos derivaron en tragedias significando cantidades ofensivas de pérdidas humanas; aunado a ello, la aceleración del ritmo de vida al que se fue sometiendo al obrero debido a la automatización de la industria. Es entonces que se comienza con un proceso de protección al trabajador principalmente como garantía y en recompensa al desarrollo de su fuerza de trabajo en el proceso productivo, sin embargo, para poder atender estas necesidades que el trabajador desarrolla a partir de estos cambios estructurales, han sido necesarias las infraestructuras adecuadas para poder brindar los servicios que corresponden a la seguridad social.

Por lo menos durante este periodo el responsable de proveer estas infraestructuras materiales en su forma social fue el Estado, este poder se entiende en dos sentidos: el poder despótico (abstracto) y el poder infraestructural (concreto). El primero se refiere al abanico de acciones que la élite tiene facultad de emprender sin negociación rutinaria, institucional, con grupos de la sociedad civil<sup>47</sup>, es decir, el poder autónomo que tiene sobre de sí mismo. Y el segundo hace referencia a la capacidad del Estado para penetrar realmente la sociedad civil, y poner en ejecución lógicamente las decisiones políticas por todo el país.<sup>48</sup>

La infraestructura como herramienta de poder estatal, comenzó a ser establecida con fines de alojamiento y seguridad a partir del periodo en que se desarrolló dentro del modo de producción capitalista, el patrón de acumulación Fordista-Keynesiano<sup>49</sup>, que en un contexto de postguerra fue el resultado de una serie de eventos internacionales significativos para la historia del mundo: la crisis de 1929 y la Segunda Guerra Mundial fueron de los más importantes.

El derrumbe de la bolsa de valores de Nueva York en el fatídico octubre de 1929, fue un duro golpe a la economía mundial que generó incertidumbre y desequilibrio internacional, obligando a los gobiernos occidentales a dar prioridad a las consideraciones sociales sobre las económicas en la formulación de sus políticas<sup>50</sup>, modificando la forma en que se protegía a los diferentes sectores económicos y con ello a sus trabajadores. Con base en los postulados del pensamiento Keynesiano se comenzaron a implementar una serie de políticas adecuadas para asegurar el “pleno empleo”, una medida profiláctica adoptada

---

<sup>47</sup> Mann Michael, “El poder autónomo del Estado: sus orígenes, mecanismos y resultados”, *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, México, No. 5, Noviembre 2006, UAM-AEDRI, p. 5.

<sup>48</sup> *Ibíd.* p. 6.

<sup>49</sup> El “casamiento” del fordismo con el Keynesianismo adquiere especial suceso después de 1945 y constituye la base de un largo período de expansión que se mantuvo hasta 1973. Durante éstos “treinta años gloriosos”, el capitalismo en los países avanzados consiguió sostener fuertes tasas de crecimiento económico, acompañadas de una elevación de los padrones de vida de la sociedad en su conjunto. Julio Piñero Fernando. “*El modo de desarrollo industrial Fordista-Keynesiano: Características, Crisis y reestructuración del capitalismo.*” Contribuciones a la economía. México. Junio 2004. p. 5.

<sup>50</sup> Hobsbawm Eric J., “*Historia del Siglo XX*”, Barcelona, Critica, Grijalbo Mondadori Buenos Aires, Argentina, 1999. p. 102.

durante, después y como consecuencia, además, de la Gran Depresión fue la implantación de sistemas modernos de seguridad social.<sup>51</sup> Esto con la finalidad de apaciguar los conflictos sociales que pudieran derivar del desempleo masivo causado por la crisis.

Para 1932 la situación económica parecía estar normalizando su actividad, esta recuperación se debía especialmente a que Estados Unidos a partir de sus políticas y acciones había logrado establecer un modo de producción en masa y junto con él la implementación de la intervención estatal, la cual acuñaron como la solución para los problemas socioeconómicos que se presentaron desde entonces, la aceptación por parte de las demás economías comenzaba a hacerse presente.

En medio de esta reconstrucción económica y social, surgieron diferentes organismos internacionales encargados de financiar las grandes obras públicas de reordenamiento territorial que incluían, entre otras tantas, infraestructuras clave para fomentar el crecimiento económico y con estas incentivar la pronta recuperación interna de los países; infraestructuras que atenderían a sectores fundamentales dentro de la economía como la industria, comunicaciones (carreteras, puentes, puertos, etc.) y vivienda principalmente. Poco a poco estas acciones se vieron reflejadas en el crecimiento de la producción interna de cada nación.

Sin embargo, la recuperación presentada en los países pronto se vio frenada por otro acontecimiento que conmocionó al mundo entero, en 1939 estalló uno de los conflictos bélicos más significativos de toda la historia del siglo XX, la Segunda Guerra Mundial (SGM) que inició como un problema exclusivamente europeo, sin embargo, los países que se vieron afectados por este conflicto fueron prácticamente en toda la orbe, ya que de una forma directa o indirecta participaban en la reconfiguración económica y geográfica que se estaba presentando. Por supuesto el resultado de la guerra no sólo fue el reacomodo económico de los países líderes

---

<sup>51</sup> *Ibidem.*

mundiales, sino el triunfo de las fuerzas "democráticas" sobre las fuerzas ideológicas del fascismo europeo.

En ella perdieron la vida más de 40 millones de personas y se produjeron hechos que avergonzaron e indignaron al mundo civilizado<sup>52</sup>. Como parte de una estrategia de reconstrucción integral de Europa, se creó el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) en 1944, que posteriormente se convertiría en lo que hoy se conoce como el Banco Mundial (BM)<sup>53</sup>, el cual formuló diferentes programas de reconstrucción económica y de infraestructura social para alcanzar su objetivo inicial: resarcir los daños causados por la guerra y asegurar el bienestar colectivo en todas sus formas. La concepción de la vida humana y del bienestar social, comenzaron a tomar dimensiones impresionantes; mismas que se expresarían en normas internacionales, actualmente vigentes, que no sólo consolidaron el derecho a la vida, sino que reconocían un nuevo y más complejo derecho humano: el derecho a la salud, traducido como el derecho a una vida saludable y digna<sup>54</sup>.

Para cubrir con el requisito de garantizar este "nuevo" derecho humano fue necesaria la intervención de instituciones internacionales que incentivaran, dictaran las normas y supervisaran que los Estados de cada Nación participaran activamente en la provisión de seguridad social, así como la declaración e implementación de diversos acuerdos que protegieran la integridad de la población; la Declaración Universal de los Derechos Humanos es un ejemplo de ello, la cual fue adoptada y proclamada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en su resolución 217 A, el 10 de diciembre de 1948; dentro de ella se establecen los siguientes artículos:

---

<sup>52</sup> Bustíos Carlos, "La Salud Pública al Final del Siglo XX", en *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, Perú, Vol. 59, Nº 4, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1998. p. 313, Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4543/3623>

<sup>53</sup> Banco Mundial, "Quiénes somos", Página web oficial, fecha de última actualización: 24 Febrero 2015. Fecha de consulta: 9 de Octubre 2016. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/about/what-we-do/brief/ibrd>

<sup>54</sup> *Ibidem*.

- **3°** - Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona;
- **16°** - La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado;
- **22°** - Toda persona, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad;
- **25°** - Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad<sup>55</sup>.

Debido a que ahora la salud formaba parte de los derechos universales de los seres humanos, la gran mayoría de los países decidieron adoptar la solución alemana de fines del siglo XIX, en la época de Bismarck<sup>56</sup>, de establecer sistemas de salud de este tipo en un intento por aliviar los problemas de desvalimiento<sup>57</sup> y para cubrir las exigencias de la ONU.

En circunstancias de un proceso acelerado de urbanización que caracterizó a la postguerra, estos progresos generaron una disminución significativa de la

---

<sup>55</sup> Organización de las Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 3°, París, Francia. pp. 2, 3, 4 y 5.

<sup>56</sup> Esta forma de sistema de salud se caracteriza por la existencia de un seguro obligatorio de atención sanitaria financiado por el Estado, los empresarios y las personas trabajadoras, por tanto, es un modelo vinculado a la actividad laboral. Su regulación es estatal y la cobertura es variable. En un primer momento sólo cubría a la persona trabajadora por cuenta ajena, y progresivamente se fue haciendo extensiva a los familiares a su cargo, al ámbito laboral de carácter autónomo y a las personas en situación de paro laboral con subsidio de desempleo. González de Haro María Dolores, *“La Salud y sus Implicaciones Sociales...”*, op. cit. P. 45.

<sup>57</sup> Díaz Limón José. *“Seguridad Social en México: un enfoque histórico”*, Revista de la E.L. de D. de Puebla, No. 2, México, 2008. p. 50.

mortalidad y cambios importantes en los perfiles epidemiológicos mundiales<sup>58</sup>. Las organizaciones mundiales comenzaron a adquirir respeto, importancia y jurisdicción para la toma de decisiones con respecto al bienestar y la salud de las naciones, principalmente en las modificaciones o aplicaciones de las políticas de desarrollo, así como las normas e indicaciones para la construcción de sistemas de seguridad social íntegros que fueran suficientes para cubrir la mayor parte de la demanda existente y con condiciones dignas para los enfermos.

En 1945 la Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en San Francisco aprobó por unanimidad el establecimiento de una organización sanitaria nueva, autónoma e internacional<sup>59</sup> que sería capaz de asumir la responsabilidad y el control de la salud a nivel mundo y con ello daría los lineamientos a seguir para resolver los problemas con relación al bienestar social. El 7 de Abril de 1948 se constituye formalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), nombrando al Dr. Brock Chisholm, de Canadá, como primer Director General<sup>60</sup>.

La OMS se estableció en su sede actual en Ginebra, Suiza, en el año de 1966 y como parte de la estrategia de renovación de los sistemas de salud mundiales, tras su conformación se publicaron de forma constante una serie de lineamientos que establecían conceptos para el replanteamiento y difusión de los que un Estado debería concebir como “cobertura de salud”. Para la OMS el derecho de todas las personas a un nivel de vida digno en lo que respecta a la salud y al bienestar, comprende el derecho a un nivel adecuado de alimentos, agua, vestido, vivienda, atención sanitaria, educación, salud reproductiva y servicios sociales; y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, vejez o falta de medios de subsistencia en circunstancias que están fuera del control del individuo<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> Carlos Bustios, *“La Salud Pública al Final del Siglo XX” op. cit. p.315.*

<sup>59</sup> Organización Mundial de la Salud, *“La OMS en 60 años: cronología de los hitos de la salud pública”*, Diciembre, 2015. p.1.

<sup>60</sup> *Ibidem.*

<sup>61</sup> Organización Mundial de la Salud. *“Proyecto: Salud para todos en el siglo XXI”*, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, España, 1998. p. 12.

Así como también ciertos parámetros en donde se establece la obligación que tiene el Estado para proveer estas condiciones a la población; y el 6 de Septiembre de 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se celebró lo que se conoce como la declaración del Alma Ata en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) en donde se reconoció abiertamente la obligación que tienen los gobiernos de cuidar la salud de sus naciones, obligación que sólo podía cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, esto con el argumento de que la atención primaria de salud era la clave para alcanzar la meta del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.<sup>62</sup>

Además la OMS hacía de conocimiento público manuales operativos que ayudaban a los Estados a tener una guía de cómo realizar las acciones pertinentes para asegurar el buen funcionamiento, no solo del sistema de salud sino también a sus elementos infraestructurales como los hospitales o las unidades de atención sanitaria con las que estaban equipados; también dictaba las normas y lineamientos para la construcción de nuevas clínicas de atención primaria, principalmente.<sup>63</sup>

Bajo la supervisión de organismos internacionales como el FMI y el BIRF, que servían como financiadores de obras públicas a países en desventaja, y la OMS en conjunto con la ONU que se encargaban de dictar las reglas de operación, construcción y establecimiento de las unidades de atención a la salud, escuelas, y toda la infraestructura social necesaria; los países, principalmente los subdesarrollados<sup>64</sup>, comenzaron de alguna u otra manera a cumplir de a poco con las condiciones que eran precisas para alcanzar la estabilidad deseada. La OMS recomendaba a los países afiliados cooperar a esta reconstrucción masiva y conjunta, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya

---

<sup>62</sup> Organización Mundial de la Salud, “Declaración de ALMA-ATA”, Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, URSS, Septiembre, 1978. p.1.

<sup>63</sup> *Ibíd.* p. 3.

<sup>64</sup> El término de “subdesarrollo” no es un concepto completamente nuevo, personajes importantes ya empleaban el término con anterioridad, sin embargo, fue hasta la administración del presidente Truman cuando tomo el significado que actualmente se conoce, en donde se hacía referencia a todos los países pobres que no contaban con el nivel de tecnología, educación, salud, infraestructura, etc., de los países ricos o “desarrollados”.

que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países<sup>65</sup>.

Sin embargo, los resultados no fueron los esperados, cada país presentó reacciones distintas, unos con más deficiencias que otros y con costos mucho más elevados entre ellos, la desigualdad seguía estando presente en los países pobres, y se hacía más notoria a comparación de los países ricos. En Mayo de 1973, la 26° Asamblea Mundial de la OMS, hizo notar el deterioro de la situación de la salud y la insatisfacción de los pueblos, tanto en los países desarrollados como en los no desarrollados, frente a la inadecuada organización de los servicios de salud<sup>66</sup>. La estrategia del desarrollo económico (1960-1970) y del incremento del Producto Nacional Bruto, cuya consecuencia debería ser la salud, la educación, la alimentación y el bienestar para todos, fracasó: los ricos se hicieron más ricos y los pobres, más pobres.<sup>67</sup> Cuestión que pudo ser vista principalmente en la desigualdad regional que si bien venia de tiempo atrás, comenzó a enfatizarse a partir de la aplicación de estas medidas.

Ante esta problemática el comité de la OMS reconoció que era conveniente tomar medidas que encajaran y atendieran a las necesidades que cada región geográfica tuviera, entonces se optó por regionalizar hospitales, redistribuir a la población, se modificaron las especializaciones de la medicina y la incidencia de las enfermedades de cada región; todo ello con el fin de que los hospitales pudieran estar mejor organizados, equipados y dotados de un personal bastante numeroso y competente<sup>68</sup>. Con ello se pudieron centralizar algunos servicios administrativos como son: contabilidad, lavandería, medicamentos, actividades culturales y

---

<sup>65</sup> Organización Mundial de la Salud, "*Declaración de ALMA-ATA*", *op. cit.* p. 3

<sup>66</sup> San Martín Hernán, "*Crisis mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2000?*", Institución: Hospital provincial – Universidad Complutense: Instituto Regional de Estudios de la Salud, París, 1983. p. 30.

<sup>67</sup> *Ibíd.* p. 31

<sup>68</sup> Organización Mundial de la Salud, "*Función de los hospitales en los programas de protección de salud*", Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica, Serie de Informes Técnicos, No. 122, Ginebra, Suiza, 1957. p. 18.

alimentos, entre otros; esta centralización se da principalmente en los países en donde los servicios de medicina son dispersos y resulta costoso su sostenimiento<sup>69</sup>.

Curiosamente estos países son aquellos que se encuentran en regiones ricas en diversidad natural y proveedores de materias primas por su extenso territorio; América Latina es el claro ejemplo de ello, además de que la transformación de la asistencia y la seguridad social en esta región tuvo particularidades en su proceso que vale la pena mencionar. A continuación, se detallará el desarrollo de las infraestructuras en algunos países de la región a modo de ejemplo y con la finalidad de hacer un breve comparativo de un sistema de salud a otro, para de esa forma poder compararlo también con el que se estableció en territorio mexicano, el cual será el objeto del análisis en el siguiente capítulo.

### **1.3.1 DESARROLLO INFRAESTRUCTURAL DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA**

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la calidad y el nivel de atención hacia la población durante todo su ciclo de vida. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones<sup>70</sup>.

El objetivo principal de estos sistemas de salud es el de garantizar el bienestar social no solo en un ámbito de salud, sino también en todos los ámbitos que se consideren importantes para el individuo; la OMS lo define como:

“Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero<sup>71</sup>”

---

<sup>69</sup> *Ibíd.* p. 21

<sup>70</sup> Secretaría de Salud, *Salud: México 2002 “Información para rendición de cuentas”*, 2da Ed. México, 2003, p. 146.

<sup>71</sup> Organización Mundial de la Salud, Página web oficial, Temas sobre salud, fecha de consulta: 31 Octubre 2016, Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

En América Latina como en otras partes del mundo, la oferta de servicios públicos de salud depende tanto de la ideología política del gobierno como de los recursos económicos, humanos y tecnológicos de cada país.<sup>72</sup> Esto se puede observar claramente en el periodo que corresponde de 1940 a 1990, en donde el mundo experimentó un cambio en la estructura económica-ideológica que permitió a algunos replantear su posición ante esta problemática de asistencia social.

El quehacer del Estado se había modificado, se reiteraba su participación en áreas de provisión directa de servicios sociales tales como la educación, salud, vivienda y previsión social, además se replanteó su concentración en las funciones promotoras de la cohesión social, facilitando la participación ciudadana y regulando la producción y distribución de los bienes y servicios del interés público<sup>73</sup>. Para que el Estado pudiera cubrir estas nuevas funciones y demandas tuvo que recurrir a una serie de herramientas para ello, en donde la promoción de programas sociales fue pieza clave para poder establecer una cobertura universal de salud, educación y alimentación.

El campo de la salud internacional debe mucho de su crecimiento y desarrollo durante el siglo veinte a las necesidades de expansión económica<sup>74</sup> y al apoyo financiero por parte de los organismos internacionales antes citados. Principalmente porque la construcción de los inmuebles necesarios para ejecutar los programas de asistencia social requieren cuantiosas inversiones, que el Estado es incapaz de cubrir por sí mismo, sobre todo en los países de esta región, en donde hay pocas instalaciones en existencia<sup>75</sup> y el monto de la inversión por tanto será más grande. Es entonces en donde surge uno de los principales problemas en cuanto a cobertura

---

<sup>72</sup> Ugalde Antonio y Homedes Nuria. Artículo: “*América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales*”, SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, Argentina, Enero - Abril, 2007. p. 34.

<sup>73</sup> Organización Panamericana de la Salud con la cooperación técnica de la Asociación de Cooperación para el Desarrollo de los Servicios de la Salud.” *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*”, Washington, 2001, p. 26

<sup>74</sup> Gómez-Dantes Octavio y Khoshnood Babak, “*La evolución de la salud internacional en el siglo XX*” en *Revista Salud Pública México*, vol. 33 no. 4, Julio-Agosto, 1991, p. 319. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5409/5682>

<sup>75</sup> OMS, “*Los hospitales y la salud para todos*”, *op. cit.* pp. 46-47.

hospitalaria, las zonas rurales de los países latinoamericanos, quienes sufren de la escasez de infraestructura, no solo de salud sino de todo lo que involucra la asistencia pública, debido a que tienen un potencial muy bajo en rentabilidad y a que no existen las condiciones necesarias para el traslado de personal, equipo y medicamentos.

Debido a esto se ha observado que la inversión en las infraestructuras públicas ha presentado una tendencia decreciente; de acuerdo con datos publicados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el primer lustro de los años 80 la inversión en infraestructura como porcentaje del PIB ascendió a 3.7%; posteriormente para el segundo lustro de los años 90 ésta se había reducido a 2.2% y los siguientes cinco años se ubicó en 1.5%<sup>76</sup>. En comparación con países desarrollados, las inversiones hechas en AL son mínimas; por ejemplo, la inversión hecha en Indonesia se ubica en aproximadamente 5% del total de su PIB y en China, algunos analistas la estiman en 7%. Además de que en las últimas décadas la inversión en infraestructura ha cambiado radicalmente su composición, pasando de ser de carácter público en su mayoría, a privado.

Bajo estas condiciones, el reto que se planteaba para América Latina era la búsqueda de alternativas propias a sus problemas de salud en vista de que los modelos de servicios de salud, y en particular los hospitales de las sociedades desarrolladas, respondían cada vez menos a sus demandas de salud<sup>77</sup>. Este problema principalmente se dio por la diferencia cultural, regional y económica de país a país. Generalmente, los diseños “tipo” no son lo bastante adaptables para ajustarse a las variaciones regionales en la geografía, el clima, las costumbres locales, los materiales de construcción y las necesidades de los servicios sanitarios que cada país tiene.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Fernando Aportela y Roberto Durán. “*La Infraestructura en el Desarrollo Integral de América Latina...*” *op. cit.* p. 16.

<sup>77</sup> OMS, “*Los hospitales y la salud para todos*”, *op. cit.* pp. 189-190

<sup>78</sup> Kleczowski B. M. y Pibouleau R., “*Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo*”, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Vol. 4, Ginebra, Suiza, 1986, p. 10.

Para tener una idea más clara acerca de la importancia que tiene la diferenciación entre regiones y la planeación correspondiente para cada país, se describirá brevemente dos sistemas de salud dentro de la región latinoamericana que son completamente opuestos pero que han resultado ser eficientes y que actualmente son los países que encabezan la lista de las Naciones con mejor desarrollo de asistencia social y salud; estos países son, Cuba que mantiene un sistema económico socialista y su contraparte Chile que fue sometido a un sistema totalmente de libre mercado.

#### **A. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CUBA EN EL SIGLO XX**

El siglo XX fue testigo de sucesos importantes que marcaron y redefinieron el rumbo de la historia económica del mundo, uno de los más significativos fue el que se presentó en Cuba en Julio de 1953; la Revolución Cubana, encabezada por Fidel Castro y Ernesto Guevara, que al consumarse llevó a la isla a la liberación del régimen del entonces presidente Fulgencio Batista, quien mantuvo a Cuba en unas condiciones sumamente precarias que incluían, entre otras cosas, el desempleo, desabasto de alimentos y una condición de salud deficiente con altas tasas de mortalidad.

Al triunfar la Revolución se comenzó con una reestructuración total del modelo económico y social de Cuba, lo que significó un parte aguas en su historia. En términos económicos el modelo incluía un peso decisivo de la propiedad estatal sobre prácticamente la totalidad de los medios de producción, privilegiando a la gran empresa estatal como la forma fundamental de organización económica.<sup>79</sup> Es evidente que la organización y la toma de decisiones recaían totalmente en el Estado consagrándolo como el único ente capaz de llevar a cabo la transformación revolucionaria que se perseguía. La isla se consolidó como una economía socialista en 1976 cuando fue promulgada su nueva Constitución, en donde se institucionalizó al nuevo Estado y se delinearon sus principales objetivos: i) regularizar el proceso

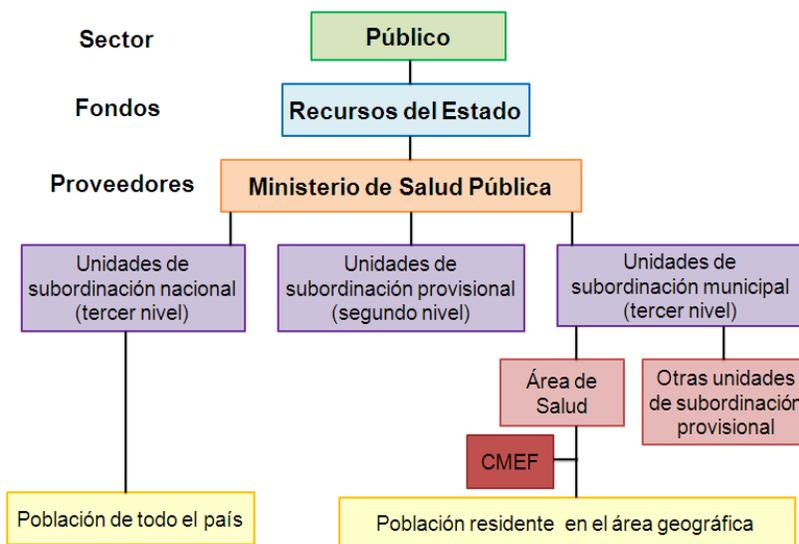
---

<sup>79</sup> Romero Gómez Antonio F., *“Transformaciones Económicas y Cambios Institucionales en Cuba”*, La Habana, Universidad de la Habana. Centro de Investigaciones de Economía Internacional, 2014. p. 3

de toma de decisiones, ii) descentralizar el poder estatal, y iii) consagrar el catálogo de derechos ciudadanos<sup>80</sup>.

En este contexto se caracterizó la reforma del sistema por la adopción de la concepción ideológica marxista, en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales del país, que incluyó lo concerniente a la salud pública<sup>81</sup>. Para el año de 1960 se creó el sistema de salud único y gratuito de cobertura universal, que fue el primer paso para el establecimiento de toda la red de salud existente hasta la fecha que, a diferencia de todos los demás países latinoamericanos, fue establecida como un sistema en donde la salud se proveía únicamente por una institución facultada, administrada, financiada y vigilada por el gobierno: el Ministerio de Salud Pública.

**Esquema 2. Sistema de Salud en Cuba**



Fuente: Emma Domínguez-Alonso y Eduardo Zacca, “*Sistema de Salud en Cuba*”, Universidad del Caribe. Revista: Salud pública en México, vol. 53, 2011. p.s169.

En la misma década se inició asimismo un activo proceso de construcción de hospitales rurales principalmente en las provincias de Oriente, especialmente en la

<sup>80</sup> *Ibidem*.

<sup>81</sup> Rojas Ochoa Francisco, “Situación, Sistema y Recursos Humanos en Salud para el Desarrollo en Cuba”, en “*Los sistemas de Salud de Iberoamérica de cara al siglo XXI*”, Universidad de Guadalajara y Organización Panamericana de Salud. Jalisco, México. Julio, 2004. p. 114.

zona de Sierra Maestra y Las Villas. Posterior a un año ya funcionaban en el Oriente del país 10 hospitales de este tipo con 268 camas y en Camagüey existía un hospital con 20 camas<sup>82</sup>. Los avances en materia de infraestructura fueron notables, en los siguientes años se pudo observar un incremento de 15 hospitales con 450 camas en el Oriente y 3 nuevos hospitales con 90 camas en Las Villas<sup>83</sup>. Se dio mucho peso al establecimiento de unidades de atención primaria en las zonas rurales de todo el país, para fines de la década el número de camas de hospitales en Cuba aumentó hasta 41,019 camas censables.

Este desarrollo de la expansión territorial de la infraestructura hospitalaria fue un reflejo del proceso de descentralización por el que atravesaba la administración cubana, la infraestructura sanitaria se encontraba reorganizada de forma más equitativa, en 1958 solamente en la Habana contaba con el 61% de materialidad en salud, hecho que cambió hacia 1973 en donde solamente contaba con el 44.4%<sup>84</sup>. Aunado a esta relocalización de hospitales, se establecieron alrededor de estos centros de atención, una serie de dispensarios en donde se realizaban tareas previas a la hospitalización: consultas y campañas preventivas de vacunación; además de la construcción de viviendas para el personal médico dentro de estas zonas para facilitar el traslado de capital humano a las unidades. En la decisión de su instalación en todas estas infraestructuras de carácter público, a diferencia de los demás países, se privilegiaron los escenarios geográficos montañosos y de difícil acceso<sup>85</sup>.

Con el alto nivel de institucionalización del sector, el amplio grado de cobertura de los servicios alcanzado con la construcción de hospitales, los índices alcanzados en atención preventiva, la calificación del personal de salud, la mística en su entrega al trabajo cotidiano y el esfuerzo colectivo nacional<sup>86</sup>, es que fue

---

<sup>82</sup> Beldarraín Chaple Enrique. “Cambio y Revolución: El surgimiento del Sistema Nacional Único de Salud en Cuba, 1959-1970.”, Revista *DYNAMIS*, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 2005, 25, 257-278, Granada, España, 2005, p. 265.

<sup>83</sup> *Ibidem*.

<sup>84</sup> *Ibid.* p. 266.

<sup>85</sup> *Ibidem*.

<sup>86</sup> Rojas Ochoa Francisco, “Situación, Sistema y Recursos Humanos...” *op. cit.* p.109

posible que Cuba se convirtiera en una de las naciones que actualmente encabeza la calidad y la eficiencia de atención sanitaria entre los países latinoamericanos y que además alcanzó en el siglo XX (y hasta la fecha) el reconocimiento mundial por sus aportaciones en medicina. En 1985 Cuba tenía lo que *The New York Times* llamó “quizás el mayor programa de asistencia civil del mundo”, Cuba tenía entonces más médicos trabajando en el exterior que la OMS<sup>87</sup>.

**Tabla 1. Evolución de los indicadores de salud. Cuba (1960-2000)**

<b>Indicadores Seleccionados</b>	<b>1960</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>
<i>Tasa de mortalidad infantil (por 100 nacidos vivos)</i>	42.00%	19.60%	10.70%	9.40%
<i>Índice de niños con bajo peso</i>	42.40%	24.30%	13.20%	12.50%
<i>Tasa de mortalidad materna (por 1000 nacidos vivos)</i>	120.10%	52.60%	31.60%	32.60%
<i>Partos atendidos en instituciones hospitalarias</i>	63.00%	98.50%	99.80%	99.80%
<i>Habitantes por médico</i>	-	635	275	193

Fuente: Elaboración propia con datos de Francisco Rojas Ochoa, “Situación, Sistema y Recursos Humanos en Salud para el Desarrollo en Cuba”, P.110

Es importante mencionar que Cuba es también uno de los países latinoamericanos de los que destina una parte considerable del PIB en el sector salud, es así que la inversión social considerada por algunos como gasto improductivo, es en realidad el capital de reproducción natural capaz de impulsar el desarrollo<sup>88</sup>. Debido al enfoque que Cuba adoptó en seguida del triunfo de su Revolución, el gobierno pudo visualizar la importante relación que guarda la economía y los efectos sociales dando paso a una forma de organización *planificadora*<sup>89</sup> y los resultados son observables hoy en día.

<sup>87</sup> *Ibíd.* p. 118.

<sup>88</sup> *Ibíd.* p. 121

<sup>89</sup> A diferencia de la planeación, la planificación es un ejercicio de previsión y toma de decisiones que examina sistemáticamente propuestas de acción alternativas para alcanzar determinadas metas y objetivos, y comprende la descripción de la futura situación deseada y de las acciones necesarias para materializar esa situación. La planeación solamente es la acción y efecto de trazar un plan y planificación como el plan general para obtener un objetivo determinado. Ramírez Hernández

Otro caso interesante a tratar en relación a la infraestructura y el desarrollo del sector salud, es el perteneciente a la región sur del continente: Chile es otro de los países de Latinoamérica que se destaca por sus estándares actuales de calidad sanitaria. Con un proceso económico y social completamente contrario a Cuba, ha logrado establecer un sistema de salud competente y eficaz, a pesar de su situación tan dispar.

## **B. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO EN EL SIGLO XX**

La situación Chilena con respecto a la atención de la salud es importante de abordar, principalmente porque una situación de bienestar colectivo se vio afectada por un proceso político-militar. La historia política de Chile tiene matices que son convenientes de destacar, ya que se puede decir que existen dos países, un país chileno antes del golpe de Estado orquestado por Pinochet y un país chileno después de él.

Los orígenes del sistema de salud en Chile se remontan al año de 1952 con el gobierno del presidente Pedro Aguirre quien, en conjunto con el ministro de salud el Dr. Salvador Allende, consiguió avances importantes en la fusión de organismos, y la legislación correspondiente [...] que pavimentaron el camino que llevó a la integración de los servicios existentes y su correspondiente infraestructura<sup>90</sup>, conformando de esta manera al Servicio Nacional de Salud (SNS), institución encargada de atender a la población trabajadora y a la que no contaba con seguridad social. A diferencia del caso anterior, en Chile existían, además del SNS, otras dos formas del acceso a la seguridad social: los gremios poderosos de la industria extractiva que integraban los servicios de medicina del Trabajo (tenían un convenio con el SNS) y un tercer grupo constituido por los trabajadores de “*cuello*

---

Abigail, “*Desarrollo de estrategias comerciales*”, Universidad Tecnológica de Querétaro, México, 2012, p.15.

<sup>90</sup> Ilabaca Plaza Víctor E, “Estructura y funcionamiento del sistema sanitario en Chile” en “*Los sistemas de Salud de Iberoamérica: de cara al siglo XXI*”, Universidad de Guadalajara, México, Julio 2004, p. 125.

*blanco*<sup>91</sup> que eran los que recurrían al financiamiento propio pero que no contaban con la infraestructura para ser atendidos y se integraban al SERMENA<sup>92</sup>.

Posteriormente, en el año de 1970 el Dr. Salvador Allende que para entonces se desempeñaba como ministro de salud tomó cargo como el nuevo presidente de Chile; su gobierno implementó nuevas medidas que retomaban e introducían nuevas acciones en los Planes y Programas relacionados a la Salud. También se produce una importante renovación de la infraestructura física, transporte, equipamiento y se crea la industria farmacéutica Nacional, sobre la base de cuadros básicos de medicamentos y material de curación, con la consiguiente reducción de costos de operación<sup>93</sup>, además de que se democratiza el sistema de salud haciendo válida la participación de la comunidad en la toma de decisiones concernientes a la salud pública. Todas estas medidas adoptadas por el gobierno de Allende tenían un corte socialista notablemente visible, al igual que Cuba, Chile parecía haber encontrado el camino correcto hacia el desarrollo económico y social de su Nación, sin embargo, se presentaron posterior a estas iniciativas, una serie de problemas sociales que pusieron en descontento a la población chilena, dejando en entredicho el método implementado por su gobierno.

Es entonces que el 11 de Septiembre de 1973, a tan solo 3 años de haber comenzado el programa de reordenamiento del sistema de salud, se suscita el golpe militar encabezado por Augusto Pinochet, el cual tenía como objetivo desacreditar el sistema socialista que se intentaba adoptar y con ello fomentar la desconfianza colectiva reforzándola con los problemas antes mencionados; como consecuencia de ello se cierra y cancela el proyecto de salubridad, sin embargo y por razones de la necesidad de incursionar primero el campo económico, se mantiene el SNS y los

---

<sup>91</sup> *Ibidem*.

<sup>92</sup> El SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados) prestó servicios en un periodo de 1942 a 1979, atendía las prestaciones de asistencia médica y dental de los empleados públicos y privados bajo la modalidad de un sistema administrativo o de libre elección (bonos), a diferencia del Servicio Nacional de Salud (SNS) que atendía los obreros y el resto de la población del país.

<sup>93</sup> Ilabaca Víctor E., *"Estructura y funcionamiento del sistema sanitario en Chile"* en *"Los sistemas de Salud de Iberoamérica..."* op. cit. p. 127.

servicios hasta 1981, época en la cual las fuentes de financiamiento se reducen y las aportaciones estatales se minimizan<sup>94</sup>.

En seguida del derrocamiento de Allende, Pinochet comienza con las reformas necesarias para deshacer las “malas decisiones” tomadas por el presidente anterior; se privatiza la red hospitalaria, básicamente la redituable, más nueva y con un sistema de libre competencia y autofinanciamiento; otra parte permanece bajo la tutela del Ministerio de Salud, en absoluto grado de obsolescencia e inequidad, y el Primer Nivel se municipaliza, con las consiguientes diferencias atribuibles al desarrollo e ingresos de cada municipio<sup>95</sup>.

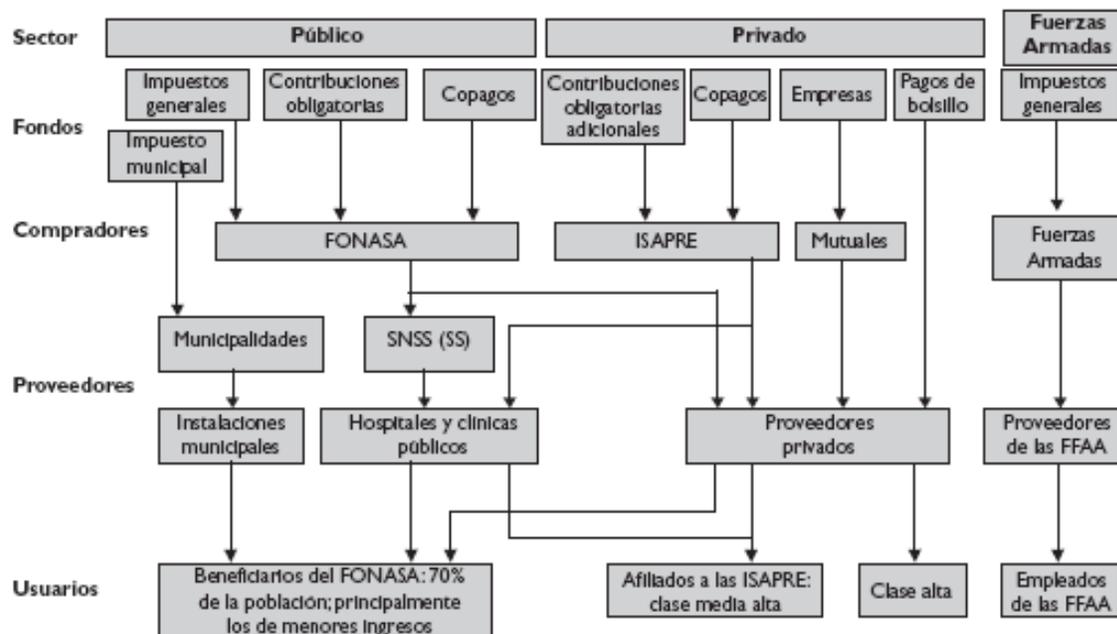
Con las modificaciones hechas por el presidente Pinochet, el sistema de salud chileno termina por tener el siguiente esquema:

---

<sup>94</sup> *Ibídem.*

<sup>95</sup> *Ibídem.*

### Esquema 3. Sistema de Salud en Chile Siglo XX



FONASA: Fondo Nacional de Salud  
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud  
 FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional  
 SS: Servicios de Salud Regionales

Fuente: Víctor Becerril-Monteklo, Juan de Dios Reyes y Annick Manuel, “Sistema de Salud en Chile”, en *Revista: Salud pública en México*, vol. 53, 2011.P.S133

Ahora el financiamiento de la salud en Chile estaría a cargo de los Institutos de Salud y Previsión Social (ISAPRES) en donde todo es pagado por el propio usuario, a través de aportaciones que varían en porcentaje de la capacidad y poder económico de cada individuo<sup>96</sup>. “ISAPRES para todos” fue la emblemática frase del ex ministro de Hacienda de la dictadura militar Hernán Buchi, quien permitió la creación de un sistema de salud privado en Chile, que reflejaba el nuevo rostro de la salud durante los 17 años de dictadura militar<sup>97</sup>.

Los resultados de estas políticas de corte neoliberal tomadas durante el periodo correspondiente a la dictadura no se hicieron esperar, se presentaron

<sup>96</sup> *Ibíd.* p. 128.

<sup>97</sup> Araya Ermy, “La Crisis hospitalaria y el negocio de las isapres durante la dictadura. La salud en dictadura: Privatización insalubre.”, Centro de Estudios Miguel Enriquez, Archivo Chile, 17 Diciembre 2006, Chile. p.1.

problemáticas como el deterioro de la infraestructura asistencial, la falta de equipamiento médico, la escasez de recursos humanos y el atraso de la gestión administrativa; incluso las inversión en infraestructura y equipamiento no superó los seis mil millones de pesos anuales en 17 años, en todo el periodo no se construyó ningún hospital<sup>98</sup>. La situación era desoladora, el gobierno encabezado por Pinochet no hizo más que dismantelar toda una red de salud que se encontraba en construcción, el ex subsecretario de Salud, Antonio Infante recuerda, que algunos hospitales eran tan pobres que “los pacientes tenían que llegar con el colchón de su hogar para instalarse en una cama, porque tenían los catres pelados”<sup>99</sup>.

Después de la salida de Pinochet del poder, se comenzó una nueva reestructuración del modelo de atención sanitaria, este nuevo modelo parte luego de un análisis del desarrollo del Sistema de Salud durante la dictadura y se inicia en 1990 con el retorno a la democracia, en el cual se detectaron enormes deficiencias en diferentes ámbitos:

- Aspectos epidemiológicos.
- Capacidad de gestión insuficiente.
- Prolongada restricción presupuestaria.
- Desarrollo inorgánico y descoordinado de los subsectores Público y Privado<sup>100</sup>.
- Deficiencia en las instalaciones para la atención de los enfermos.

A pesar de la problemática que envolvió al país durante 17 años, con las medidas tomadas a partir del regreso del sistema político democrático, Chile se ha podido colocar dentro de las primeras naciones latinoamericanas en el ramo de atención sanitaria, sin embargo, como en todos los casos, aún tienen deficiencias que superar que vienen cargando desde el siglo pasado.

El análisis de dos países cuyas historias y sus desenlaces fueron completamente opuestos son de gran ayuda para el establecimiento de un contexto general de la

---

<sup>98</sup> *Ibíd.* p. 2

<sup>99</sup> *Ibíd.*

<sup>100</sup> Ilabaca Víctor E., “Estructura y funcionamiento del sistema sanitario en Chile” en “Los sistemas de Salud de Iberoamérica...” *op. cit.* p. 130.

salud en la región latinoamericana, asimismo serán objeto de comparación con la situación referente a México, cuya experiencia desarrollaremos en el siguiente capítulo.

### **CONSIDERACIONES FINALES DEL CAPÍTULO**

Una vez explicado el marco teórico que envuelve a nuestro objeto de estudio, con el conocimiento de lo que es y cómo se subdividen las infraestructuras, de cuál es su importancia en el análisis del pensamiento económico y de cómo se dio el establecimiento de ellas en su carácter público y de provisión social en la región latinoamericana se puede considerar que las infraestructuras son herramientas que el Estado ha utilizado a lo largo de la historia para poder llevar a cabo, tanto sus responsabilidades con el sector trabajador, como sus objetivos de fomentar el crecimiento económico del país; la diferencia entre una y otra será simplemente el tipo de actividades que se desenvuelvan dentro de la edificación.

Por sí mismas las infraestructuras materiales no pueden llevar a cabo los fines para los que fueron establecidas, será necesaria la participación de otro tipo de elementos como la infraestructura institucional y personal para lograrlo. Por último, la forma en cómo el establecimiento de ellas sea planeado, será condición para que cumpla con los objetivos que se quieren alcanzar, como se demostró en el análisis de Cuba y Chile, una mala administración y aprovechamiento de los recursos que el Estado tiene para operar puede derivar en pérdidas tanto económicas como, en este caso por la naturaleza de los servicios ofrecidos en dichas infraestructuras, pérdidas humanas.

Ahora bien, es tiempo de abordar el tema principal de esta investigación: el caso particular del desarrollo infraestructural de salud en México, desde una perspectiva institucional. En el siguiente capítulo se hará una descripción del fenómeno tomando como actor social a una de las instituciones más representativas, en cuanto a presencia material y social se trata, del sector salud de ese periodo: el Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **CAPÍTULO 2. LA POLÍTICA DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO Y SU RELACIÓN CON EL IMSS: DE LA EXPANSIÓN ECONÓMICA A LAS REFORMAS ESTRUCTURALES.**

El establecimiento de un sistema de seguridad social dentro de una sociedad no es algo que se pueda considerar como un evento fortuito, es más bien, el resultado de una serie de acciones tomadas por los diferentes actores económicos, además de que responde a una necesidad social específica y a una serie de problemáticas económicas que se presentan en el país durante su desarrollo.

México es uno de los pocos países en Latinoamérica y el mundo que se ha destacado por la forma de administración de su sistema de salud, principalmente porque la postura del Estado ante esta problemática ha sido proteccionista y proveedora, aunque se ha disminuido gradualmente hasta llegar a la situación actual. Es necesario, para tener un panorama más amplio acerca del fenómeno de la expansión infraestructural de la salud, explicar el desarrollo de este sistema, tal vez no desde sus inicios, pero sí desde la conformación del mayor representante de la salud y la seguridad social institucional en nuestro país : el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), cuyo origen, expansión y crisis, están correlacionados por el desenvolvimiento del crecimiento de la económica mexicana desde su fase expansiva en la década de los cuarenta hasta los noventa del siglo pasado.

De esta forma, la historia económica mexicana durante estos 50 años, por lo menos, estuvo plagada de eventos que redefinieron el rumbo de la política económica y que en su mayoría impactaron en sectores vulnerables de la sociedad. El origen y establecimiento del IMSS, fue el resultado de una serie de exigencias y restricciones que se impusieron ante la coyuntura económica que experimentaba el país.

La necesidad de contar con un sistema de seguridad social en México surgió a inicios del siglo XX, por tres razones principales: 1) la automatización del proceso de producción (industrialización), 2) la creciente necesidad de mantener a su población trabajadora en las óptimas condiciones para asegurar la productividad deseada y 3) la presión política y social por parte de los organismos internacionales

a consecuencia de la guerra. En el siguiente apartado se da un breve antecedente del camino recorrido y las acciones realizadas por el Estado para el establecimiento de un seguro social íntegro.

## 2.1 ANTECEDENTES INMEDIATOS

En México, los antecedentes más cercanos a lo que se concibe hoy en día como la seguridad social son “La ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México” que se expidió en 1904 y la “Ley sobre Accidentes de Trabajo del estado de Nuevo León” de 1906, en donde se reconocía por primera vez la obligación empresarial de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores<sup>101</sup>, aunque todavía no existía un documento que reconociera la obligación del Estado de proveer estos servicios a la población mexicana.

La legislación sobre temas de previsión laboral en general y de seguros sociales en particular, no apareció en México sino hasta el segundo decenio del siglo XX como consecuencia del movimiento revolucionario iniciado por Francisco I. Madero, que desembocaría posteriormente en una nueva Constitución Política Nacional<sup>102</sup> en donde se plasmaron, con base en la ideología revolucionaria, las nuevas funciones que adquiriría el Estado con respecto a la protección de toda la población que se encontrara dentro del territorio; en el artículo 4to se puede leer:

“Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará...”

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

...El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los

---

<sup>101</sup> Cámara de Diputados, “*Seguridad Social: Antecedentes*”, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, México. Fecha de consulta: 27 Febrero 2017, Disponible en: [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/2\\_ssocial.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_ssocial.htm)

<sup>102</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*IMSS: 40 Años de historia: 1943-1983*”, México, IMSS, 1983, p.17.

municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.”<sup>103</sup>

Además, se creó el Departamento de Salubridad en 1917 y posteriormente la Secretaría de la Asistencia Pública en 1938, así como de la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 1921, iniciando con ello de forma paulatina con el establecimiento de instituciones encargadas de vigilar el cumplimiento de los ordenamientos constitucionales y con la capacidad de proveer los servicios necesarios para salvaguardar los intereses colectivos y el bienestar público. Debe señalarse que México fue pionero en el tema, al mencionar constitucionalmente la seguridad social, la educación y la vivienda, tres pilares básicos del bienestar, en una época en que la discusión de las políticas de bienestar y de los derechos sociales era todavía un tema incipiente en la agenda internacional<sup>104</sup>.

Fueron muchos los esfuerzos que se hicieron para lograr la institucionalización de cada área estratégica para el país, se inició en el área relacionada a la educación con la construcción de la SEP, para posteriormente continuar con la energía, los transportes y la salud. Fue hasta la presidencia del Gral. Lázaro Cárdenas cuando se observó un verdadero avance en la materia; ya desde su plan Sexenal se planteaba la necesidad de formar un seguro social obligatorio y universal como parte de su política de reconstrucción económica, además de que con la modificación del Código Sanitario en donde se declaraba de interés público la salubridad general, el Estado asumió la protección de la población como una obligación política<sup>105</sup>.

Esta situación incomodó a los sectores que se encargaban de la prestación de estos servicios, que generalmente eran asociaciones clericales y uno que otro de inversión privada, sin embargo el disgusto pronto se disolvió ya que debido a la aceleración del ritmo económico de producción y el elevado número de accidentes

---

<sup>103</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 3º, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, Última reforma publicada DOF 27-01-2016, Fecha de consulta 12 Agosto 2016.

<sup>104</sup> Cámara de Diputados, “*Seguridad Social...*” *op. cit.*

<sup>105</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*IMSS: 40 Años de historia: 1943-1983*”, México, IMSS, 1983, p. 64.

en las fábricas, estas asociaciones no tenían la capacidad de cobertura que se requería, es entonces que el Estado comenzó con la intervención y la masificación de la atención de salud.

Todos estos acontecimientos dieron paso a la búsqueda de la constitución de un sistema de salud más consistente e integral, bajo una ideología nacionalista alrededor del desarrollo económico y del tema de la seguridad social<sup>106</sup>. Fue entonces que en 1935, que el presidente Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social (LSS), en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administraciones tripartitas, que incorporarían a todos los asalariados<sup>107</sup>.

El año 1940 figura como una línea divisoria dentro de la historia mexicana, puesto que fue en este año cuando el poder político del país pasó a manos de “*los moderados*” dentro de la estructura revolucionaria de México, mismos que se encargaron de reorientar a la Revolución a un sendero más conservador<sup>108</sup>; con esta transición del poder político se vieron afectadas muchas de las propuestas e iniciativas que el propio Cárdenas había fomentado para el aseguramiento de un régimen nacionalista, entre ellas el proyecto que se envió a los legisladores sobre la LSS que se aplazó hasta que el ambiente político fuera adecuado para su implementación. Fue hasta la administración de Miguel Ávila Camacho en donde se propició el ambiente deseado para poner en marcha la LSS y continuar, aunque con un modo conservador, con los objetivos y los planes que habían quedado inconclusos durante el sexenio anterior.

El establecimiento del IMSS fue resultado de una serie de acontecimientos que obligaron al Estado a pensar en la asistencia social como una necesidad

---

<sup>106</sup> La seguridad social es la relación obrero-patronal-estatal y el seguro social es tan sólo un instrumento de ella para alcanzar los objetivos de bienestar social y cobertura que persigue. En resumen; la seguridad social es el fin y el seguro social el instrumento. Ayala Espino José, “*Economía del sector público mexicano*”, Universidad Nacional Autónoma de México, FE, Ed. Esfinge, México, 2001. p. 493.

<sup>107</sup> Díaz Limón José, “*Seguridad Social en México: un enfoque histórico*”, Revista de la E. L. de D. de Puebla, No. 2, México, Puebla. p.53.

<sup>108</sup> Michaels L. Albert, “*Las elecciones de 1940*”, Universidad de Nueva York, Buffalo, p. 80

colectiva imposible de aplazar, es por ello que será menester abordar el tema desde una perspectiva que relacione los cambios económico-social de nuestro país con la evolución de la política en materia de seguridad social de manera que pueda resaltarse su desarrollo infraestructural, para ello, en el siguiente apartado, se hará un breve recorrido por el desenvolvimiento de la política económica y su relación con el desarrollo del IMSS durante estas cinco décadas del México moderno.

## **2.2 ORIGEN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL CONTEXTO ECONÓMICO MEXICANO: LOS INICIOS (1943-1960).**

Aunque en 1929 se plasmó en el artículo 123 de la Constitución la necesidad de una Ley del Seguro Social y a pesar de todos los intentos cardenistas por implementar un sistema de seguridad social, no fue sino hasta el 1° de Enero de 1941 cuando se constituyó formalmente la Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social, bajo la dirección del licenciado Ignacio García Téllez, quien fuera también Secretario de Trabajo y Previsión Social<sup>109</sup>, en donde participaron el obrero, el patrón y el Estado para tratar los términos de la misma; siendo finalmente en 1943 cuando se promulga la Ley del Seguro Social, creándose así el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)<sup>110</sup> que quedaría a cargo del Lic. Ignacio García Téllez.

Esta Ley contenía entre sus líneas, el dictamen de protección a los trabajadores por diferentes motivos laborales; gracias a la amplia cobertura que la Ley ofrecía a los trabajadores y a la responsabilidad que volcaba a los patronos para correr parte del gasto de este servicio el Instituto tuvo que enfrentar una fuerte oposición por parte de empresarios principalmente. La institucionalización de la seguridad social significó por lo tanto una cotización mayor para los empresarios y la pérdida de la contratación de estos servicios por parte del cuerpo médico que tradicionalmente los ofrecía<sup>111</sup>.

---

<sup>109</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, *"IMSS: 40 Años de historia: 1943-1983"*... op. cit. p. 64.

<sup>110</sup> Ruiz Moreno Ángel Guillermo, *"Nuevo derecho a la Seguridad Social"*, Ed. Porrúa, 14° Edición, México, 2013, p. 99.

<sup>111</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, *"IMSS: 40 Años de historia: 1943-1983"*... op. cit. p. 66.

Los objetivos con los que se había fundado el Instituto eran bastante ambiciosos, principalmente porque la cobertura que pretendían abarcar era de una amplitud que, debido a la falta de recursos, era muy difícil cumplir en un periodo corto de tiempo; como una solución a esta falta de financiación y de estructuras materiales para la atención de los obreros se recurrió a la subrogación<sup>112</sup> económica integral de los servicios, principalmente porque este sistema de salud moderno tenía la necesidad de apoyarse de la infraestructura previa del país la cual distaba mucho de ser suficiente y equilibrada en cuanto a su distribución geográfica, así como en su número, tipo y complejidad<sup>113</sup>, además de que el personal capacitado para desempeñar este tipo de actividades era precario: en 1940 únicamente existían 6,664 médicos, es decir, un promedio de 3.4 por cada 10,000 habitantes que se distribuían de manera desequilibrada en los principales centros urbanos del país<sup>114</sup>.

Es justamente en esta década de los cuarenta, cuando se le presentó a México la oportunidad de desarrollarse internamente. Con la situación internacional de guerra y la pronta industrialización, el país presentó estadísticas de crecimiento significativas; de 1940 a 1945 el PIB de México creció a una tasa sin precedente de 6% anual en términos reales, y el PIB per cápita lo hizo a una tasa de 3.2%<sup>115</sup>. Era prioridad del gobierno entonces, aprovechar la situación internacional y estimular la industrialización para con ello llevar a México a un estado superior de desarrollo; gracias a estas acciones se pudieron observar resultados tan favorables en el PIB, además de que también se presentó un rápido crecimiento de la inversión pública, a una tasa de 14% al año, lo cual generó un auge en la construcción y contribuyó,

---

<sup>112</sup> La subrogación es una figura jurídica y trata de la delegación o reemplazo de obligaciones hacia otros, es considerada un tipo de sucesión. Se trata de un negocio jurídico mediante el cual una persona o en este caso la institución sustituye a otra en una obligación. Miguel Ángel Zamora y Valencia, “*La subrogación*”, Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones de la UNAM, en “Temas de derecho civil en homenaje al doctor Jorge Mario Magallón Ibarra”, UNAM, México, 2011, p. 328. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3861/21.pdf>

<sup>113</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*IMSS: 40 Años de historia: 1943-1983*”... *op. cit.* p. 69.

<sup>114</sup> *Ibidem*.

<sup>115</sup> Moreno Brid Juan Carlos, Ros Bosch Jaime, “*Desarrollo y crecimiento en la economía mexicana*”, Fondo de Cultura Económica, México, 2010. p. 141.

junto con el aumento de la inversión privada, a un importante incremento de la tasa de inversión total<sup>116</sup>.

El auge económico que se estaba presenciando le dio al Estado recursos suficientes para llevar a cabo algunas de las obras infraestructurales que quedaban pendientes y que eran de prioridad. Una de ellas fue la creación de unidades de atención médica para poder prescindir de la subrogación a la que se había recurrido en años anteriores ya que las oficinas centrales del Instituto se colocaron provisionalmente en un edificio localizado en la calle 16 de septiembre de la Ciudad de México. Los médicos y funcionarios del IMSS, bajo el entonces liderazgo del Director General Ignacio García Téllez, se enfrentaban a un futuro imprevisible y a numerosos retos, entre ellos la planeación médica que incluía entre sus interrogantes: ¿con cuántos hospitales y clínicas se debía disponer?, ¿cuál debería ser su ubicación?, ¿qué tipo de personal?, etc.<sup>117</sup>; así que a partir de 1944, fijó como uno de sus objetivos primordiales extender gradualmente los servicios a otras ciudades, conforme los recursos humanos, técnicos y económicos lo permitieran, sin poner en peligro el sano crecimiento de la institución<sup>118</sup>. El primer edificio destinado a operaciones específicamente del Instituto fue un hotel que se encontraba en la Av. Michoacán dentro del Distrito Federal, el cual fue remodelado y convertido en un Hospital General.

---

<sup>116</sup> *Ibíd.* p. 142.

<sup>117</sup> Fajardo Ortiz Guillermo, “Hitos en la planeación médica en el IMSS”, en *Revista médica del IMSS*, México, 2003. p. 85. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im0311.pdf>

<sup>118</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*Siete Décadas de Arquitectura Institucional, LXX Aniversario del IMSS*”, José Antonio González Anaya Dir. Gral., Ed. Ecus S.A de C.V., México, 2013. p. 84



▲ Fotografía 1 y 2. Presidente Manuel Ávila Camacho colocando la primera piedra en la construcción del primer edificio perteneciente al IMSS en 1942. Colección Salud Pública de la Fototeca Nacional.

Para llevar a cabo estas acciones, se adoptó durante el periodo de guerra, un tipo de política económica proteccionista que ayudó al país a encontrar un camino para el crecimiento económico a través de las exportaciones y el abasto interno de bienes, junto con las leyes de fomento que se aprobaron en 1941 y posteriormente en 1946<sup>119</sup>, y la política fiscal que amplió la inversión pública en infraestructura con el fin de generar externalidades para el sector privado<sup>120</sup>; estas infraestructuras principalmente eran las orientadas al crecimiento económico, como las carreteras, puertos, plataformas petroleras y unidades de atención sanitaria. No debe dejarse de lado que para este año, a pesar del empeño por industrializar al país, éste aún era prácticamente agrícola, tanto que a lo largo de todo el periodo de 1940 a 1965 la producción agrícola creció a una tasa de 5.7% por año y la producción ganadera lo hizo a una tasa de 3.7%<sup>121</sup>.

Dentro de todo este escenario de guerra y debido al creciente número de trabajadores industriales (que a su vez acrecentaba el número de accidentados en las fábricas), el presidente Miguel Alemán hizo llegar a la Cámara de Senadores

---

<sup>119</sup> Cárdenas Sánchez Enrique, *“El largo curso de la economía mexicana: de 1780 a nuestros días”*, Colegio de México. Fideicomiso Historia de las Américas, Serie: ensayos. FCE, México, 2015, p. 528.

<sup>120</sup> *Ibidem*.

<sup>121</sup> Moreno Brid Juan Carlos, Ros Bosch Jaime, *“Desarrollo y crecimiento...” op. cit.* p. 144.

una nueva iniciativa de reforma a la Ley de Seguro Social en donde se pretendía ampliar hasta los 25 años de edad el goce de pensiones de orfandad, así como también extender la función social del Seguro sobre los hechos sociológicos que conducían al Estado a dictar normas de previsión que modificaran o anularan los efectos desventurados de los riesgos que amenazaban al trabajador (enfermedades, vejez, invalidez y muerte, y específicamente, los siniestros derivados de toda actividad laboral, tales como accidentes, enfermedades profesionales, desempleo o paro involuntario)<sup>122</sup>. Este hecho significó una ampliación de la cobertura de servicios de un modo diferente al territorial, era una expansión más bien de cobertura social.

Debido a la problemática interna, el IMSS experimentó cambios dentro de su organización que se rigieron por tres aspectos fundamentales: a) las reformas a la Ley del Seguro Social; b) la reforma de la estructura administrativa del Instituto y; c) el inicio de un programa ambicioso de construcción de clínicas<sup>123</sup>. Estos aspectos reflejaban la situación interna en la que se encontraba el Instituto, la desorganización y el nivel de precariedad a la que se estaban enfrentando, así como evidenciaba la falta de recursos y de elementos que ayudarían al seguro social a conformarse como una Institución de alto nivel. Estas modificaciones se hicieron principalmente en el área referente a las cuotas que se destinaban para el ramo de seguro de enfermedades y maternidad, sin embargo, no fueron suficientes para la estabilización de la situación financiera del IMSS; además se hicieron algunas modificaciones a la estructura organizativa con la creación de nuevos departamentos y la regionalización del mismo instituto; y por último, se comenzó un programa de construcción de clínicas, denominadas “clínicas-tipo”<sup>124</sup>.

La situación política-económica que se vivía posterior a la guerra, fue difícil, pues existían fuertes presiones para concluir las obras públicas importantes y por otro lado no era lo más prudente tomar decisiones ante medidas difíciles como

---

<sup>122</sup> IMSS, “*IMSS: 40 años de historia...*” *op. cit.* p. 37.

<sup>123</sup> Barajas Martínez Gabriela, “*Políticas de bienestar social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958*”, UNAM, Economía, México, 2009, p. 77

<sup>124</sup> *Ibíd.* p. 78

depreciar el tipo de cambio, si no era estrictamente indispensable. Sin embargo conforme avanzaba el sexenio de Miguel Alemán (1946-1952), la política económica fue obligada a cambiar de rumbo por el súbito deterioro de la balanza de pagos<sup>125</sup>, así que se volvió un tanto más proteccionista; por su parte, la política fiscal y de fomento siguió la misma tónica que la de los años anteriores: fue expansiva al continuar la inversión pública en infraestructura básica<sup>126</sup> generando externalidades que ayudaran al resto de los sectores económicos; esto sucedió, sin embargo tuvo un efecto en la inflación ya que este gasto de inversión se había financiado con recursos del Banco de México directamente.

Ya para los inicios de la década de los cincuenta, la expansión económica era notable y muy balanceada. Prácticamente todos los sectores económicos experimentaron una expansión de los niveles de urbanización y de las clases medias del país. El sector industrial experimentó su época dorada, creciendo 7.0% durante el periodo correspondiente a 1950-1962, dinamismo que compartió con la industria petrolera (7.8%) y la industria eléctrica (9.1%)<sup>127</sup>. Como consecuencia de este auge industrial, fueron necesarias la construcción de un número elevado de clínicas y recintos de asistencia social que fueran capaces de captar la demanda creciente; por esta y otras razones más, el IMSS fue evaluado financieramente para conocer la capacidad económica con la que se contaba para llevar a cabo la expansión de cobertura material, se descubrió un despilfarro de recursos y fue entonces que se sometió a un cambio en la gestión de estos. Bajo el lema de “una honesta administración de los recursos” se pudo observar un ahorro de 50 millones de pesos en solamente 9 meses, el número de empleados creció en proporciones muy bajas, aumentando solamente 2000 trabajadores; y se logró por fin la estabilidad financiera del Instituto lo que permitió continuar con la construcción de unidades hospitalarias y además de unidades habitacionales<sup>128</sup> para el abasto de

---

<sup>125</sup> Cárdenas Sánchez Enrique, *“El largo curso de la economía...”* op. cit. p. 532.

<sup>126</sup> *Ibidem.*

<sup>127</sup> *Ibid.* p. 562.

<sup>128</sup> Barajas Martínez Gabriela, *“Políticas de bienestar social del Estado...”* op. cit. p. 79

vivienda de la creciente migración de la población rural al ámbito urbano, inaugurando la primera en la zona correspondiente a Santa Fe.

De esta manera, se inició la provisión de una serie de prestaciones, ya no médicas sino sociales; cabe destacar que los primeros beneficiados con tales prestaciones fueron los propios trabajadores del IMSS<sup>129</sup>. No solamente fueron construidos complejos habitacionales, sino también se comenzó a expandir en todas las áreas referentes a la asistencia social, se construyeron casas de Aseguradas, en donde se impartían diversos cursos culturales y de integración social. Aunado a ello se comenzó replantear la idea del seguro social y se comenzó a difundir el concepto de planeación de salud por considerarse el procedimiento necesario para conseguir óptimos resultados, ya que los resultados a la fecha no eran los esperados puesto que se aumentó la asistencia médica a los trabajadores pero no se consiguió el incremento de la productividad<sup>130</sup>.

Al respecto se promovió el desarrollo de la medicina familiar que surgió como sistema piloto en Nuevo León, que fue propuesto formalmente durante 1953 y que incorporaba una reforma que dictaba que el médico fuera contratado por tiempo completo y distribuyera sus jornadas de trabajo en atención parcial de consulta a domicilio y en clínica<sup>131</sup>.

---

<sup>129</sup> *Ibíd.*

<sup>130</sup> IMSS, "IMSS: 40 años de historia"... *op. cit.* p. 81.

<sup>131</sup> *Ibíd.* p. 79.



◀ Fotografía 3. La Casa de la Asegurada (hoy Centros de Seguridad Social). Se otorgaban servicios de enseñanza de corte y confección, mecanografía, entre otras cosas. Fuente: 40 años de historia del IMSS. P. 149.

A la par de estas acciones, el doctor Neftalí Rodríguez, pionero en la planeación médica del IMSS, imaginó servicios *arquetipo*, además, ideaba *jerarquizar* los establecimientos médicos<sup>132</sup>, prueba de ello fue el establecimiento de un Hospital General de Zona: el Hospital de La Raza, el cual tuvo su inauguración simbólica el 12 de Octubre de 1952, ya que entró en funciones formalmente hasta Febrero de 1954; siendo este hospital el modelo a seguir de los diferentes centros regionales que se construirían en toda la República.

En lo que respecta al escenario económico del país avanzada la década de los cincuenta, comenzaban a presentarse complicaciones que evidenciaban el deterioro del modelo sustitutivo de importaciones<sup>133</sup>, por lo que fue necesario comenzar a replantear las herramientas y el tipo de política que se llevaría a cabo para impulsar de nueva cuenta el desarrollo interno del país. En 1958, ahora bajo la administración del presidente Adolfo López Mateos (1958-1964), es elegido Secretario de Hacienda al ex Director General del IMSS el Lic. Antonio Ortiz Mena,

---

<sup>132</sup> Fajardo Ortiz Guillermo, “*Hitos en la planeación médica...*”, *op. cit.* p. 86.

<sup>133</sup> Las empresas utilizaron su poca capacidad instalada para sustituir bienes de consumo sencillo aprovechando las pocas divisas disponibles para la importación de bienes de capital. Posterior a ello se continuó con el aprovechamiento de la capacidad productiva instalada adoptando políticas proteccionistas y de fomento económico, para que las empresas nacionales continuaran sustituyendo las importaciones de bienes de consumo no duradero y avanzaran a las de los bienes duraderos y de capital. Ánima Puente Santiago y Guerrero Flores Vicente, “*Economía mexicana. Reforma estructural, 1982-2003.*”, Facultad de Economía, UNAM, México, 2004. p. 75

quien fue artífice además, de lo que se conocería como el “*Desarrollo Estabilizador*”<sup>134</sup>.

Durante este periodo (finales de los 50 hasta 1970 aproximadamente) la economía mexicana se caracterizó por un alto crecimiento de la producción, bajas tasas de inflación y estabilidad en el tipo de cambio, además de que gracias a ella el déficit fiscal se mantuvo en 0.03% anual<sup>135</sup>; uno de los pilares de acción de este modelo fue la inversión en infraestructura pública básica, principalmente en lo referente a vías carreteras, plataformas petroleras y el mejoramiento de la educación y la salud; esta reinversión en el ámbito infraestructural, especialmente en el de salud, se tradujo a finales de la década de los 50, en una cobertura de prácticamente todos los Estados de la República.

Sin embargo, aún con toda esta expansión y construcción de clínicas durante este periodo, solamente 3'360,389 eran derechohabientes del IMSS (1'153,124 urbanos y 47,584 rurales), es decir, solo el 9.63% del total de la población estaba amparada por la seguridad social<sup>136</sup>. Además de que el Instituto, para esta fecha, había desarrollado un patrimonio inmobiliario del 9.09%, esto con la finalidad de hacer frente a esta demanda creciente del servicio, el número de entidades que se beneficiaban con el nuevo concepto de seguro social se elevó hasta llegar a 32 en 1958, lo que en términos de cobertura en derechohabiencia llegó a una cifra en 1988 de 63.40%<sup>137</sup> de la población total.

---

<sup>134</sup> Tanto economistas como historiadores económicos a veces se refieren al “desarrollo estabilizador” como el período de 1956 a 1970, que combinó un alto crecimiento y una inflación baja, y a veces como el período entre 1958 y 1970, época en la que Antonio Ortiz Mena fue secretario de Hacienda. Juan Carlos Moreno-Brid, y Jaime Ros Bosch, “*Desarrollo y crecimiento en la economía mexicana. Una perspectiva histórica*”, México, Fondo de Cultura Económica, 2010, p.149.

<sup>135</sup> AULA, “¿Qué fue el Desarrollo Estabilizador?: Paradigmas”, en periódico *Excelsior on line*, sección: *Dinero en imagen*, México, 2012, Fecha de consulta: 7 Mayo 2017, Disponible en: <http://www.dineroenimagen.com/2012-12-26/13356#>

<sup>136</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*Siete Décadas de Arquitectura Institucional...*” *op. cit.* p.85.

<sup>137</sup> *Ibidem*.

### 2.3 DESARROLLO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL CONTEXTO ECONÓMICO MEXICANO: EL AUGE EXPANSIVO (1960-1983).

La extensión del régimen del seguro que caracterizó el final de la década de los años cincuenta fue posibilitada por las reformas de la Ley en el año de 1959, ya que fue enviada una iniciativa al Congreso de la Unión y éste, mediante el Decreto el 28 de diciembre del mismo año se expidió al fin la *Ley de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*<sup>138</sup>. La importancia de la seguridad social y del sistema de pensiones se podía notar en las declaraciones que el mismo presidente Adolfo López Mateos hacía:

“México vive un periodo de transición de los seguros sociales a la seguridad social. La seguridad social se distingue de los seguros sociales clásicos, tanto por la más amplia protección que concede para abarcar el ciclo de cada vida, como por la estructura financiera de uno y otros sistemas. Los seguros sociales operan dentro de los principios del cálculo de probabilidades, la teoría del riesgo y una idea restringida de solidaridad frente a los riesgos, pues sólo comprende a los empleadores en relación con sus trabajadores. En cambio la seguridad social, implica la adopción de nuevas obligaciones y derechos que llevan a una ampliación de la solidaridad social frente a los riesgos comunes de toda una colectividad.<sup>139</sup>”

Con la creación del ISSSTE se ampliaba la oportunidad del Estado mexicano de proveer de seguridad social a un porcentaje de población mayor, de una manera más eficiente y adecuada a las necesidades de cada usuario. De acuerdo al INEGI, en 1960 el IMSS contaba con 3.4 millones de derechohabientes, equivalentes al 9.6% de la población total del país de esa época, de la cual el 96% pertenecía al ámbito urbano. Llegando a la década de 1970 el porcentaje de población derechohabiente ascendía a 20.3%; y en 1990 cubría al 47.5%. Mientras que el ISSSTE para 1960 cubría al 1.4%, en 1970 al 2.8% y en 1990 al 10.2% con 8.3 millones de derechohabientes, de la población total del país<sup>140</sup>. Lo que refleja el hecho de que, aunque el IMSS cubría a una porción considerable de la población,

---

<sup>138</sup> Ruíz Moreno Ángel Guillermo, “*Nuevo Derecho a la Seguridad Social...*” *op. cit.* p. 107.

<sup>139</sup> IMSS, “*IMSS: 40 años de historia*”... *op. cit.* p. 39-40.

<sup>140</sup> Cámara de Diputados, “*Seguridad Social...*” *op. cit.*

el establecimiento de otra institución de salud que apoyara el quehacer de la cobertura de salud era necesario.



◀ Fotografía 4. Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE, mejor conocido como Hospital 20 de Noviembre, 1973. La construcción inició en 1959 a cargo de los arquitectos Agustín y Enrique Landa, y fue inaugurado el 16 de mayo de 1961. FOTO: Colección Villasana-Torres.

Adicionalmente a estas dos instituciones, se fueron creando otros organismos que cubrían a segmentos específicos de trabajadores como es el caso del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), así como los esquemas de pensiones de Petróleos Mexicanos (Pemex), Luz y Fuerza del Centro (LFC), la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y algunas universidades<sup>141</sup> que comenzaron a explotar las aulas existentes y crearon además nuevas carreras de especialización en medicina.

Gracias al aumento de conocimiento en los médicos se hizo necesaria la división de la salud en forma de especialidades y subespecialidades, facilitando el trabajo hospitalario<sup>142</sup>. La prueba fehaciente de esta división de especialidades estaba en que, posterior a la adquisición del Centro Médico Nacional por parte del IMSS el 15 de Marzo de 1962, se subdividió a sus 15 edificios por áreas de atención; estos edificios eran de tipo geométrico y albergaban servicios de: Admisión, Lavandería, Enseñanza y Habitaciones, Hospital de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Hospital de Enfermedades Nerviosas, Hospital de Neumología, Hospital de Emergencias, Hospital de Oncología, Hospital de Gineco-Obstetricia, Hospital de Enfermedades de la Nutrición, Edificio de Congresos y

---

<sup>141</sup> *Ibíd.*

<sup>142</sup> IMSS, "IMSS: 40 años de historia"... *op. cit.* p. 78.

Convenciones, Oficinas Generales, Casa de Máquinas, Laboratorio de Medicamentos y Guardería. Los siete hospitales tenían poco más de 2000 camas. La superficie construida fue de 207,283 m<sup>2</sup> y la superficie del terreno de 156,000 m<sup>2</sup>.<sup>143</sup>



◀ Fotografía 5. Ceremonia de inauguración del Centro Médico Nacional para uso del Instituto Mexicano del Seguro Social 14 de Marzo de 1963, por el Presidente Adolfo López Mateos y el Director General del IMSS Benito Coquet. Fuente: 7 décadas de arquitectura institucional, IMSS.

El sexenio de Adolfo López Mateos fue de los más significativos del periodo de estudio, debido a que fue el que presentó la mayor expansión infraestructural de asistencia social y además de que durante esta administración se definió un programa urbano arquitectónico complejo que incluía, según fuera el caso, clínica hospital, unidad deportiva y habitacional, centro de seguridad social y un teatro, es decir la materialización del modelo de seguridad social integral. El ejemplo más representativo de este programa y del modelo de seguridad adoptado por el IMSS, fue la construcción de la Unidad Independencia al Sur de la Ciudad de México, que contaba, entre otras cosas, con una unidad habitacional, clínica, teatro, zona deportiva, centro de abasto e incluso un zoológico.

Dicho programa urbano fue de tal importancia que tuvo un alcance nacional cubriendo todas las capitales estatales de la República, además de un gran nivel de equipamiento social, de salud, educación y recreativo sin comparación en la

---

<sup>143</sup> Fajardo Ortiz Guillermo, “Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS”, Instituto Mexicano del Seguro Social, Revista *Médica del IMSS*, 2015, No. 53, Septiembre-Octubre, Fecha de consulta: 14 Marzo 2017, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457744939024.pdf>

historia del país. Vale decir que entre muchos arquitectos que participaron en el diseño y construcción de estos conjuntos, quien absorbió la mayoría de los proyectos fue Alejandro Prieto, sobresaliendo los casos de la ya mencionada unidad Independencia, la unidad Cuauhtémoc y el centro vacacional Oaxtepec<sup>144</sup>.

Posteriormente, durante la administración del presidente Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970) se continuó tanto con el modelo estabilizador, como con el programa de extensión de recursos y la construcción de múltiples unidades médicas con predominio de los edificios destinados a otorgar consulta externa, esto como consecuencia de la prioridad que se confirió a la medicina familiar<sup>145</sup>. La ampliación del sector salud, en específico la del IMSS, significó además de una extensión geográfica de la infraestructura, una extensión de cobertura y diversificación de áreas de atención: la seguridad social comenzaba a tomar como propias otras problemáticas que iban más allá del simple cuidado de la salud de los asegurados.

Este periodo de aparente auge económico que presentaba tasas de crecimiento del PIB 6.7% media anual, una tasa de inflación de 3% anual, y un tipo de cambio fijo, además de que se estimó que la pobreza alimenticia cayó de 64.3% en 1956 a 24.3% en 1968<sup>146</sup>, facilitó e impulsó la continuidad del proceso conocido como “*crowding in*” que se venía dando hace ya dos décadas que consistía en que la inversión pública genera más inversión privada, principalmente cuando esta inversión era destinada a proyectos de grandes magnitudes como la infraestructura básica orientada al suministro de energéticos, la electrificación, la construcción de carreteras o a la atención y asistencia social<sup>147</sup>. Hay que recordar que, bajo la teoría, la inversión externa en rubros como la infraestructura pública que conlleva montos elevados, deriva en el desarrollo económico interno a través de economías de escala y externalidades.

---

<sup>144</sup> Alejandro Ochoa Vega, “*La arquitectura del IMSS*”, Obras web, Sección: Construcción, Fecha de publicación: Enero 2007, Fecha de consulta: 03 Mayo 2017, Disponible en: <http://obrasweb.mx/construccion/2007/01/01/la-arquitectura-del-imss>

<sup>145</sup> IMSS, “IMSS: 40 años de historia”... *op. cit.* p. 80.

<sup>146</sup> Moreno Brid Juan Carlos, Ros Bosch Jaime, “*Desarrollo y crecimiento...*” *op. cit.* p. 149.

<sup>147</sup> Cárdenas Sánchez Enrique, “*El largo curso de la economía...*” *op. cit.* p. 577.

Respecto a la década siguiente, correspondiente a los años 70, se presentaron importantes cambios tanto económicos como en la forma de organización y operación del sistema de salud y del IMSS particularmente. Primeramente el deterioro de la política económica del “*desarrollo estabilizador*”, que aunque fue sumamente exitoso en el sentido de alentar el máximo nivel de producción bajo estabilidad de precios, habría acentuado la brecha de pobreza y desigualdad del país<sup>148</sup>, lo que lo llevo a su fracaso, dando paso a una nueva estrategia de política económica denominada “*desarrollo compartido*”, impulsada por el entonces presidente de la República Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), en la cual se pretendía que los beneficios del crecimiento económico fueran distribuidos en forma más justa; la estrategia estaba dirigida a mejorar el pobre desempeño de la agricultura, la reforma impositiva y la baja competitividad industrial en los mercados de exportación<sup>149</sup>, el desarrollo de la industria petrolera y ampliar los servicios de salud, educación, vivienda y electricidad a la población.

Como parte de la política de vivienda se comenzó a formar una estrategia de desarrollo económico que incluyera la situación que se desencadenó después del desarrollo de la industria en las principales ciudades del país; la migración de la población del campo a la ciudad fue impresionante; a partir de ello, el desarrollo de la infraestructura habitacional fue constante y creciente ya que ahora se tenía la tarea de garantizar la residencia de la clase trabajadora.

Una de las acciones más significativas para llevar a cabo los objetivos del desarrollo compartido y poder cumplir con la tarea de abastecimiento de complejos habitacionales, fue la creación de un instituto capaz de asegurar la vivienda de los trabajadores, hecho que se dio en 1972, cuando fue conformado el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), que tenía como objetivo otorgar a sus derechohabientes créditos hipotecarios a tasas menores que las que prevalecían en el mercado, sin la intermediación de entidades financieras,

---

<sup>148</sup> AULA, “¿Qué fue el Desarrollo Estabilizador?...”, op. cit.

<sup>149</sup> Moreno Brid Juan Carlos, Ros Bosch Jaime, “Desarrollo y crecimiento...” op. cit. p. 171.

como bancos y sociedades financieras de objeto limitado<sup>150</sup>, con la finalidad de otorgar a cada trabajador del Estado la oportunidad de adquirir una vivienda digna para él y su familia. El IMSS tenía la responsabilidad de la salud de millones de asegurados y derechohabientes, entonces se pensó en conferirle la responsabilidad de la vivienda de dichos asegurados a otra institución (el INFONAVIT), sin embargo, pese a ser autónomo realizaba labores complementarias únicamente con el IMSS y además funciones de apoyo en cuanto al sistema de pensiones<sup>151</sup>, ambas instituciones trabajaban en conjunto para el aseguramiento de la vivienda de los derechohabientes<sup>152</sup>.

Otro aspecto importante dentro del desarrollo del IMSS en la década de los 70, fue la reforma de la Ley del Seguro Social; después de un largo y arduo proceso de formación y análisis que encabezó el presidente Echeverría, se presentó ante el Consejo Técnico del IMSS un proyecto para la modificación de la Ley, el cual fue discutido y analizado también por la Secretaría de Trabajo y por la propia Presidencia de la República, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), para finalmente ser enviada y aceptada por el Congreso de la Unión en 1973. Una de las principales modificaciones consistió en facultar al IMSS para extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas<sup>153</sup>, además de que se creó el *seguro de guarderías* para los hijos de las aseguradas y el *régimen voluntario*<sup>154</sup>. La ley del Seguro Social de 1973 dio un gran paso al ampliar su cobertura a los grupos campesinos organizados, instituyendo

---

<sup>150</sup> Del Río Castillo Jaime y Gurría Laviada Javier, “Infonavit y la vivienda de interés social en México”, Revista de Comercio Exterior Bancomext, México No. 46, 2010, p. 610, Fecha de consulta: 14 Marzo 2017, Disponible en: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/46/10/RCE.pdf>

<sup>151</sup> Ruíz Moreno Ángel Guillermo, “Nuevo Derecho a la Seguridad Social...” *op. cit.* p. 110.

<sup>152</sup> El ISSSTE y el ISSSFAM contaban cada uno con sus respectivos organismos de vivienda. Por tanto se destinó al INFONAVIT exclusivamente para funciones del IMSS.

<sup>153</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “IMSS-OPORTUNIDADES Cap. VIII”, Informe 2014, México, p. 173.

<sup>154</sup> Consiste en brindar atención a todas aquellas personas que no han sido afiliados al Instituto como lo son los trabajadores en industrias familiares, y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos, trabajadores no asalariados y otros.

entonces el Programa de Solidaridad Social “IMSS-COPLAMAR”, manejado con recursos del Gobierno Federal y administrados por el Instituto<sup>155</sup>.

Con estas acciones se avanzó considerablemente en la consolidación de un sistema integral de salud pues ya contaba con un sistema de atención sanitaria, un sistema de pensiones y ahora un sistema de asistencia social (prestaciones) que incluían guarderías y vivienda popular, entre otros beneficios como actividades culturales y de recreación. En 1977 el entonces presidente José López Portillo (1976-1982) crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) con el objetivo de cubrir las zonas más pobres y relegadas del país que no contaban con una atención efectiva de salud. Al inicio del COPLAMAR se establecieron servicios en la zona norte del país, se construyeron 7 clínicas-hospitales de campo y se adaptaron 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) para que funcionaran como unidades de primer nivel<sup>156</sup>.

Fue en 1979 cuando se encuentra el yacimiento de petróleo de Cantarell en Campeche y Tabasco dando una señal de alivio y confianza al país que se encontraba sumergido en una deuda casi imposible de pagar, los ingresos petroleros potenciales parecían ser suficientes para cubrir la deuda y además para poder invertir en un proyecto que surgió a partir del establecimiento de la estrategia del “desarrollo compartido”; con la vasta experiencia del IMSS y este prometedor auge petrolero, se registra la primer expansión del COPLAMAR en términos de infraestructura, al construir 30 hospitales de segundo nivel de atención y 2,715 unidades médicas de primer nivel; para 1981 ya contaba con una red de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales, con los que se daba atención médica a más de 10 millones de indígenas y campesinos<sup>157</sup>.

---

<sup>155</sup> Ruíz Moreno Ángel Guillermo, “*Nuevo Derecho a la Seguridad Social...*” *op. cit.* p. 117.

<sup>156</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*IMSS-OPORTUNIDADES...*” *op. cit.* p. 174.

<sup>157</sup> *Ibídem.*



◀ Fotografía 6.  
Programa IMSS-  
COPLAMAR. Unidad  
Médica Rural #22,  
Amatenango del  
Valle, Chiapas.  
Fuente: 40 años de  
historia del IMSS. P.  
130.

Sin embargo, la euforia por el descubrimiento petrolero no duro demasiado, la expansión económica de fines de los años setenta y principios de los años ochenta llevó la situación de debilidad estructural demasiado lejos<sup>158</sup>. El principio de la década de los 80 fue crucial para la economía mexicana, afectada externamente por la recesión de Estados Unidos e internamente por su déficit público, México continuó con su política expansiva, de tal suerte que el gasto público creció ese año 25.7% en términos reales, de 34.9% del PIB en 1980 a 40.6% en 1981, mientras que los ingresos públicos se mantuvieron prácticamente constantes como porcentaje del producto en un poco más del 26%. Por tanto el déficit fiscal creció en ese periodo de 8% a 14.3%<sup>159</sup>. Se distinguen aquí, dos épocas que marcaron el decenio: la primera entre 1983 y finales de 1984 en donde el gobierno renegoció los plazos y términos de la deuda externa y efectuó un programa de ajuste económico severo que inicio el proceso de recuperación económico; y el segundo: a partir de 1985, que aunque hubo indicios de recuperación, la corrección de los desequilibrios macroeconómicos se detuvo e incluso retrocedieron ligeramente<sup>160</sup>.

Se presentaron problemas sociales y económicos, caracterizados por el bajo crecimiento económico, la persistencia y profundización de las desigualdades socioeconómicas, la concentración cada vez mayor de la riqueza en un pequeño sector de la sociedad, y la expansión de la situación de pobreza y extrema pobreza

---

<sup>158</sup> Cárdenas Sánchez Enrique, *"El largo curso de la economía..."* op. cit. p. 640.

<sup>159</sup> *Ibíd.* p. 641

<sup>160</sup> *Ibíd.* p. 657

que llevaron a hablar de las dos nuevas décadas perdidas<sup>161</sup>. Esta situación llevo al gobierno a replantear las medidas tomadas para hacerle frente a estas dificultades, considerando necesario un nuevo “ajuste” para revertir la brecha de desigualdad que existía hasta este momento.

A partir del conjunto de críticas, y sobre todo de los acuerdos políticos de los sectores dominantes, las que comenzaron a aplicarse en México a partir del sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) quién representó las propuestas impulsadas por las corrientes neoliberales a través del Partido Revolucionario Institucional (PRI)<sup>162</sup>; estas propuestas estaban fundadas en las recomendaciones que el mismo Banco Mundial daba a los países subdesarrollados para obtener, según ellos, resultados más satisfactorios que los que se habían conseguido hasta ahora. Las recomendaciones que el BM daba eran básicamente 3: 1) incrementar la producción de alimentos básicos que asegure un mínimo de alimentación adecuada, 2) expandir la escolaridad de la población, especialmente de la educación primaria, y 3) extender la cobertura de atención de la enfermedad solamente en el primer nivel de atención<sup>163</sup>.

En suma, aunque la política de seguridad social y el desarrollo infraestructural del IMSS desde su fundación hasta la década de los 80 fue creciente, hecho caracterizado por el aumento en el número de unidades de atención sanitaria, y también las entidades federativas beneficiadas por el servicio, así como las unidades totales con las que contaba el Régimen Ordinario del IMSS llegando a 1,251 (182 hospitales y 1024 clínicas), dicho proceso comienza a perder dinamismo, debido al reajuste económico lo cual comenzó a ser visible con la expansión de unidades médicas de atención primaria, dejando abandonadas algunas de las de especialidad y centros médicos de niveles de atención superiores. A comparación con sus inicios, en 40 años del Instituto, a inicios de la

---

<sup>161</sup> Menéndez Eduardo L., “*Políticas del Sector Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales*”, Revista Salud Colectiva, La Plata, Argentina, 195-233, Mayo-Agosto, 2005, p. 196.

<sup>162</sup> *Ibíd.* p. 197

<sup>163</sup> *Ibíd.*

década de los 80, contaba ya con 1024 clínicas, 182 hospitales y 45 unidades subrogadas, en todo el país.

**Tabla 2. Unidades Médicas en Servicio para el Régimen Ordinario IMSS  
1946-1980**

Años	Suma	Hospitales	Clínicas	Unidades contratadas	Puestos de enfermería
1946	55	9	22	18	6
1952	61	19	42		
1958	583	79	224		280
1964	907	99	492		316
1970	937	108	427	103	299
1976	1028	151	584	65	282
1980	1251	182	1024	45	

Fuente: IMSS "40 años de historia: Instituto Mexicano del Seguro Social (1943-1983)", P. 70.

Miguel de la Madrid, como presidente de la República y a la par del inicio de su administración se pusieron en marcha los nuevos planes de reorganización, uno de ellos fue el Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) que tenía como objetivo esencial hacer cumplir la Carta de Intención que se firmó con el FMI<sup>164</sup>, estos contemplaban entre otras cosas la reducción del gasto público en salud: de una participación histórica del 20% en el presupuesto del IMSS, el Estado mexicano pasó al 10% en 1980<sup>165</sup>. Por otro lado, el Instituto tomó total control sobre COPLAMAR, descentralizando el servicio y convirtiéndolo en un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que interrelaciona la atención médica con la participación comunitaria.

#### **2.4 LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL ESTANCAMIENTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL CONTEXTO ECONÓMICO MEXICANO (1983-1993).**

La última, pero no menos importante, etapa de análisis del IMSS estuvo caracterizada por la notoria reducción del papel del gobierno federal en la prestación de servicios de salud, la redistribución del gasto en salud y la reducción

<sup>164</sup> Sánchez González José Juan, "La reforma del Estado en el Gobierno de Miguel de la Madrid (19821-1988).", en "*Administración Pública y Reforma del Estado en México.*", Instituto Nacional de la Administración Pública, México, 1998, p. 80.

<sup>165</sup> Menéndez Eduardo L., "*Políticas del Sector Mexicano (1980-2004)...*", *op. cit.* p. 197.

el gasto en salud a nivel federal hizo que el Programa transfiriera 23 hospitales y 911 Unidades Médicas Rurales a 14 entidades federativas<sup>166</sup>. En el año 1984 las unidades del sector salud brindaron un total de 31.8 millones de consultas de las cuales 82.4% fueron en medicina general y 11.6% especialidades; el IMSS fue la institución que presentó mayores rendimientos, siendo éste de 44.9 consultas por consultorio al día<sup>167</sup>.

Toda esta reestructuración del Seguro Social y del servicio de salud se vio interrumpida, en el mes de septiembre de 1985, cuando un sismo de magnitud 8.1 en la escala de *Richter* sacudió al centro-occidente del país, dejando millones de personas muertas, heridas y en situación de calle, además de que miles de edificaciones resultaron perjudicadas, incluyendo infraestructura correspondiente al Sector Salud. El IMSS sufrió daños importantes, la destrucción casi total del Centro Médico Nacional fue uno de ellos, representando la pérdida de 2600 camas censables y desperfectos en 146 unidades médicas, sociales y administrativas de las cuales 127 se ubicaban en la Ciudad de México; las instituciones de Seguridad Social reportaron la pérdida de 3,467 camas hospitalarias, 2600 pertenecientes al IMSS y 867 al ISSSTE<sup>168</sup>.

En respuesta a la crisis que se avecinaba el presidente de la Madrid instaló la Comisión Nacional de Reconstrucción que a su vez formuló el Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud que tenía como objetivo principal reponer la infraestructura dañada o perdida y a la vez reordenar los servicios para mejorar su operación, eficacia y eficiencia<sup>169</sup>. Hubo dentro del Programa algunas estrategias un poco más específicas para la reconstrucción de cada unidad/institución de salud, con sus propios ejes rectores y con el principal objetivo de brindar ayuda en las áreas de mayor afección de cada una particularmente:

---

<sup>166</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, "IMSS-OPORTUNIDADES..." *op. cit.* p. 174.

<sup>167</sup> Secretaría de Salud, "Programa de reconstrucción y reordenamiento..." *op. cit.* P. 34

<sup>168</sup> *Ibíd.* P. 45.

<sup>169</sup> *Ibíd.* P. 60.

- Programa de reconstrucción y reordenamiento de los Servicios de la Secretaría de Salud.
- Proyecto de Reordenación de la Infraestructura hospitalaria en los servicios médicos del departamento del DF.
- Programa de reconstrucción de Centros de Rehabilitación y Educación Especial del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- *Programa de Reconstrucción y Reordenamiento del IMSS.*
- Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud del ISSSTE.<sup>170</sup>

#### **2.4.1 PROGRAMA DE RECONSTRUCCIÓN Y REORDENAMIENTO DEL IMSS**

Este programa surge por la necesidad que tenía el Instituto de reconstruir su infraestructura material para brindar la atención necesaria primeramente a las victimas inmediatas del Sismo basándose principalmente en las proyecciones de las necesidades a mediano plazo, así como de la reposición ordenada de la infraestructura dañada tanto en la Ciudad de México como en Jalisco y Guerrero<sup>171</sup>; consistía principalmente en:

- Descentralizar en beneficio de los derechohabientes la alta especialidad (3er nivel), distribuyendo en lugares estratégicos y de acuerdo con el número de derechohabientes facilidades de comunicación y morbilidad regional, por parte de la atención que se otorgaba en el Centro Médico Nacional, Traslado de 838 camas: Puebla 183, Veracruz 165, Mérida 84, Sonora 197, Guanajuato 209.
- Construir o adaptar hospitales de segundo nivel en el Valle de México, para recuperar 1,180 camas: Gustavo Baz 360, Vicente Guerrero, Naucalpan, Observatorio, Villa Coapa y CD. Azteca con 164 c/u.
- Recuperar equipo y mobiliario, rehabilitación de edificios de: Congresos, Consulta externa, Radioterapia y Oncología.
- Rehabilitar 146 unidades médicas, sociales y de administración afectadas por el sismo<sup>172</sup>.

---

<sup>170</sup> *Ibíd.* p. 61.

<sup>171</sup> *Ibíd.* p. 69.

<sup>172</sup> *Ibíd.*

Se estima que, hasta el mes de abril de 1986, el costo del proyecto de reconstrucción de salud había sido de \$163,983.9 mdp distribuidos de la siguiente manera:

**Cuadro 1. Distribución del gasto público en mdp para el Proyecto de Reordenamiento de la Infraestructura Hospitalaria, 1986.**

<b>Servicios a la población abierta</b>		<b>Servicios de Seguridad Social</b>	
<i>Secretaría de Salud</i>	\$46,985.90	<i>IMSS</i>	\$62,502.00
<i>Dpto del DF</i>	\$20,115.00	<i>ISSSTE</i>	\$29,075.00
<i>Sistema Nacional DIF</i>	\$5,306.00		
<i>Subtotal</i>	\$72,406.90	<i>Subtotal</i>	\$91,577.00
<b>Total</b>		<b>\$163,983.90</b>	

Fuente: Secretaría de Salud, "Programa de reconstrucción y reordenamiento de los Servicios de Salud", P. 113.

En cuanto al costo del programa específico del IMSS que fue de \$62,502.00 mdp, el desglose es el siguiente:

**Cuadro 2. Costo del Programa de Reconstrucción y Reordenamiento IMSS en mdp, 1986.**

**PROGRAMA DE RECONSTRUCCIÓN Y REORDENAMIENTO  
IMSS**

<b>Costo del Programa (mdp)</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Costo</b>
<b>1. Construcción</b>	<b>\$ 54,216.00</b>
* Centros foráneos	\$ 20,220.00
* 6 hospitales de 2N	\$ 19,451.00
*Centro Médico Nacional (CMN)	\$ 14,545.00
<b>2. Rehabilitación</b>	<b>\$ 8,286.00</b>
* Demolición y rehabilitación del CMN	\$ 3,085.00
*Rehabilitación de unidades médicas	\$ 1,201.00
*Recuperación de mobiliario y equipo	\$ 4,000.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 62,502.00</b>

Fuente: Secretaría de Salud, "Programa de reconstrucción y reordenamiento de los Servicios de Salud", P. 145.

El gasto de mayor magnitud fue destinado al rubro de construcción, siendo los centros foráneos los mayormente beneficiados lo que reflejaba la intención del

Estado por descentralizar al sistema de seguridad social implantando nuevos centros de atención fuera de la Ciudad de México, seguido del gasto a hospitales de segundo nivel y la reconstrucción del Centro Médico Nacional.

Los años posteriores al desastre natural fueron muy difíciles para la economía mexicana, además de la reconstrucción social, económica e infraestructural, el gobierno mexicano tendría que lidiar con la abrupta caída del precio del petróleo que se dio en 1986; esta caída deterioró dramáticamente los términos de intercambio de la economía, y acabo con buena parte de las reservas internacionales del país además de debilitar severamente sus ingresos fiscales<sup>173</sup>; para poder hacer frente a esta debacle, el gobierno de Miguel de la Madrid puso en marcha un programa heterodoxo de estabilización para reducir rápidamente el déficit fiscal y restaurar la estabilidad de precios y del balance de pagos<sup>174</sup>, el Pacto de Solidaridad Económica (PSE)<sup>175</sup> que a través de la desindización de precios apoyada con las medidas adicionales de austeridad tanto fiscal como monetaria y con la aceleración de la apertura comercial planeaba reducir la inflación con eficacia.

Los resultados del sexenio de Miguel de la Madrid parecían más bien saldos; la reforma económica había fracasado, no fue superada la crisis, sino que al contrario, se acentuó mucho más de lo previsto, se acentuó el estancamiento económico con una tasa de crecimiento del PIB de apenas 0.1% promedio anual, el sector agropecuario creció a tan solo 0.8% y la industria manufacturera solo lo hizo al 0.2% promedio anual<sup>176</sup>. Al final del sexenio Madridista el poder adquisitivo de la población había mermado abruptamente y era notorio que no se había logrado ninguno de los objetivos que se pretendía con su política de “*austeridad*”

---

<sup>173</sup> Moreno Brid Juan Carlos, Ros Bosch Jaime, “*Desarrollo y crecimiento...*” *op. cit.* p. 197.

<sup>174</sup> *Ibidem.*

<sup>175</sup> El PSE consistió en castigar en mayor grado a los salarios a fin de reducir la demanda y con ello detener los precios. Se aumentaron salarios un 15%, aumentaron en un 80% las tarifas energéticas y se pretendió detener el ritmo de deslizamiento del peso mexicano. Sánchez González José Juan, “*La reforma del Estado en el Gobierno de Miguel de la Madrid...*” *op. cit.* p.83.

<sup>176</sup> *Ibid.* p. 84.

*económica*”, sino todo lo contrario este no fue más que el sexenio de *crecimiento cero*.

Más tarde, ya en la administración de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) en el periodo que comprende de 1988 a 1991 el déficit operacional del sector público, como proporción del PIB, rebasó en más de dos puntos porcentuales al de 1987 como consecuencia principalmente de las mayores tasas de interés reales sobre la deuda pública interna<sup>177</sup>; como solución a estos problemas se implementaron una serie de reformas a la política industrial que se concentraron principalmente en la eliminación de subsidios crediticios, incentivos fiscales y esquemas de protección comercial, así como también los requisitos de desempeño en términos del comercio exterior<sup>178</sup>. Se encontraba el país en un proceso de disolución de la política industrial.

Además de esta disolución de la política industrial, el país había entrado en una etapa privatizadora, las empresas públicas comenzaban a ser concesionadas a privados con el argumento de que era necesaria la inversión privada para mantener productivas dichas empresas; el caso más representativo de la época fue el de la venta en 1990 de Telmex (ahora monopolio de telecomunicaciones en México). La urgencia de privatizar las empresas públicas se asoció más con la necesidad de aliviar las severas restricciones al financiamiento de la inversión pública y de reducir la carga administrativa del sector público<sup>179</sup>. Según Moreno Brid y Ros Bosch, el proceso privatizador se presentó en dos grandes etapas:

La primera entre 1983 y 1989, incluyó la venta, transferencia o liquidación de las empresas pequeñas y medianas que habían sido adquiridas o creadas por el estado sin mayor justificación económica o social, especialmente en las décadas de 1960 y 1970. [...] Y la segunda etapa privatizadora empezó en 1989, tuvo su clímax en 1990 y fines de 1992. Entonces el impulso privatizador estuvo caracterizado por el convencimiento del gobierno de que la inversión del Estado en la

---

<sup>177</sup> Moreno Brid Juan Carlos, Ros Bosch Jaime, “*Desarrollo y crecimiento...*” *op. cit.* p. 209.

<sup>178</sup> *Ibíd.* P. 222.

<sup>179</sup> *Ibíd.* 227

economía había sido excesiva y fuente de distorsión que minó el potencial de crecimiento y propició la inflación<sup>180</sup>.

Como parte de este cambio en el modo de operar del Estado, fue creado el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), a cargo del presidente Salinas. El programa marcó la diferencia en el modo de administrar los recursos del Estado con respecto a la atención de la pobreza y la salud, era parte de las acciones encaminadas a establecer la introducción formal del nuevo modelo económico neoliberal; propiciando entre otras cosas el cambio de denominación del Programa IMSS-Coplamar por IMSS-Solidaridad y el impulso de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas con 1,111 nuevas unidades de primer nivel y 10 Hospitales Rurales, situación que permitió atender a 10.3 millones de personas<sup>181</sup>.

El objetivo que perseguía el PRONASOL era el de romper el círculo vicioso que reproducía y acrecentaba generacionalmente la pobreza, decía que la alimentación, salud y educación eran fundamentales para el desarrollo de las facultades humanas y que los niños eran prioridad incuestionable para la nación pues de ellos dependía el futuro del país<sup>182</sup>. Dentro de los ejes rectores del programa se encontraban:

- ✓ *Solidaridad para el bienestar social.*
- ✓ *Solidaridad para la producción.*
- ✓ *Solidaridad para el desarrollo regional.*<sup>183</sup>

Ya durante la década de los 90, las políticas neoliberales completaron la descentralización del sector, promovieron el des-financiamiento de la seguridad social y aplicaron medidas para favorecer la mercantilización de los servicios de salud bajo la explicación del sobre proteccionismo dañino del Estado en la

---

<sup>180</sup> *Ibidem.*

<sup>181</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*IMSS-OPORTUNIDADES...*” *op. cit.* p. 174.

<sup>182</sup> Rojas Gutiérrez Carlo, “*El Programa Nacional de Solidaridad: hechos e ideas en torno a un esfuerzo.*”, *Revista de Comercio Exterior*, Vol. 42, núm. 5, México, Mayo 1992. p. 441.

<sup>183</sup> En este último propósito se acentuaba la importancia de contar con unidades de salud a lo largo y ancho de toda la República específicamente en zonas de bajo desarrollo urbano.

economía. Todas estas acciones incluyendo la reprivatización de la banca anunciada en mayo de 1990 y de otras empresas importantes como Teléfonos de México, Mexicana de Aviación, Altos Hornos, etc.<sup>184</sup>, agregaron optimismo a los inversionistas, quienes poco a poco recuperaron la confianza en el gobierno y comenzaron a regresar sus capitales al país. México se convirtió en un mercado atractivo para las aseguradoras estadounidenses que buscaron influir en las decisiones de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)<sup>185</sup> con el propósito de introducirse en el territorio con las mejores condiciones posibles.

En 1990, comparado con 1988, el gasto total del gobierno se redujo prácticamente 10 puntos porcentuales, de 40.5% a 30.6% del PIB, de los cuales 75% se debió a la reducción de los intereses y el 25% restante a reducciones en el gasto corriente del sector público<sup>186</sup>. Esta reducción en el gasto corriente del sector público se vería reflejada en un recorte en gasto destinado al sector salud, lo que podía derivar en un estancamiento o recorte del gasto específico del IMSS que en ese año fue de \$14,241.9 mdp<sup>187</sup>, es decir, apenas el 1.4% del PIB.

---

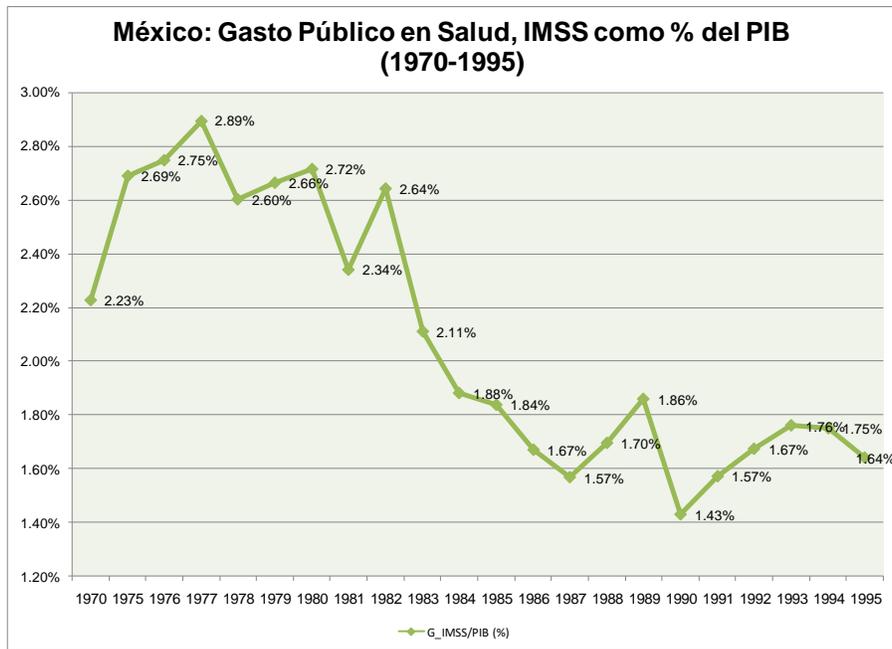
<sup>184</sup> Cárdenas Sánchez Enrique, *“El largo curso de la economía...”* op. cit. p. 704.

<sup>185</sup> Abrantes Pêgo Raquel, *“Salubristas y Neosalubristas en la reforma del Estado: Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000”*, El Colegio de Michoacán A.C. Centro Público de Investigación Conacyt, Zamora Michoacán, México, 2010. p. 42.

<sup>186</sup> Cárdenas Sánchez Enrique, *“El largo curso de la economía...”* op. cit. p. 707.

<sup>187</sup> Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, *“Evolución del Gasto en Salud”*, CEFPI/103/2007, Palacio Legislativo de San Lázaro, Distrito Federal, México, Diciembre 2007. P. 4. (las cifras están calculadas a precios corrientes)

**Gráfico 1. México: Comportamiento del Gasto público en Salud como porcentaje del PIB, IMSS (1970-1995)**



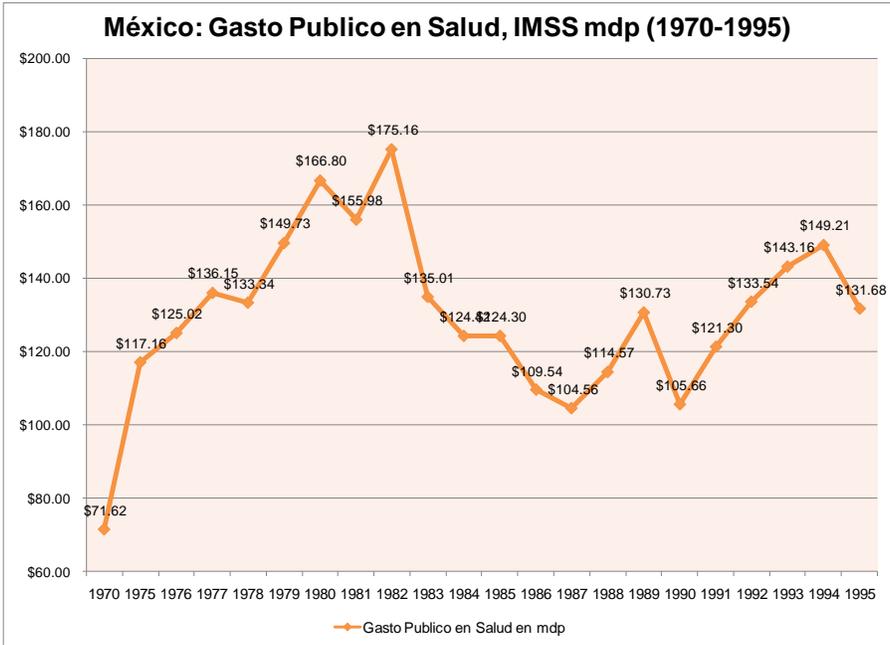
Fuente: Elaboración propia con datos del Centro de Estudios las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados, CEFP/10372007.

El gráfico anterior representa el porcentaje que el gobierno destinó para el gasto público referente al rubro de salud, específicamente del IMSS, durante un periodo de 25 años, como porcentaje total del PIB; se puede observar cómo la variable tiene un comportamiento inestable, pero con tendencia a la baja, siendo en la década de los 80 en donde se acentúa dicho suceso. Dentro de todo el periodo que se puede observar en el gráfico, al año en donde mayor participación porcentual de gasto público destinado al Instituto se le destinó fue en 1977 con una partida de 2.89% que equivalía a \$136.15 mdp del PIB total, sin embargo, esta cifra es mediocre a comparación con el crecimiento que experimentaba la economía mexicana. En contraparte el año de 1990 en donde la participación del gasto es la mínima de la historia con un total de 1.43% que representaba \$105.66 mdp.

Es importante resaltar el hecho de que incluso en aquellas etapas de “expansión económica”, el porcentaje destinado al sector salud fue deficiente y muy precario, situación que explica la condición limitada que tuvo en IMSS para poder

desarrollarse como era debido, y esto se puede observar con el siguiente gráfico en donde se muestra el comportamiento específico del Gasto Público en Salud a lo largo de todo el periodo de análisis.

**Gráfico 2. México: Gasto Público en Salud, IMSS, mdp (1970-1995).**



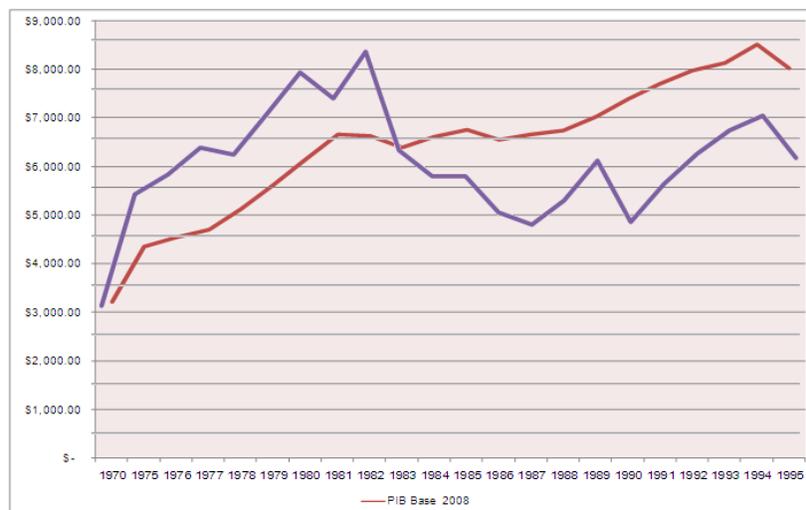
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Es posible observar que a pesar de las discrepancias en los porcentajes destinados al sector salud, específicamente al del Instituto, se puede observar que, debido a la misma variabilidad del PIB, las cifras en millones de pesos no distan mucho unas de otras, es decir, aunque el porcentaje del gasto público en salud haya tenido cambios significativos en términos porcentuales, en lo que respecta en medida monetaria no ha cambiado significativamente. Contrariamente a lo que se presenta en el gráfico 1, en el gráfico anterior se puede notar que el año en donde más se ha invertido en salud fue en el periodo correspondiente a 1982, con un porcentaje del 2.64% del PIB se logró invertir un monto de \$175.16 mdp, siendo entonces el año de 1987 (dos años posteriores al sismo) el periodo en donde menor

gasto hubo en materia de salud para el IMSS con un 1.57% que equivale a \$104.56 mdp<sup>188</sup>.

### Gráfico 3. México: Participación % del gasto público en salud, IMSS vs Comportamiento del PIB (1970-1995)

México: Participación % del gasto público en salud, IMSS vs Comportamiento del PIB, (1970-1995).



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Reforzando la idea anterior, el gráfico 3 cuenta con dos líneas de tendencia: una que muestra el comportamiento del PIB contra el comportamiento del gasto público en salud en términos monetarios durante el periodo 1970 a 1995, se contraponen ambas líneas con el objetivo de demostrar el hecho de que aunque el % de inversión en salud por parte del Estado disminuyó, en términos monetarios su variación no fue tan abrupta, aunque se observa que en ambas formas (en porcentaje o en millones de pesos), hasta la década de los 80, la participación estatal en salud presentaba una correlación altamente positiva con el nivel del crecimiento económico del país, situación que cambio a partir de la ruptura del modelo económico y la entrada del modelo neoliberal.

<sup>188</sup> *Ibidem*.

Es evidente a partir de este cambio de modelo y la implementación de las nuevas políticas para la descentralización de todos los servicios, que se redujo drásticamente la inversión pública en todos estos servicios, específicamente en el rubro de salud y educación. Es después de ello que el Instituto presenta el estancamiento de su desarrollo infraestructural y comienza a gestarse el declive de todo su sistema organizativo e incluso, a raíz de la política de disolución industrial, se comienzan a reducir los sindicatos y en consecuencia el número de beneficiarios directos del IMSS, y con ello su capacidad de atención.

### **CONSIDERACIONES DEL CAPÍTULO**

La historia económica mexicana correspondiente al siglo XX estuvo plagada de acontecimientos que cambiaron en mucho el rumbo del país, llevándolo a ser lo que conocemos hoy en día. Las 5 décadas brevemente analizadas en el capítulo 2 de esta investigación nos dan muestra de las múltiples coyunturas que se presentaron y de cómo se consolidó un Estado-Nación que recurrió a la Institucionalidad principalmente, para ejercer el poder necesario dentro de su territorio con el único fin de llevar al país al desarrollo económico.

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue un actor fundamental en la historia contemporánea del país, siendo uno de los organismos más grandes y representantes del México moderno, logro expandir su presencia en casi cada rincón de la República, asegurando a más de la mitad de la población trabajadora, que en este periodo creció exorbitantemente, logrando a con ello el establecimiento de un sistema integral de salud para los mexicanos.

La instalación del IMSS en el territorio se realizó a lo largo del desarrollo del “milagro mexicano” aprovechando el crecimiento económico que presentó el país durante este periodo, generando a su vez las condiciones generales que la producción requería para mantener, en primer lugar, una población trabajadora sana y en segundo lugar una acumulación de capital constante con la reinversión del capital en obras públicas de gran envergadura. Sin embargo, la verdadera

expansión de la infraestructura del IMSS tuvo su auge dos décadas después de su fundación, siendo hasta mediados de la década de los sesenta en donde se pudo observar el impacto material del sector salud en el territorio mexicano; este desarrollo infraestructural tuvo lugar en su mayoría en zonas industriales y de producción, pues su población objetivo era, en un inicio la población trabajadora de fábricas principalmente, cada vez más numerosas que el modelo sustitutivo comenzaba a gestar.

No obstante, toda esta expansión infraestructural del instituto se frenó a principios de la década de los 80, con el proceso de transición de un modelo de desarrollo económico a otro, se dieron también una serie de cambios en la forma de organización del instituto, dejando de lado la expansión y concentrándose únicamente en la parte correspondiente al mantenimiento y la gestión de las clínicas de primer nivel y aquellas de especialidad que lo requirieran. Dejando claro el objetivo que ahora se perseguía, la descentralización del servicio de salud con miras a una probable futura focalización o en su defecto privatización del sector salud.

Por último, cabe resaltar el hecho de que la expansión infraestructural del IMSS, por una parte, sí correspondió al comportamiento del desarrollo económico, puesto que su expansión iba de la mano con el crecimiento del Producto Interno mexicano, sin embargo, hay que destacar el hecho de que, a pesar de esta condición, la inversión que se hizo durante esta época y en especial en los momentos de auge económico fue insuficiente y mediocre. Es posible afirmar, a partir de los gráficos anteriormente mostrados, que a pesar de que había el recurso suficiente para poder lograr una inversión en salud pública significativa, la intención política verdadera no fue la de propiciar un ambiente adecuado para la atención de salud como el discurso lo marcaba, sino más bien el hecho fue legitimar y controlar políticamente las administraciones correspondientes en cada periodo, además de que las demandas hechas por la población trabajadora eran, aparentemente, cubiertas.

En el capítulo siguiente, se describe el comportamiento de esta expansión de una institución tan importante para México como lo es el IMSS, la periodización que se encontró a partir de la realización de esta investigación y de cómo se comportó el Instituto de una forma territorial en cada una de esas etapas, así como algunas de las características de este proceso de expansión territorial de la seguridad social para finalizar con el proceso de descentralización y de focalización que presentó a finales de la década de los 80.

### **CAPÍTULO 3. EXPANSIÓN TERRITORIAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

La última etapa que contempla la presente investigación es la descripción de la expansión infraestructural que el Instituto tuvo dentro del territorio mexicano durante los 50 años que abarca el periodo de estudio. El objetivo de este apartado es el de mostrar con más detalle el desarrollo que el IMSS presentó en un periodo crucial de la historia económica del país y analizar cuáles fueron los patrones de establecimiento que siguió el Estado conforme a la ubicación de infraestructura de la institución en todo el territorio.

Es importante hacer hincapié en el hecho de que la infraestructura correspondiente al Instituto no solamente contempla hospitales y clínicas, sino que, debido a la magnitud del fenómeno que representa, existen diferentes tipos de estructuras que fueron suministradas y administradas por el Estado a través de él, por ejemplo: hospitales de todos los niveles, clínicas rurales, casas de la mujer, guarderías, teatros, oficinas, casas de retiro, tiendas de conveniencia, centros de rehabilitación, unidades habitación, centros deportivos e incluso en uno de los casos un Zoológico.

El crecimiento de un ente tan importante como lo es el IMSS fue impetuoso, se habla de un desarrollo inmobiliario que llegó de 9.09% en sus inicios correspondiente al periodo de 1943 a 1962, que llegó a 63.47%<sup>189</sup> en el periodo siguiente que corresponde de 1963-1988<sup>190</sup>. Es notoria la diferencia de crecimiento entre periodos, principalmente por el establecimiento casi tan repentino del mismo Instituto, como se mencionó en el capítulo anterior, el IMSS en sus inicios contaba con infraestructura casi nula para poder atender a los derechohabientes que requerían del servicio y por ello recurría a la subrogación por parte de privados. En

---

<sup>189</sup> Este porcentaje es considerando como base el 100% de la infraestructura actual.

<sup>190</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, *“Siete Décadas de Arquitectura Institucional...”* op. cit. p. 85.

el periodo 1944-1960 se cuenta con 634 unidades médicas con 7,109 camas y 2,292 consultorios solamente<sup>191</sup>.

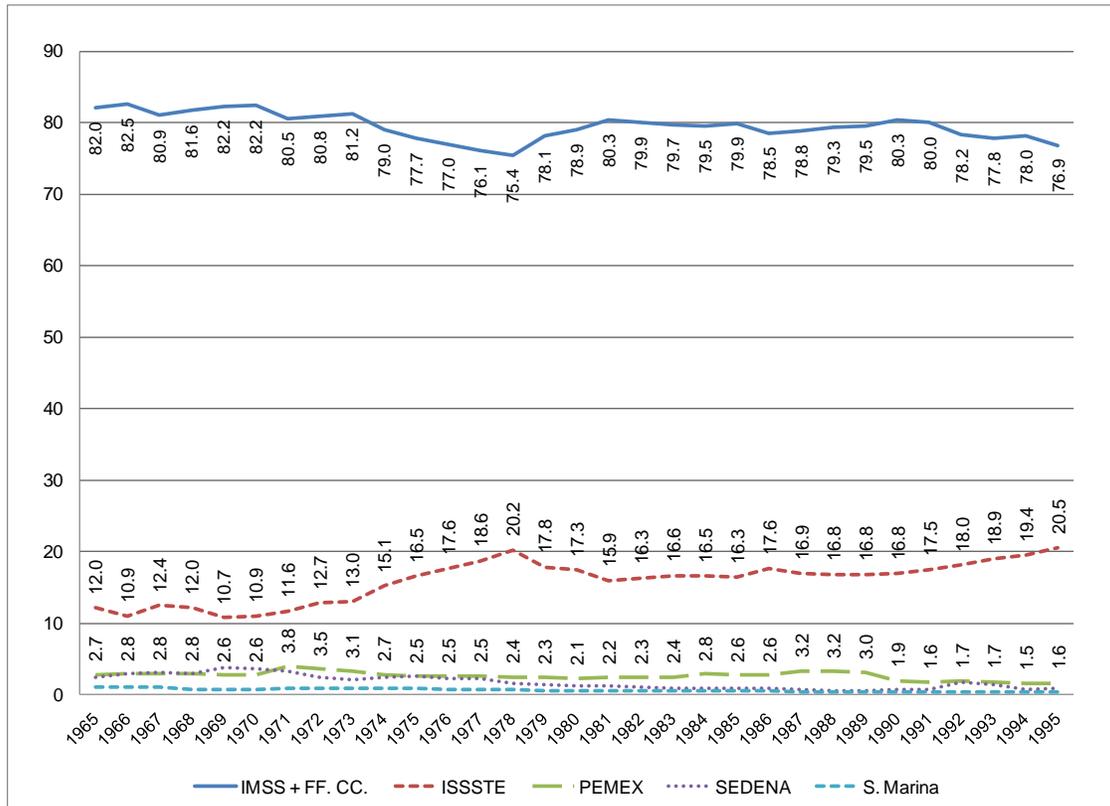
Aunque la capacidad de captación de enfermos del Instituto era limitada por su infraestructura escasa, el porcentaje de derechohabientes que tenía bajo su protección siempre fue de un volumen considerable; inicialmente el IMSS era de las pocas entidades existentes que tenía una mayor capacidad para poder atender a los obreros y a sus respectivas familias, situación que cambió después de la consolidación del ISSSTE y a partir de 1960, se redistribuyó a la población con el fin de aligerar la carga al instituto y de eficientar el servicio dividiendo al obrero del trabajador estatal.

En el siguiente gráfico se puede observar el comportamiento de la participación del IMSS y otras instituciones públicas encargadas de la seguridad social, en el nivel de captación de derechohabientes durante el periodo de estudio.

---

<sup>191</sup> *Ibidem.*

**Gráfico 4. México: Participación % de derechohabiencia por Institución de Salud (1965-1995)**



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI

Es observable cómo el Instituto, si bien fue altamente partícipe en la consolidación de un sistema de salud integral en el país en la época, no fue el único que se involucró en el tema; con ayuda del ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar y el FNM, se logró una mayor cobertura y una mejor distribución de los asegurados conforme al sector laboral al que pertenecieran. Sin embargo, el IMSS fue el máximo representante de la figura estatal en la provisión de seguridad social, estableciendo sus instalaciones a lo largo y ancho del territorio mexicano con detalles exclusivos de él que diferenciarían a cada uno del resto de las otras instituciones.

Para el presente capítulo se hará una división de periodos con base en el nivel de crecimiento de las infraestructuras y su expansión por el territorio mexicano; en la primer etapa se contemplan “los inicios” de la institución abarcando

el periodo que comprende de 1940 hasta finales de los años 50; la segunda será entendida como “la expansión”, etapa que abarcara desde principios de los 60 hasta finales de los 80; y por último lo referente a la etapa de “descentralización y estancamiento” que es a principios de los años 90.

### **3.1 LOS INICIOS DE LA INFRAESTRUCTURA DEL IMSS**

A lo largo de la década de los años 40, el Estado participó activamente en la generación de condiciones que facilitarían el establecimiento del nuevo modelo económico de industrialización, fomentando el crecimiento de la industria y procurando garantizar el bienestar colectivo con la construcción de centros de atención sanitaria y todas aquellas estructuras materiales que contribuyeran al desarrollo integral de la población. El proyecto de mayor importancia, debido a la dimensión de su construcción fue el gran Centro Médico, proyectado en 1942, con capacidad de atender a los enfermos del DF y del interior del país<sup>192</sup>; Centro Médico que posteriormente fue adquirido por el Instituto como parte de su crecimiento infraestructural.

Para el siguiente año, se construyeron: 4 campos deportivos, un gimnasio, varios parques infantiles, 32 escuelas, 3 mercados; y estarían por construirse: un campo deportivo, 10 edificios escolares y 3 estaciones de policía, además de un Hospital para enfermos de tuberculosis en “el carrizalito” en Baja California Sur<sup>193</sup>. Todas estas inversiones en infraestructura pública realizadas por el Estado eran reflejo del interés por impulsar el desarrollo de un país agrícola y al mismo tiempo de hacer frente a la brecha de pobreza que se había acentuado años anteriores; el resultado de un contexto internacional de expansión económica y guerra; y parte del proyecto de mejoramiento interno de condiciones sociales.

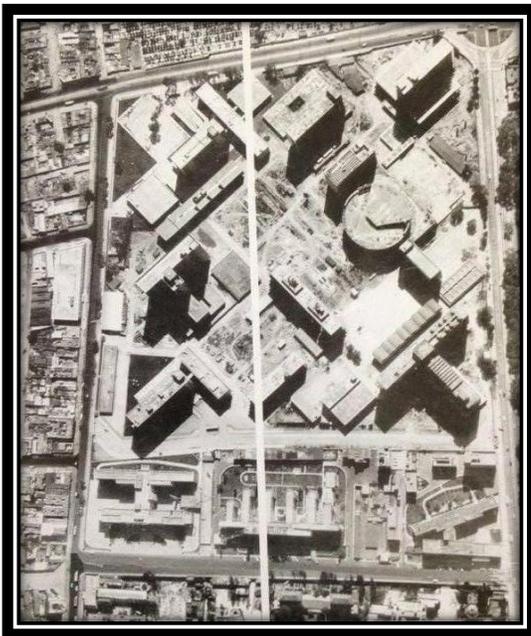
En 1943 inicia operaciones formalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social destinando para su uso algunas de las edificaciones con las que ya contaba

---

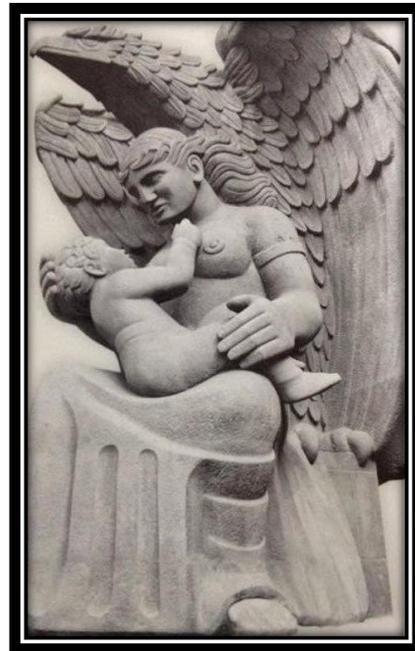
<sup>192</sup> Secretaría de Presidencia, “México a través de informes presidenciales”, Tomo 9. “Obras públicas”, México, 1976. p. 20.

<sup>193</sup> *Ibidem*.

el Estado y recurriendo, por otra parte, a la subrogación de servicios por parte de privados para poder llevar a cabo sus actividades planeadas. Un par de años después siguiendo con las obras de urbanización del Centro Médico, se terminó la estructura de la Maternidad Arturo Mundet y se continuaban las de los Hospitales Infecciosos y de Emergencia; y se extendió la red de hospitales de la República, terminando 12 con capacidad total de 1,480 camas. Para 1947 se comenzó a extender la cobertura del Instituto fuera de la capital y es entonces que en el Estado de Nuevo León se iniciaron la construcción de tres hospitales, dos clínicas, dos puestos periféricos y una clínica de trabajadores<sup>194</sup>.



▲ Fotografía 7. Vista aérea del Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, D.F, 1976. Arq. Enrique Yañez, Archivo de arquitectos mexicanos, Facultad de Arquitectura UNAM.



▲ Fotografía 8. Escultura representativa del IMSS, Autor: Luis Ortiz Monasterio, *Maternidad*, 1960. Archivo de la coordinación de bienestar social.

Pese a la renuencia de ciertos sectores que creían afectados sus intereses como trabajadores, en 1949 se extendió el servicio a beneficiarios por conexión familiar, lo que permitió dar atención médica a las familias de los trabajadores, esto

---

<sup>194</sup> *Ibíd.* p. 200.

aumentó considerablemente la demanda de los servicios, aseverando la necesidad de contar con edificaciones propias y suficientes para hacer frente a este proceso de inclusión. En 1950 se inauguró el edificio central del IMSS sobre Avenida Reforma, marcando el inicio de una etapa formal de crecimiento infraestructural del Instituto; seguido de ello se comenzaron a establecer en diferentes puntos estratégicos del territorio, diferentes hospitales y clínicas regionales que facilitarían en acceso al servicio de los trabajadores en los distintos puntos de la República.

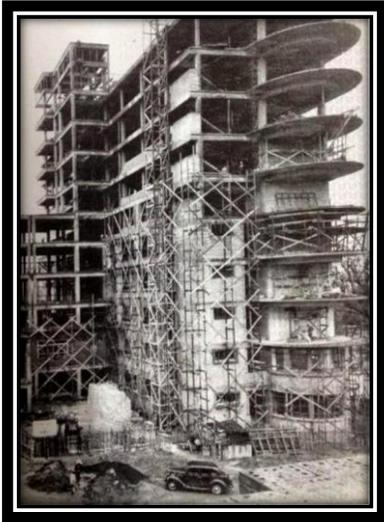
En 1953 se destina un monto de \$2,000,000.<sup>o</sup> para la construcción del Hospital Regional de Monterrey y para que se continúe con la del Hospital de La Raza iniciado un año atrás en el DF; dos años después se construye un Hospital en Orizaba, Veracruz, en la región fabril con un presupuesto de \$10,000,000.<sup>o</sup> y capacidad de 200 camas. Además de que se construyeron 20 clínicas más del Seguro Social en diferentes puntos de la República: México, Chihuahua, Nuevo León, Chiapas, Morelos, Hidalgo y Distrito Federal<sup>195</sup>.

A finales de la década se construyeron 16 nuevas clínicas en el territorio: Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Durango, México, Guerrero, Querétaro, Sinaloa, Sonora y Distrito Federal; para trabajadores del campo 17 más en: Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Durango, Morelos. Además de que a la par de los hospitales regionales, se comenzó con la construcción de vivienda para los trabajadores cuyos montos de inversión hechos por el Seguro Social ascendían a \$161,000,000.<sup>o</sup>, beneficiaron a más de 31,000 personas<sup>196</sup>.

---

<sup>195</sup> *Ibíd.* p. 285.

<sup>196</sup> *Ibíd.* p. 289



▲ Fotografía 9. Construcción del primer Hospital del IMSS en Monterrey, Nuevo León, 1950. Galería: “50 años cumpliendo”,



▲ Fotografía 10. El Hospital "La Raza" del IMSS, ubicado en la esquina del Paseo de las Jacarandas y la Calzada Vallejo, 1965. Arq. Enrique Yáñez. Colección: Villasana-Torres.

### Mapa 1. México: Expansión Estatal de la infraestructura, IMSS 1950.



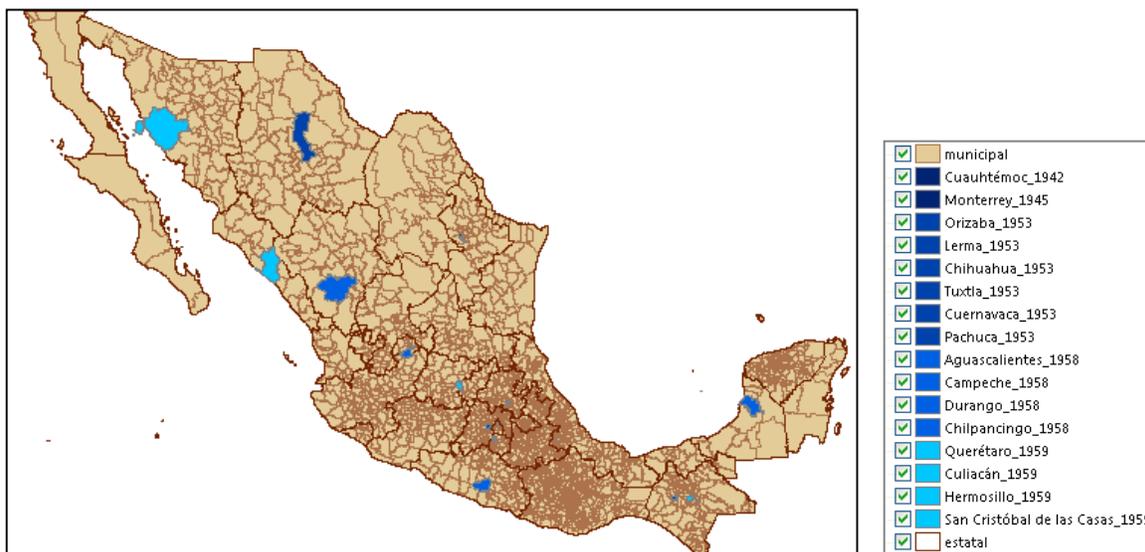
Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro de la Secretaría de Presidencia, “México a través de informes presidenciales”, Tomo 9. "Obras públicas"

En el mapa anterior se muestra el desarrollo de la infraestructura perteneciente al Instituto al finalizar la década de los años 50, es notable a nivel Estatal el alcance que tuvo; para este periodo, se alcanzó una cuota de 15 Estados de la República que ya contaban con la presencia del IMSS en por lo menos una

de sus diferentes presentaciones como Institución encargada de la asistencia social.

Sin embargo, este aparente avance puede ser cuestionado con el siguiente mapa en donde se muestran las principales instalaciones del Instituto a un nivel más desagregado; al observar el comportamiento en términos regionales se puede notar la gran deficiencia de unidades, que, aunque ya comenzaban a localizarse fuera del entonces Distrito Federal, seguían siendo pocos los municipios beneficiados por el servicio. Esto nos hace recordar lo que se mencionó en el capítulo 1 acerca de la diferencia y lo ambiguo que es analizar el beneficio económico y social de las infraestructuras desde una perspectiva general y una perspectiva regional.

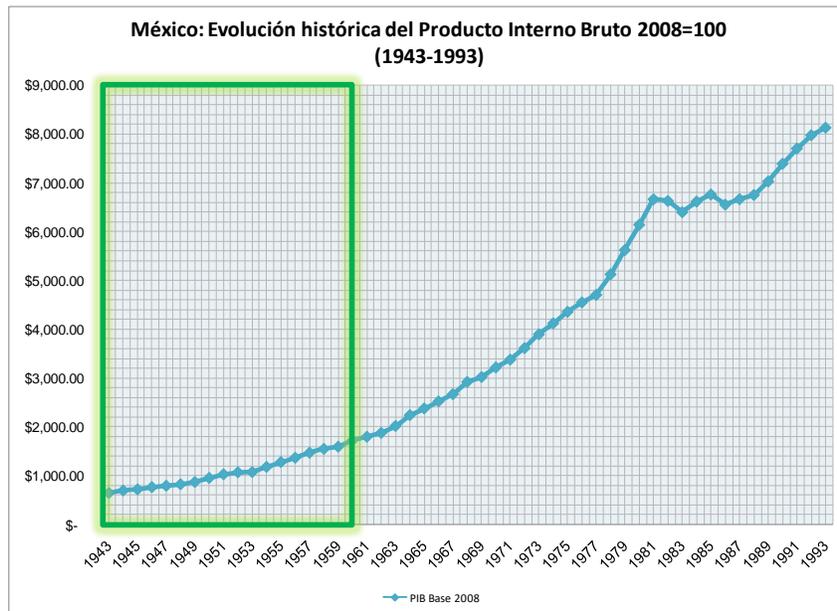
**Mapa 2. México: Expansión municipal de la infraestructura del IMSS 1950, principales recintos.**



Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro de la Secretaría de Presidencia, "México a través de informes presidenciales", Tomo 9. "Obras públicas" <sup>197</sup>

<sup>197</sup> Los mapas de localización infraestructural a nivel municipal contemplan únicamente hospitales regionales o centros médicos importantes, dejando de lado las clínicas correspondientes al primer nivel.

**Gráfica 5. México: Etapa 1, Evolución del PIB 2008=100 (1943-1993)**



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

En esta primer etapa de desarrollo infraestructural del IMSS, en donde se comenzó a desarrollar la red de atención de salud y con ello la construcción de diferentes hospitales importantes, es observable en el gráfico anterior que el crecimiento del Producto Interno Bruto creció de manera paulatina y constante, sin contratiempos y a la par con la presencia del Instituto, siendo 1960 el rompimiento de tal comportamiento ya que la tendencia se acentúa proyectando un crecimiento económico más elevado, correspondiente al siguiente periodo que se encontró a lo largo de la investigación: La expansión y el auge del IMSS.

### **3.2 LA EXPANSIÓN Y EL AUJE MATERIAL DEL IMSS**

Gracias a los resultados del “desarrollo estabilizador”, que arrojaba tasas de crecimiento del PIB de 6%, fue que se pudo continuar con el crecimiento del Instituto; el Estado era capaz de financiar dichos proyectos ambiciosos de construcción acelerada; como resultado del contexto económico y bajo la tutela del presidente Adolfo López Mateos y del entonces director del Instituto el Lic. Benito Coquet, se lograron construir (o iniciar las obras) durante su gobierno la mayoría de las clínicas que se conocen hoy en día.

Debido a esta condición y a la idea de la institucionalización, la construcción de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) fue similar en todos sus aspectos, desde el material con el que fueron construidas, el diseño de cada una, hasta la decoración y los servicios con los que se contaban dentro de cada complejo. Benito Coquet planteó las líneas generales para las edificaciones del mencionado Instituto, y desde cuya óptica eran primordiales la elegancia formal y el uso de los mejores materiales para proporcionar un servicio digno; las obras deberían estar a la altura de una institución formada por los principios de justicia social, resultado de la Revolución<sup>198</sup>.

La idea de forjar una institución fuerte y de confianza dieron los elementos guía para el diseño de los inmuebles, siendo los principales ejes la influencia nacionalista, donde la volumetría, el uso recurrente de la cantera laminada, así como la integración plástica de elementos pictóricos y escultóricos —alusivos al México prehispánico— generaron unidad conceptual e imagen institucional<sup>199</sup>.

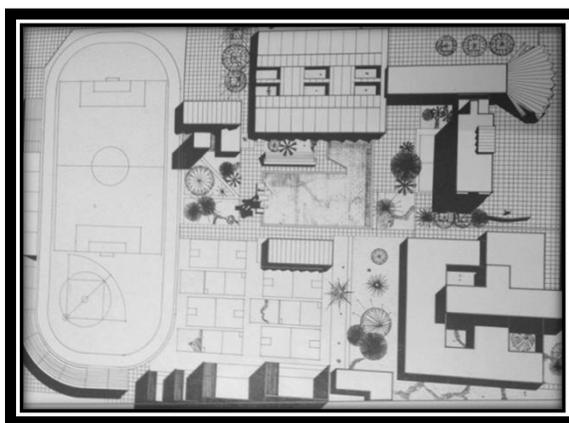
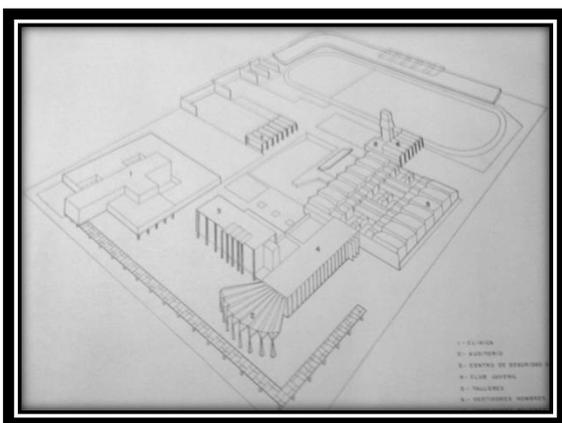


▲ Fotografía 11 y 12. En 1951, el arquitecto Enrique Yáñez contrató la elaboración de los murales de David Alfaro Siqueiros, “Por una seguridad social completa y para todos los mexicanos” (izquierda), y Diego Rivera, “El pueblo en demanda de salud”(derecha), uno para el vestíbulo principal y otro en el auditorio del Centro Médico La Raza.

<sup>198</sup> Castellanos López Jany Edna, “Los teatros del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México”, *Revista Bitácora arquitectura*, sección: *Patrimonio*, UNAM, No. 10, 2010, México, P.12.

<sup>199</sup> *Ibíd.*

Sin embargo, aunque las clínicas tenían un modelo “tipo”, discrepaban en cuanto a detalles de diseño debido a que los climas eran variados de una localidad a otra, además de que las enfermedades por zonas geográficas distaban mucho unas de otras y por lo tanto las instalaciones eran *ad hoc* con las necesidades de la población objetivo. Uno de los factores que estuvo constantemente presente en el diseño y la construcción de la infraestructura institucional del IMSS fue el establecimiento de enormes teatros, creando un vínculo salud-cultura, además de que contribuyeron en la definición de la arquitectura distintiva del IMSS en esa década<sup>200</sup>. Así como los teatros, los centros deportivos y los talleres de oficios, pasaron a ser parte de un concepto de seguridad social única en Latinoamérica, pues se congregaban todas las prestaciones necesarias para el obrero en un mismo sitio, y se brindaban por una misma entidad que era administrada por el gobierno.



- ▲ Fotografía 13. (Superior izquierda) Plano inicial de obra de Conjunto Morelos;
- ▲ Fotografía 14. (Superior derecha) Plano secundario del Conjunto Morelos;
- ◀ Fotografía 15. (Derecha) Vista aérea de la unidad Morelos concluida 1962. En “La Seguridad Social en México, Programa Nacional de Construcción de Unidades Médicas, Sociales y Administrativas” IMSS.

<sup>200</sup> *Ibídem.*

Los centros deportivos y culturales formaron parte de un plan de fortalecimiento de la mano de obra, de la procuración de sus derechos como habitantes y obreros productivos, el centro deportivo Unidad Morelos fue uno de los más representativos, debido a su magnitud absorbió una inversión considerable, sin embargo el símbolo más representativo del Instituto en la época fue la construcción de uno de los complejos habitacionales más grandes que existen desde entonces: El Conjunto Habitacional Unidad Independencia en 1960.

### **a) Conjunto Habitacional Unidad Independencia**

El conjunto “Independencia” del Instituto Mexicano del Seguro Social fue un proyecto que el presidente López Mateos en colaboración con el entonces director del IMSS Benito Coquet y en el diseño del arquitecto Alejandro Prieto Posadas<sup>201</sup> pusieron en marcha a finales de los años 50 y que fue inaugurado en vísperas del 50 aniversario de la Revolución Mexicana, para con ello materializar la idea de una institución mexicana, independiente y nacionalista; para la construcción de dicha unidad se invirtió la cantidad de \$148,000,000.<sup>oo</sup> y que beneficiaría a 12,500 personas<sup>202</sup>.

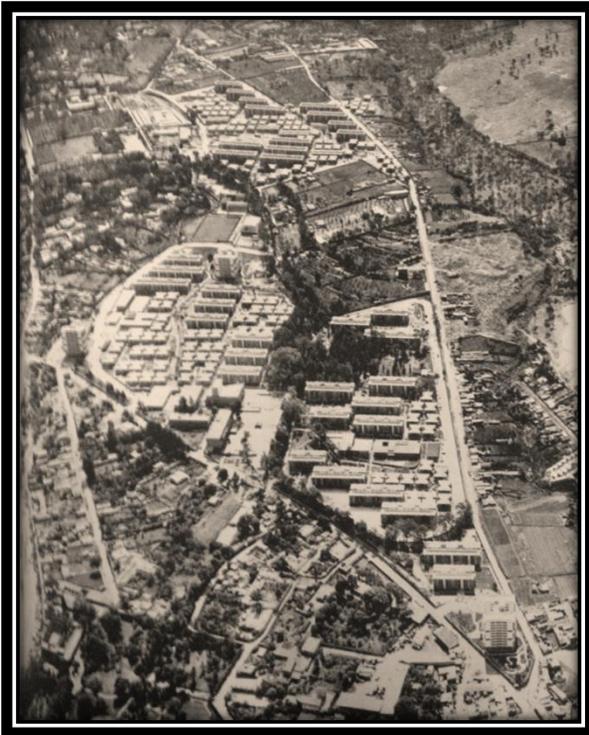
Este complejo habitacional tenía el objetivo de brindar, además de la atención sanitaria y de salud que era característica del Instituto, una vivienda digna y cercana a sus lugares de trabajo a todos los obreros asegurados de la zona perteneciente a la delegación Magdalena Contreras de la Ciudad de México; dicha unidad no habría de ofrecer solamente un techo a los trabajadores, sino también facilidades sociales y artísticas, deportivas y recreativas, que contribuyeran al desarrollo de esa zona de la ciudad.

---

<sup>201</sup> Arquitecto egresado de la UNAM, profesor de Composición en la EDIA, IPN 1952 y en la ENA, UNAM, 1954 a 1955. Subjefe del Departamento de Arquitectura del INBA, 1947 a 1951. Director de Programas del INVI, 1954 a 1958. Jefe del Departamento de inmuebles y Construcciones del IMSS, 1958 a 1965. Miembro del Colegio de Arquitectos de la Ciudad de México-Sociedad de Arquitectos Mexicanos (CAM-SAM) en 1958, y presidente de éste de 1964 a 1965. Página Oficial del Museo de Arte Carrillo Gil, Fecha de consulta: 25 Enero 2017, Disponible en: <http://www.museodeartecarrillogil.com/coleccion/artistas-de-la-coleccion/alejandroprietoposadas>

<sup>202</sup> Secretaría de Presidencia, “México a través de informes presidenciales...”, *Op. Cit.* p. 304

Fue construida considerando el ahorro de costos con materiales durables (tabique hueco recocido, piedra braza, piedra bola, concreto hidráulico), y bajo la concepción urbanística de unidad vecinal, mediante tres barrios habitacionales diferenciados<sup>203</sup>; cuenta con 2,235 viviendas organizadas en forma de condominio, pudiendo alojar a una población alrededor de 10,000 habitantes, está específicamente ubicada sobre la superficie irregular de la Loma “El Batán” y tiene una densidad media de 270 habitantes por hectárea, de la que 2 tercios son áreas verdes, el 23% superficie construida y el resto calles y estacionamientos<sup>204</sup>.



◀ Fotografía 16. Vista aérea de la Unidad Habitacional “Independencia”, Magdalena Contreras, Ciudad de México, en “La Seguridad Social en México. Programa Nacional de Construcción de Unidades Médicas, Sociales y Administrativas de 1958 a 1964. Zona Metropolitana y el Valle de México.” de IMSS.

Es una construcción colosal que cuenta, además de sus 10 unidades habitacionales, con instalaciones de servicios como un supermercado y tres zonas comerciales, un centro deportivo, clínica, 5 planteles educativos, guardería, teatro

---

<sup>203</sup> *Ibíd.* P. 320

<sup>204</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “*Siete Décadas de Arquitectura Institucional...*” *op. cit.* P. 86

cerrado con capacidad de 400 localidades, teatro al aire libre, una Plaza Cívica, un edificio social, centro de seguridad social y hasta un Zoológico que resguarda su reserva natural<sup>205</sup>.



▲ Fotografía 17 y 18. Uno de los centros de abasto que se encuentran dentro de la Unidad Independencia, en México. Programa Nacional de Construcción de Unidades Médicas, Sociales y Administrativas de 1958 a 1964. Zona Metropolitana y el Valle de México.” de IMSS.

Posterior a la apertura de la unidad Independencia, un año después se inaugura formalmente el Centro Médico Nacional, además de que se llevan a cabo un conjunto de planes para la construcción de hospitales regionales y clínicas de medicina familiar características del IMSS; estas construcciones se establecían generalmente en las capitales estatales y principales ciudades, se edificaban conjuntos arquitectónicos donde se aglutinan un hospital general de zona, un centro de seguridad social, una unidad deportiva, oficinas administrativas y un teatro<sup>206</sup>.

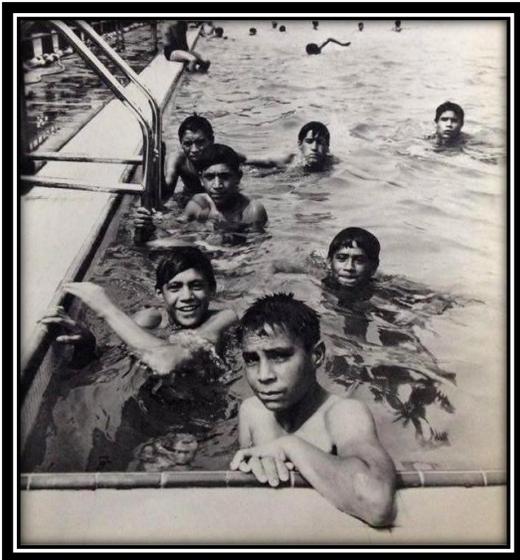
---

<sup>205</sup> IMSS, “Programa Nacional de Construcción de Unidades Médicas, Sociales y Administrativas 1958-1964”, Zona Metropolitana y el Valle de México, en “La Seguridad Social en México”, 1964, México.

<sup>206</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “Siete Décadas de Arquitectura Institucional...” *op. cit.* P. 86

Con la construcción de todos estos complejos de asistencia social se pretendía elevar la calidad de vida de la población, “modernizando” el sistema de seguridad social con el objetivo de convertirlo en un sistema integral puesto que involucraba no sólo cuestiones de salud, sino también vinculándose con el área educativa, deportiva, culturales y de participación ciudadana: el IMSS se había convertido en la Institución proveedora del bienestar social colectivo.

Al concluir los años 60 ya existían hospitales regionales en Tampico, Torreón; clínicas hospital en Ciudad Guzmán, Jalisco; Huatabampo, Sonora; Tapachula Chiapas; y Guasave, Sinaloa; centros deportivos y de recreación; centros vacacionales en Oaxtepec, Morelos; Unidades habitacionales y teatros en Hidalgo, Xola, Morelos y Reforma<sup>207</sup>.



▲ Fotografía 19 y 20. Zonas deportivas, artísticas, talleres y de recreación, IMSS. Fuente: Programa Nacional de Construcción de Unidades Médicas Sociales y Administrativas, 1958-1964. Distrito Federal y Zona del Valle de México.

---

<sup>207</sup> *Ibídem.*

### Mapa 3. México: Expansión Estatal de la infraestructura del IMSS 1960.

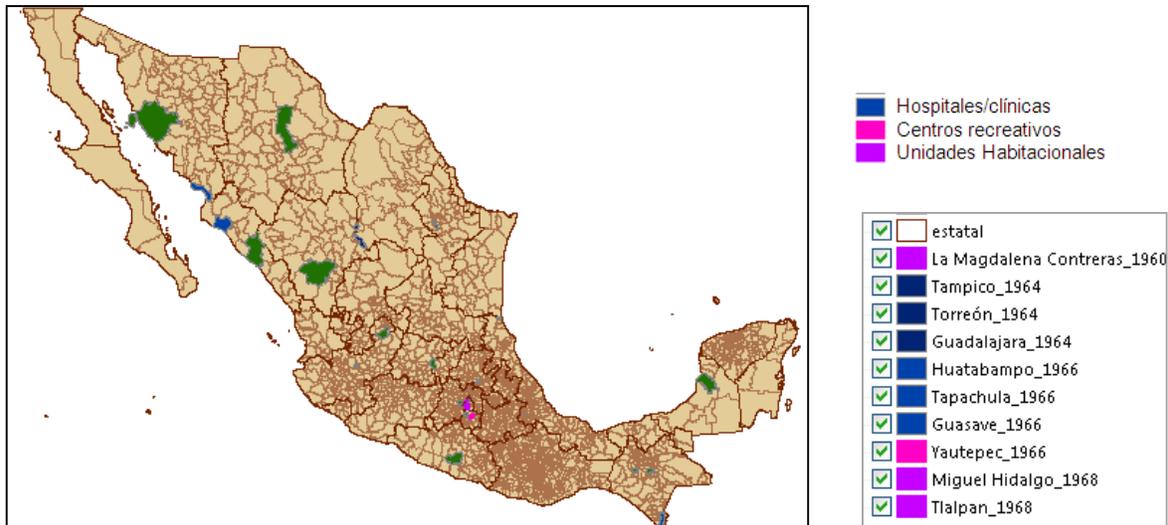


Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro de la Secretaría de Presidencia, "México a través de informes presidenciales", Tomo 9. "Obras públicas"

La presencia del IMSS a lo largo y ancho de la República era cada vez más notoria, a finales de la década ya contaba con por lo menos una cede en 20 de los 31 Estados y el Distrito Federal, con infraestructuras imponentes en las principales ciudades industriales del país y una serie de infraestructuras complementarias alrededor de ellas. Es interesante hacer notar la jerarquía de aparición del Instituto a lo largo del territorio, ya que en las ciudades en donde la producción se limitaba o en su mayoría era del rubro agrícola, no existía aun presencia importante del servicio de seguridad social; un ejemplo de ello es Oaxaca, Tabasco, Zacatecas y la parte correspondiente al norte de Baja California.

A pesar del avance en cuanto a los Estados de la República en los que ya se contaba con la presencia del Instituto, no se debe dejar de lado el hecho de que, a nivel regional, el crecimiento del IMSS en su forma material estaba muy distante de ser suficiente; la labor que tenía el Estado era de gran magnitud, la industrialización y con ella la necesidad de contar con un seguro social, rebasaba tanto la capacidad que el IMSS para absorberla como la capacidad del Estado para construir los edificios necesarios en cada rincón del territorio.

#### Mapa 4. México: Expansión municipal de la infraestructura del IMSS 1960, principales recintos.



Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro del IMSS, “Siete décadas de arquitectura institucional”.

Para entonces, la infraestructura con la que el IMSS contaba se había establecido en casi toda la república, la cobertura que había alcanzado en tan solo 10 años era impresionante, sin embargo, insuficiente, ya que algunas zonas vulnerables seguían sin la protección de un seguro social. El censo de 1970 registró 48.2 millones de habitantes en México, de la cual solamente 13,423,000 eran consideradas como población económicamente activa (PEA)<sup>208</sup>, y de ésta solamente el 23% era asegurado del IMSS, es decir, únicamente el 20.52% de la población total del país<sup>209</sup>. Con estos resultados, el Instituto se plantea una serie de proyectos para la construcción de 231 unidades médicas, que representan 9,480 camas nuevas, llegando a un total de 24,741 camas censables para 1974; así como

<sup>208</sup> Según el glosario que INEGI nos brinda, la se considera como PEA a las personas que durante el periodo de referencia realizaron o tuvieron una actividad económica (población ocupada) o buscaron activamente realizar una en algún momento del mes anterior al día de la entrevista (población desocupada).

<sup>209</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, “Siete Décadas de Arquitectura Institucional...” *op. cit.* p.97.

en consulta externa se pretendía incrementar 29% los recursos construyendo 1,316 consultorios, para así llegar a 5,978 consultorios para el mismo periodo<sup>210</sup>.

Durante la década de los 70, no hubo avance en cuanto a expansión Estatal, más bien, las construcciones que se edificaron durante esa época correspondían a los Estados que ya contaban con infraestructura pero que, debido al aumento de la demanda, era insuficiente para hacerle frente. Esta situación se aseveró debido al fenómeno migratorio por parte de la población rural a los sitios urbanos del país; la cual se triplicó en tan sólo 2 décadas.

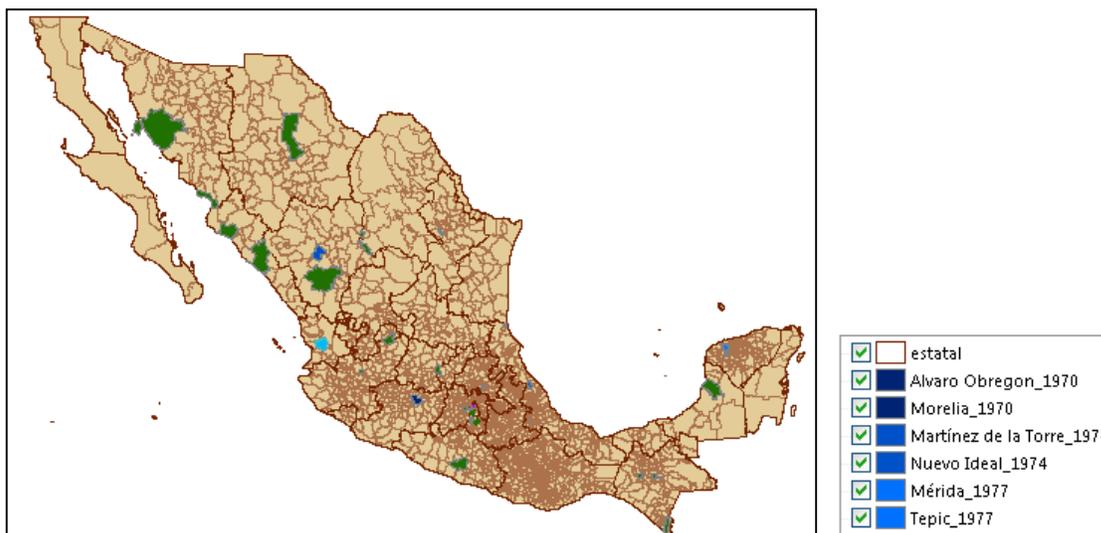
**Mapa 5. México: Expansión estatal de la infraestructura del IMSS 1970**



Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro de la Secretaría de Presidencia, "México a través de informes presidenciales", Tomo 9. "Obras públicas"

<sup>210</sup> *Ibíd.*

## Mapa 6. México: Expansión infraestructural de los edificios más representativos del IMSS 1970, por municipios de la República.



Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro del IMSS, “Siete décadas de arquitectura institucional”.

Después de la reforma a la Ley del Seguro Social en 1973, se incluyen al régimen obligatorio las guarderías para aquellas madres solteras que gocen de la prestación; estas guarderías se localizan en zonas convenientes en relación con los centros de trabajo, alimentación, aseo, educación y recreación. Además de que en este año es cuando más énfasis se le da a la integración al régimen a los trabajadores del campo, así que se ampara en principio a la población que trabaja el henequén en la región costera de la Península de Yucatán, lo que equivale a proteger a 250,000 personas más, y se continua con la construcción de 30 clínicas, 10 clínicas hospitales y un hospital central en Mérida, en un lapso de seis meses<sup>211</sup>; incluyendo también a los tabacaleros de Nayarit.

A partir de estas acciones se establece en 1979 la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) que será el encargado de dotar de seguridad social a las zonas vulnerables del país. Una vez establecidos los objetivos que regirían al Coplamar, se completa la fase de expansión territorial de la infraestructura del IMSS, se comienza con la construcción

<sup>211</sup> *Ibíd.* p. 98

de hospitales y clínicas rurales que se pretende lleguen a las zonas rurales y vulnerables del país, principalmente para atender a los agricultores y mineros que tienen dificultad de acceso o de transporte a los grandes hospitales de especialidad en las urbes.

Con el impulso de las reservas de petróleo encontrado en las costas de Campeche a finales de los años 70, la economía mexicana se encontraba en un proceso de aparente abundancia de recurso que se traduciría en un aumento en las reservas internacionales y con ello un respiro para subsanar el déficit que para entonces se había adquirido. Sin embargo, esta racha le duro poco al país, a inicios de los años 80 se produjo una crisis en Estados Unidos y una baja en el precio del petróleo que frenaría las intenciones mexicanas por recuperarse.

Bajo esta coyuntura el gobierno mexicano a inicios de la década continuó con su plan de construcción de obras públicas, tanto por el aprovechamiento de recursos, como por su intención de generar externalidades para fomentar la inversión privada y con ello el crecimiento económico. La expansión en México no sólo fue industrial, sino económica, infraestructural y poblacional, lo que implicaba nuevos y mejores recursos para atender la demanda cada vez más creciente de los servicios. Para entonces la población mexicana ascendía a 66.8 millones de personas de los cuales 24.1 eran derechohabientes del IMSS<sup>212</sup>, lo que significaba en términos porcentuales que sólo el 36.07% de la población total recibía servicios por parte del Instituto, esta cifra significa poco en términos de población atendida, sin embargo es una cifra muy significativa para solo un organismo de salud.

---

<sup>212</sup> *Ibíd.* P. 98

**Mapa 7. México: Expansión estatal de la infraestructura del IMSS 1980**



<input checked="" type="checkbox"/> estatal	<input checked="" type="checkbox"/> Morelos	<input checked="" type="checkbox"/> Querétaro	<input checked="" type="checkbox"/> Colima	<input checked="" type="checkbox"/> Puebla
<input checked="" type="checkbox"/> Nuevo León	<input checked="" type="checkbox"/> Querétaro	<input checked="" type="checkbox"/> Aguascalientes	<input checked="" type="checkbox"/> Quintana Roo	<input checked="" type="checkbox"/> San Luis Potosí
<input checked="" type="checkbox"/> Veracruz	<input checked="" type="checkbox"/> Aguascalientes	<input checked="" type="checkbox"/> Sinaloa	<input checked="" type="checkbox"/> Yucatán	<input checked="" type="checkbox"/> Baja California Norte
<input checked="" type="checkbox"/> Ciudad de México	<input checked="" type="checkbox"/> Sinaloa	<input checked="" type="checkbox"/> México	<input checked="" type="checkbox"/> Baja California Sur	<input checked="" type="checkbox"/> Guanajuato
<input checked="" type="checkbox"/> Chihuahua	<input checked="" type="checkbox"/> México	<input checked="" type="checkbox"/> Hidalgo	<input checked="" type="checkbox"/> Nayarit	
<input checked="" type="checkbox"/> Guerrero	<input checked="" type="checkbox"/> Hidalgo	<input checked="" type="checkbox"/> Campeche	<input checked="" type="checkbox"/> Michoacán	
<input checked="" type="checkbox"/> Durango	<input checked="" type="checkbox"/> Campeche	<input checked="" type="checkbox"/> Tamaulipas	<input checked="" type="checkbox"/> Tabasco	
<input checked="" type="checkbox"/> Sonora	<input checked="" type="checkbox"/> Tamaulipas	<input checked="" type="checkbox"/> Coahuila	<input checked="" type="checkbox"/> Oaxaca	
<input checked="" type="checkbox"/> Chiapas	<input checked="" type="checkbox"/> Coahuila	<input checked="" type="checkbox"/> Jalisco	<input checked="" type="checkbox"/> Zacatecas	
<input checked="" type="checkbox"/> Morelos		<input checked="" type="checkbox"/> Tlaxcala		

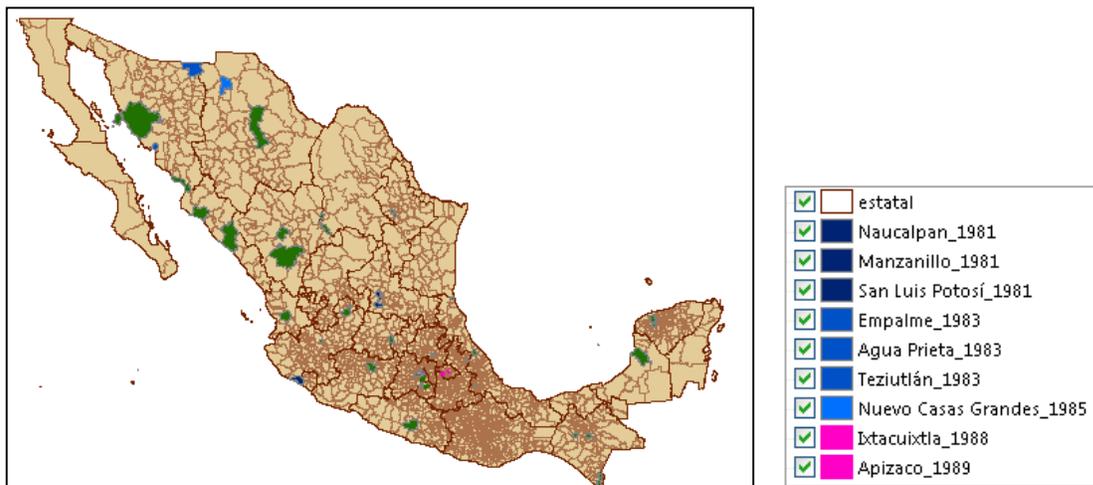
Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro del IMSS, “Siete décadas de arquitectura institucional”.

En el mapa anterior se muestra simbólicamente el alcance que el IMSS había alcanzado para finales de los 80, cada Estado de la República mexicana cuenta con por lo menos un complejo de infraestructuras del seguro social, que incluyen entre sus actividades: la atención de clínicas de primer nivel, guarderías cercanas a los lugares de trabajo para madres solteras, teatro y talleres culturales, una unidad habitacional cercana a una unidad de medicina familiar y algunos centros de abasto alimenticio.

Según la publicación hecha por el propio Instituto, en conmemoración a sus 70 años de servicio, las unidades más importantes construidas del periodo son:

“...los hospitales de traumatología de Lomas Verdes, Estado de México, y Magdalena de las Salinas en el Distrito Federal; el Hospital Regional de Especialidades en Av. Lincoln y Gonzalitos, en Monterrey, NL; la unidad de medicina familiar en Nicolás de los Garza, Nuevo León; los hospitales de especialidades de Torreón, Coahuila, y Manzanillo, Colima; los hospitales generales de Gómez Palacio, Durango; San Luis Potosí, SLP; Empalme Sonora; Agua Prieta, Sonora; Teziutlán, Puebla; Nuevo Casas Grandes, Chihuahua, y el de División del Norte, Alta Vista, Chihuahua, Chih. Así como numerosas unidades de medicina familiar en diversas capacidades; guarderías, velatorios y tiendas para empleados; centros vacacionales en “la Trinidad”, Tlaxcala (1982); Metepec, Puebla (1987), y el campamento de montaña en la Malintzin, Tlaxcala.”<sup>213</sup>

**Mapa. 8. México: Expansión de la principal infraestructural del IMSS 1980, por municipios de la República, principales recintos.**



Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro del IMSS, “Siete décadas de arquitectura institucional”.

Observando a nivel regional las principales y más importantes edificaciones del instituto es notable la falta de hospitales regionales en entidades con fuerte presencia de localidades rurales como Oaxaca, Tabasco, Baja California Norte y Sur. Existen en estas localidades clínicas de primer nivel, sin embargo, la falta de hospitales de especialidad es evidente.

En 1988 se contaba con 1,538 unidades médicas, de las cuales, 1,258 corresponden al 1er nivel, 217 al segundo y 36 al tercero; así como 234 guarderías

<sup>213</sup> *Ibíd.* p. 101

con capacidad para 34,580 niños de los esquemas ordinario, participativo y “Madres IMSS”, y ya la cobertura geográfica abarca 143 localidades.<sup>214</sup> Junto con el programa a cargo de IMSS-Coplamar, se logró llegar a las comunidades indígenas de algunos estados de la República reforzando así la cobertura en áreas vulnerables; tanto que para 1982 el programa aplicó recursos en 1,357 municipios de 31 estados de la República construyéndose un total de 3,025 unidades médicas rurales<sup>215</sup>.

Para el final de la década los recursos con los que contaba el IMSS eran numerosos, la etapa que corresponde a los años de 1960 a 1983 fue crucial para el establecimiento de unidades médicas, triplicando su número en tan sólo 30 años.

**Tabla. 3. Evolución de la capacidad instalada del IMSS (1960-1988)**

Evolución de la capacidad instalada, IMSS 1960-1988.					
RECURSOS	1960	1970	1980	1982	1988
Unidades Médicas	634	944	1,251	1,548	1,557
Propias	559	846	1,206	1,515	1,538
Subpropias	75	98	45	33	39
Consultorios	2,292	4,936	8,720	10,166	11,194
Camas de servicio	7,109	19,602	39,000	42,323	30,304
Censables			26,361	29,433	26,177
No censables			12,639	12,890	13,127
TOTAL	10,669.00	26,426.00	50,222.00	55,585.00	44,632.00

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, “Siete Décadas de Arquitectura Institucional, LXX Aniversario del IMSS”, José Antonio González Anaya Dir. Gral., Ed. Ecus S.A de C.V., México, 2013. P. 101

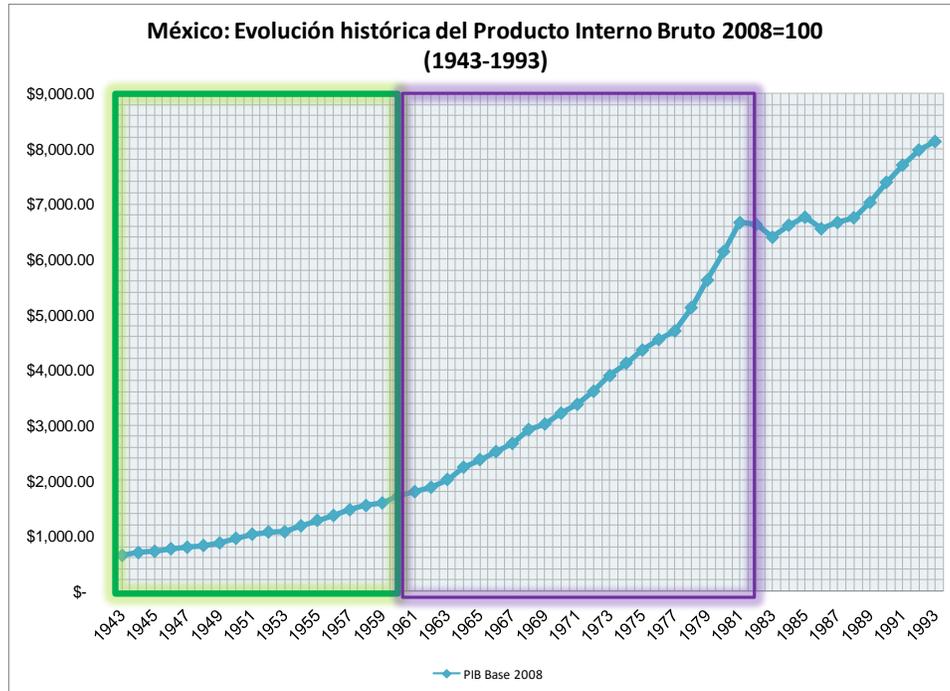
El reto que enfrentó el Instituto de dotar a todo el territorio de una infraestructura adecuada para la atención de los trabajadores y sus familias pudo llevarse a cabo debido a la regionalización y el método de jerarquización de hospitales según la necesidad del lugar en donde serían establecidos. De aquí la razón de que las unidades que tienen menos recursos estén situadas en localidades pequeñas con grupos reducidos de derechohabientes<sup>216</sup>.

<sup>214</sup> *Ibíd.* p. 98

<sup>215</sup> *Ibídem.*

<sup>216</sup> *Ibíd.* P. 105

**Gráfico 6. México: Etapa 2, Evolución del Producto Interno Bruto 2008=100 (1943-1993)**



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

En este periodo de “auge” en la construcción de unidades de asistencia social del IMSS se aumentó considerablemente el número de infraestructuras existentes, así mismo se pudo observar una “época de oro” en la economía mexicana, desde la década de los 60 hasta principio de los 80 la tendencia de crecimiento económico era positiva y muy notable, el PIB alcanzaba cifras muy favorables dando estabilidad y confianza incluso para que capitales extranjeros posaran sus intereses en proyectos mexicanos.

Es posible asegurar que la economía mexicana y su crecimiento dieron las herramientas y los recursos necesarios para la expansión infraestructural del Instituto durante las primeras décadas después de su consolidación, porque aunque el porcentaje del total del PIB destinado al gasto público en salud se mantuvo alrededor del 2%, la variación y el crecimiento económico, de ese periodo,

aseguraron el alza en términos monetarios del monto de inversión que el Estado destinaba para el Instituto, el cual debía ser aprovechado por el mismo para la construcción de sus edificaciones, entre otras cosas.

### **3.3 DESCENTRALIZACIÓN Y ESTANCAMIENTO INFRAESTRUCTURAL DEL IMSS**

El final de la década de los 80 y el inicio de la década de los 90 trajo consigo acontecimientos de gran trascendencia para México, desde los estragos de la crisis de 1982, hasta la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), los levantamientos armados que se suscitaron en Chiapas a causa del Tratado y que ponía en entre dicho el supuesto avance económico y social del país, dejando ver el atraso y la marginación en zonas específicas del territorio, la desfinanciarización del sector público en sus diferentes áreas, incluida en ella la de la Salud y la Asistencia Social, entre otras cosas.

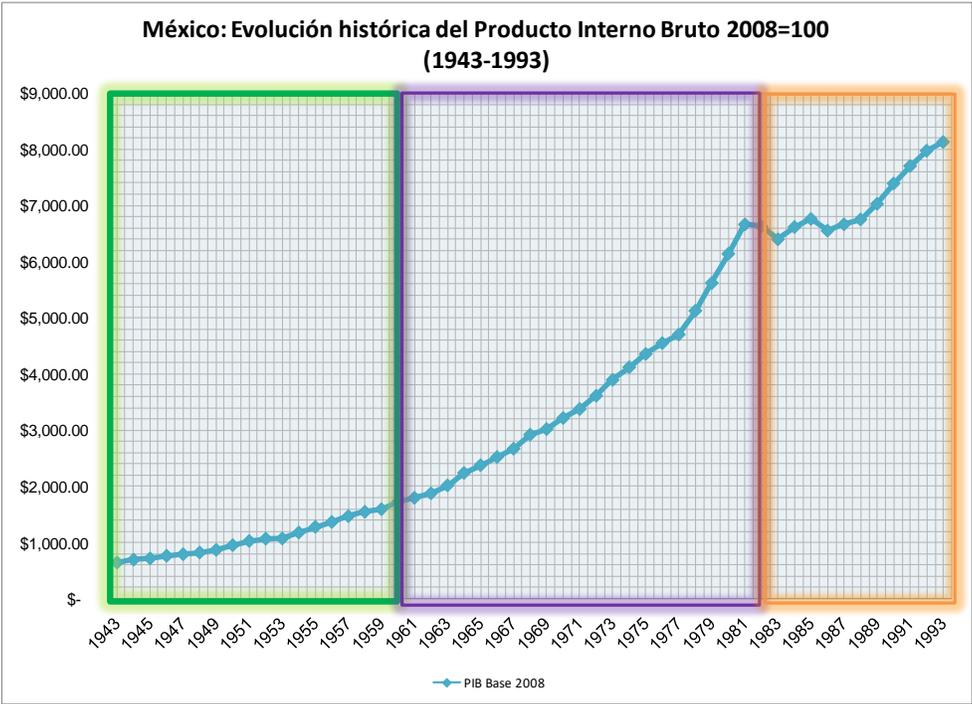
En lo que al IMSS respecta, deja de construir nuevas instalaciones y se enfoca en dar mantenimiento a las existentes, en especial a las dañadas por el sismo de 1985 que dejó particularmente al Centro Médico con daños importantes y en 1989 se reinaugura dicho recinto con una serie de adaptaciones y mejoras para la atención de los derechohabientes. En este mismo año, se reinaugura el nuevo Hospital Juárez, igualmente reconstruido a causa del sismo; en la delegación de Tabasco, entran en operación las UMF No. 40 y 41, así como en Veracruz en la parte Norte, Al sur de Yucatán, y una ampliación en la delegación de Zacatecas.

El año correspondiente a 1991 fue caracterizado por la modificación y renovación de muchas de las delegaciones regionales del IMSS en los diferentes puntos de la República; se establece un Consejo Nacional de Vacunación, y como parte de este proceso se integra al IMSS con la SS. Se inició con el fortalecimiento de la delegación de Aguascalientes, la de Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Durango, se inaugura el Hospital General Vicente Guerrero en Acapulco; además se inician labores en la UMF no. 192 en Atizapán y la 231 en Metepec; San Luis Potosí, Nuevo León, Puebla, Sinaloa, Sonora con la subdelegación en Cd. Obregón. Se mejoró la infraestructura de tantas delegaciones como se pudo,

beneficiando los espacios, las oficinas delegacionales y administrativas principalmente.

Posterior a la firma del TLCAN se comienza con un proceso privatizador de empresas más severo, como el caso de Imediación, para transformarse en Televisión Azteca, la fundación del periódico Reforma, entre otras más, lo que incrementa el número de derechohabientes a atender, y por tal razón, los esfuerzos por continuar mejorando los servicios de salud serán mayores<sup>217</sup>. Aunque el mejoramiento de los inmuebles institucionales fue más dinámico, en este año el país se enfrenta a una de las peores crisis económicas de las que se tenga registro: “el error de diciembre” y el contexto económico y social se complica para la Institución.

**Gráfico 7. México: Etapa 3, Evolución del Producto Interno Bruto 2008=100 (1943-1993)**



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

<sup>217</sup> *Ibíd.* p. 161

Por último dentro del periodo que se nombró como la descentralización o el estancamiento de la expansión infraestructural del IMSS, en dicha etapa se redujo considerablemente la construcción de cualquier tipo de inmueble y se dedicó principalmente a destinar recursos para la modernización y en algunos casos la reconstrucción de centros sanitarios ya existentes pero dañados por el sismo de 1985, con lo cual se siguió destinando capital para construcción, pero no para nuevas edificaciones en nuevos espacios, sino para el saneamiento y mantenimiento de las ya existentes.

Durante este periodo que comprende de 1980 a 1994, el crecimiento económico se enfrentó a un comportamiento cíclico de altas y bajas debido a diferentes acontecimientos internos y externos del país, factor que también frenó el crecimiento de unidades de asistencia social en aquellas zonas del país en donde aún no llegaban estos servicios, además de que la tendencia descentralizadora restó importancia a estos proyectos de construcción a principios de los años 90. Dichas zonas marginadas solamente contaban con sanatorios en sus localidades y clínicas de urgencias y preespecialidad en las principales ciudades de cada estado de la República, lo que dificultaba el acceso a campesinos y comunidades indígenas.

Esta ruptura de la relación entre el desarrollo económico y el crecimiento infraestructural fue principalmente por el hecho de que se introdujo un nuevo modelo el cual dictaba las normas de descentralización y de desmembramiento del Estado como se conocía; se le relegan las responsabilidades de fomentar el bienestar social colectivo para comenzar con la “focalización” de los servicios. Prueba de ello es el descenso, tanto del porcentaje como del monto, de inversión en salud por parte del Gobierno a instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc. A partir de entonces, el Estado ha optado por reducir el número de asegurados (hablando en términos porcentuales a la población total), así como también ha reducido el margen de acción que el propio Instituto tiene para ciertas enfermedades, e incluso ha vuelto “exclusivos” los centros deportivos y culturales, siendo exclusivos para el uso del personal que labora en sus inmediaciones,

además de que se han reducido el número de talleres y eventos culturales a como se conocían durante su auge expansivo.

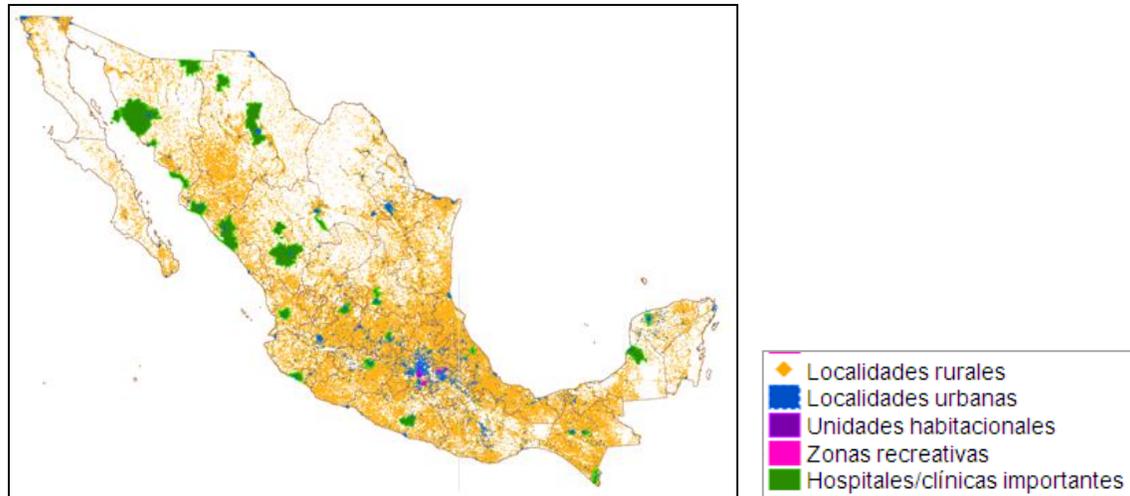
### **3.5 CONFIGURACIÓN TERRITORIAL DEL IMSS**

Todo el establecimiento de la infraestructura destinada para la previsión social del IMSS fue ubicada, como ya se explicó, en las principales ciudades de cada estado de la República Mexicana, estas ciudades destacan de las demás por su participación industrial y los niveles de producción que aportaban al PIB nacional. Cada una de estas ciudades, como lo describió Topalov, son consideradas un valor de uso por lo que deben de existir en ellas las CGP para que puedan darse en consecuencia los SGP y así el capital pueda seguir su curso de reproducción ampliada. Parte de este binomio se encuentran las vías de comunicación, o bien, carreteras que conecten las diferentes ciudades existentes dentro del extenso territorio mexicano; son polos de desarrollo que se encuentran interconectados por ellas y que a su vez cuentan con todas las condiciones necesarias para que pueda llevarse a cabo el flujo económico y así alcanzar el crecimiento económico deseado.

En el siguiente mapa se demuestra que los principales centros médicos de atención, así como las unidades habitacionales y centros recreativos para trabajadores se encuentran posicionados estratégicamente en las principales ciudades industriales del país, la mayoría de dichos complejos de asistencia social fueron construidos desde la época correspondiente al milagro mexicano, guiados por la necesidad de construir ciudades (valores de uso) suficientemente competentes para la reproducción de capital.

Las zonas coloreadas en verde representan los principales complejos de asistencia social (hospitales, oficinas, vivienda, teatros, guarderías) del IMSS para 1993; las zonas de color amarillo representan las localidades rurales del país y las de color azul las localidades urbanas (ciudades).

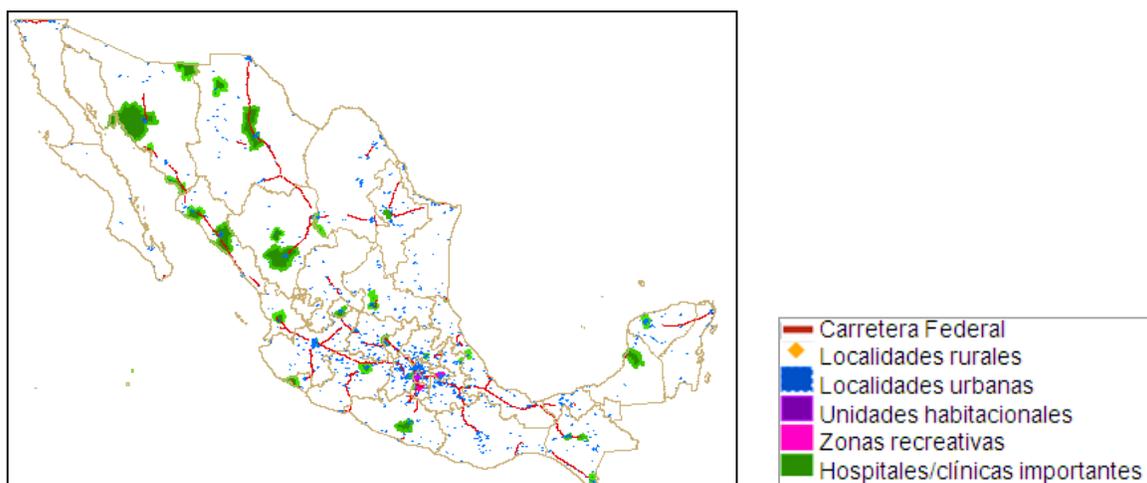
**Mapa. 9. México: Interacción de las principales ciudades y la Infraestructura del Seguro Social, 1993.**



Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro del IMSS, “Siete décadas de arquitectura institucional”.

En el mapa posterior se muestra la interacción de las ciudades que cuentan con infraestructura del Instituto con la carretera federal mexicana; se observa que la principal carretera del país, la que conecta a toda la república, pasa principalmente por las ciudades más importantes de cada estado y que en cada uno de estos puntos estratégicos existe por lo menos una edificación importante correspondiente al IMSS; y que además, en las zonas que no se consideran productoras es difícil encontrar hospitales de especialidad o complejos que cuenten con todos los servicios que ofrece el Instituto.

**Mapa. 10. México: Interacción de principales Infraestructuras del IMSS y la carretera federal 1993.**



Fuente: Elaboración propia en Mapa Digital de INEGI con datos del libro del IMSS, “Siete décadas de arquitectura institucional”.

Con esto refuerza la idea de que la construcción y la expansión de infraestructuras correspondientes a sectores sociales y de atención pública están determinadas por factores que van más allá del interés social y de la población que lo demande, que si bien se construyen para el beneficio colectivo siempre serán bajo los intereses de aquellos que cuentan con los capitales para realizarlos o en su defecto, se harán en donde mayor beneficio le genere al Estado en términos de perpetuar el crecimiento económico.

#### **CONSIDERACIONES DEL CAPÍTULO**

A partir de la periodización hecha anteriormente, es posible observar el comportamiento y la relación tan estrecha que guardan el crecimiento económico de un país, en este caso México, con el desarrollo infraestructural y la expansión en el territorio de su sistema de salud, a través del IMSS. Es notable el impacto social que representó la fundación de tal organismo para la población trabajadora en el país, brindando además de clínicas y hospitales, una serie de elementos que se consideran necesarios para el desarrollo íntegro del trabajador como lo son, centros culturales y recreativos, teatros, unidades habitacionales y guarderías.

Sin duda la presencia del IMSS a lo largo de toda la República, representa el triunfo de la institucionalización de los servicios de salud en la época y con ello el gran poder que el Estado tenía sobre su población, sin embargo también es obvio que estas inversiones destinadas al crecimiento de inmuebles ha tenido desde entonces un trasfondo económico que no se puede dejar de lado y que en ocasiones ha buscado beneficiar, no precisamente a los enfermos y obreros, sino a aquellos interesados en que la economía continúe su crecimiento y con ello perpetuar la reproducción del sistema económico en el que nos encontramos.

Los mismos datos históricos y los mapas que se realizaron anteriormente nos muestran el comportamiento que tuvo la expansión infraestructural de salud durante la época correspondiente a la investigación. Se subdividió en 3 etapas que se consideraron importantes y se nombraron como: 1) de 1940 a 1960 “Los inicios”, en donde el Instituto comenzó con la que sería la tarea más difícil hasta entonces, edificar los primeros grandes hospitales de especialización y las clínicas suficientes para comenzar con la atención a los obreros que lo necesitaran de manera urgente; 2) de 1960 a 1983 “El auge expansivo”, en este periodo se encuentra la explosión demográfica más significativa de la historia de México y con ello lo que se conoce como el “milagro mexicano” en donde el crecimiento económico fue constante y elevado, dando espacio al crecimiento del IMSS y a la construcción masiva de clínicas, centros recreativo y unidades de vivienda en toda la República; y 3) de 1983 a 1993 “La descentralización y el estancamiento”, último periodo de estudio de la investigación, en esta década se presencié un declive económico y con ello una baja en la construcción de nuevos hospitales de zona, principalmente por el cambio en el modelo económico y con ello las formas de administración y de participación Estatal; en lo único que se invirtió fue en la reconstrucción de los edificios dañados durante el sismo y en el mantenimiento y “modernización” de los ya existentes.

## **CONCLUSIONES**

Con respecto a las infraestructuras, la teoría económica es muy clara en referencia a que son consideradas como una pieza fundamental del desarrollo interno de un país, siendo éstas la válvula de escape para sus periodos inevitables de crisis y a la vez el eslabón que ayuda al sistema económico a enlazar las dos partes de su crecimiento. Particularmente las infraestructuras orientadas a la dotación de servicios públicos son un tema que ha tenido mucho en contra ya que al ser inmuebles para el beneficio colectivo o de orden público es casi imposible que puedan reeditar el capital invertido de alguna forma rentable, sin embargo, son indispensables como motor del desarrollo económico ya que sientan las bases para que se pueda constituir una ciudad como valor de uso para los capitales y la sociedad en su conjunto.

En el caso particular mexicano, estas infraestructuras se dotaron a través de instituciones públicas a cargo del Estado dándole el poder infraestructural necesario para de alguna forma contener a la población demandante e incidir en las decisiones territoriales necesarias. El Instituto Mexicano de Seguro Social es parte de estos organismos descentralizados del Estado que se encargaron de brindar ciertos tipos de servicios a la sociedad.

La extensión y el crecimiento del IMSS fue un proceso paulatino en sus inicios, ya que no se contaba con la suficiente solvencia económica por parte del gobierno para poder expandirse como era adecuado. Se encontraron 3 etapas importantes a lo largo de su historia en estos 50 años que abarca la presente investigación; el primer periodo estuvo caracterizado por la expansión de obreros beneficiados por el servicio, se comenzó con la construcción y habilitación de clínicas para la atención de los trabajadores principalmente, Inicialmente el proyecto de seguridad social surgió como la necesidad de cubrir con las demandas que los obreros hacían a sus patrones y al mismo gobierno de asegurar una calidad de vida digna y la atención a los accidentes y las enfermedades que éste pudiera tener a lo largo de su vida productiva. La concepción del Instituto fue hecha bajo la comprensión de que la seguridad social del obrero aseguraba un mantenimiento

adecuado de la mano de obra y por tanto su productividad se resguardaba, lo que en épocas de automatización era indispensable para asegurar altas tasas de producción y ganancia; además de que se comprendía el hecho de que las infraestructuras son la válvula de escape de aquellos capitales que no alcanzan a ser absorbidos por la misma economía capitalista.

Posterior a ello viene una segunda etapa que comienza a principios de la década de los 60, en donde la explosión demográfica y la industrialización acelerada brindan prosperidad económica al país, el “milagro mexicano” fue capaz de financiar el crecimiento del Instituto y es entonces cuando se comienza el “auge” infraestructural del IMSS, construyéndose alrededor del 60% del total de los inmuebles en este periodo, el capital tenía en qué ser invertido, la prosperidad económica se hacía presente y unas con otras contribuían al crecimiento y el bienestar social, sin embargo a partir de la entrada de políticas de corte neoliberal, esta racha de crecimiento económico se vino abajo y con ello se vio interrumpido el proceso molecular de acumulación capitalista, derivando en una serie de complicaciones económicas a partir de la década de los 80.

En contraposición a lo que en la etapa anterior ocurrió, viene la etapa 3 en donde el estancamiento del Instituto y el declive de su funcionamiento es notorio, con las nuevas políticas económicas que fueron dictadas por las organizaciones mundiales y a las que el Estado mexicano se sujetó, la economía mexicana se vio envuelta en un proceso de estancamiento y a su vez la desfinanciarización del sector salud, específicamente del IMSS y su crecimiento infraestructural, se vio mermada; la austeridad ahora era el objetivo que perseguía el gobierno. Además de que a partir de la apertura comercial y el inminente hecho de que México se convirtió en una economía dependiente particularmente de Estados Unidos, se aseveraron los problemas económicos y los sociales. Se acentuó el desempleo y la desnutrición, así como también cambió completamente el esquema de enfermedades que atacaban a la clase trabajadora, pasando a ser principalmente de índole cardiovascular, dificultando entonces la atención y encareciendo así mismo el costo de los materiales e instrumentos para su atención.

Aunque el caso mexicano de seguridad social fue muy particular por todo el proceso que atravesó para su consolidación, es familiar lo que sucedió a finales de la década de los 80 con lo ocurrido en Chile, puesto que de pasar a ser un país dedicado a la protección sanitaria por parte del Estado, se comenzó a dismantelar todo este progreso alcanzado hasta ahora, siendo las políticas neoliberales (nuevamente) las culpables de que se retroceda en lo poco o mucho que se ha podido avanzar desde su establecimiento. Con la entrada de estas medidas de “austeridad” dictadas por la OMS y el BM se comienza el proceso de desmembramiento del Instituto y se van dejando de lado todos aquellos ideales “revolucionarios” que fundaron al mayor Instituto de Seguridad Social en la historia mexicana.

La expansión que han tenido los hospitales, clínicas, sanatorios, o cualquier forma de centro de salud ha sido significativa y ha alcanzado a estratos de la población vulnerable, sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer, pues en tanto tiempo de avances tecnológicos aún no se logra la cobertura total de salud. Es importante hacer notar que no toda la responsabilidad es del Estado, ya que no solo por decreto se puede asegurar la salud y la cobertura tanto del servicio como infraestructural, sino que existen otros factores que frenan y obstaculizan la expansión dentro del territorio de algunas naciones, principalmente las “subdesarrolladas”, del sector hospitalario; factores que van desde la ignorancia, la desconfianza, los usos y costumbres del lugar o bien también por la falta de voluntad política en algunos casos.

Por otro lado, la posición que ocupan los hospitales en los sistemas de salud ha estado determinada, no solo por voluntades políticas o intereses económicos, sino también por un modelo de atención histórico, biomédico y curativo, y por una cultura de autosuficiencia por ser, junto con el médico, la institución con más poder que desempeñaba un papel modulador y hegemónico del sistema sanitario<sup>218</sup>. Estos representan organizaciones un tanto complejas para la prestación de servicios de salud y como entes activos en la sociedad e indispensables debido a

---

<sup>218</sup>*Ibíd.* Pág. 54

su campo de acción, han sido sometidos a cambios y adaptaciones constantes, principalmente en su modo de administración y operación, ya que en su forma material es un tanto más difícil cambiar su estructura, o por lo menos es un cambio que es a largo plazo y no inmediato.

Estos cambios obedecen esencialmente a cuestiones económicas, pues la interacción que existe entre economía y salud es más estrecha de lo que se ve; por eso se considera que los servicios de salud, y en particular los hospitales, requieren ser pensados en el contexto de los cambios económicos y sociales. El siglo XX cumple con una serie de particularidades históricas, económicas y sociales que modificaron la expansión y localización de estas infraestructuras, así como su división y su concepción dentro de un marco de cambios estructurales importantes.

Existen muchos obstáculos en cuanto a la construcción de infraestructura de salud se trata, principalmente en el ámbito de financiamiento, planificación, administración y localización; orillando a que se construyan locales sin la supervisión de la dependencia técnica pertinente y con graves defectos estructurales que, si bien ponen en riesgo la vida y la integridad de los usuarios del servicio, también sacrifican su eficiencia y la propia capacidad de atención sanitaria.

Ya que es evidente que este progreso económico no ha ido pues de la mano del progreso social; antes bien, parecen distanciarse, se observa que los rubros que se refieren a la atención sanitaria principalmente, se tornan más selectivos en orden al status económico del individuo<sup>219</sup>. La aplicación de un sistema realista de seguridad social para los trabajadores, mayoritariamente a los rurales y en especial los ocupados en las actividades agrícolas en los países subdesarrollados, es correspondiente a factores, tales como: la dispersión de la población trabajadora y su diversificación profesional, el aislamiento o la falta de integración de los grupos humanos y, en general, a las deficiencias de la infraestructura rural como lo son caminos, medios de comunicación y transporte y en algunas casos la falta de

---

<sup>219</sup> Ruiz Moreno Ángel Guillermo, *"Nuevo derecho a la Seguridad Social"*, Ed. Porrúa, 14° Edición, México, 2013. P. 14.

personal para atender las unidades sanitarias; aspectos que contribuyen, en muchos casos a limitar el desarrollo de la seguridad social.<sup>220</sup>

Para finalizar se presentan a continuación las conclusiones muy puntuales de lo que se encontró a raíz de la presente investigación, con la finalidad de enriquecerla y dar pie a futuras investigaciones en el ramo:

- ♣ La verdadera importancia de las infraestructuras, cualquiera que sea su índole, pero en particular las de salud, es que forman parte de una cadena de eslabones que aseguran o facilitan el crecimiento económico de un país, ayudando de esta forma a la reinversión y movilización de los excedentes que el capital genera en el proceso productivo económico. Además de que son parte esencial de la formación del binomio CGP-SGP lo que hace a la ciudad, como dijo Topalov, un valor de uso.
- ♣ La fundación del IMSS fue una decisión que debió tomarse con años de antelación, al ser hasta 1943 su consolidación, se retrasó un posible crecimiento de mayor magnitud, derivando en una expansión infraestructural y territorial un tanto deficiente.
- ♣ Otro de los errores más evidentes en cuanto a la planificación en la construcción del IMSS, fue la mala asignación de recursos para cada una de las construcciones y programas, es observable que para la época se dio prioridad a la construcción de unidades de salud y hospitales con medidas exorbitantes, dejando de lado lo verdaderamente prioritario. Es decir que es muy probable que con la inversión que se destinó a edificaciones magnas, se hubieran construido mayor número de clínicas de prevención de la salud y la desocupación en estos enormes hospitales no sería actualmente tal.
- ♣ La expansión territorial del seguro social estuvo caracterizada por ser heterogénea, la mayoría de las clínicas y hospitales se concentraban principalmente en ciudades y con la modificación en el patrón de

---

<sup>220</sup> Asociación Internacional de la Seguridad Social, *“La protección social rural”*, Grupo de Trabajo Regional Americano sobre la Protección Social de la Población Rural, Documentación de la Seguridad Social Americana, Serie Actas No. 13, Buenos Aires, Argentina, 15 Octubre 1990, P. 62

acumulación, la entrada del modelo sustitutivo y la industrialización, dichas infraestructuras se presentaban mayormente en aquellos Estados de la república que fueran potencialmente productivos para la industria.

- ♣ Es hasta la segunda etapa de crecimiento del IMSS cuando, con el esquema de Desarrollo Compartido en la década de los 70 que consistió básicamente en tratar de que el alto crecimiento económico pudiera ser equitativamente repartido, se extiende el servicio a las zonas que quedaron más vulnerables a raíz de la Industrialización, creando entonces el IMSS-Coplamar.

Es menester pensar en el futuro inmediato de la clase trabajadora y de las posibilidades que existen de que se les siga respetando su derecho de acceso a la salud pública y de la misma capacidad instalada que pueda tener, o no, el Estado para hacer frente a una creciente demanda de servicios de salud por parte de una población creciente año con año, pues como bien decía Marx en su obra “El Capital”:

“La producción capitalista, que en esencia es producción de plusvalía, absorción de plustrabajo, produce, por tanto, con la prolongación de la jornada laboral, no sólo *atrofia* a la fuerza de trabajo humana, a la que despoja –en lo moral y en lo físico– de sus condiciones normales de desarrollo y actividad. *Produce el agotamiento y muerte prematuros de la fuerza de trabajo misma.* Prolonga, durante un lapso dado, el *tiempo de producción* del obrero, reduciéndole la *duración de su vida.*”<sup>221</sup>

---

<sup>221</sup> Marx Karl, “*El Capital: crítica de la economía política*”, Tomo. 1, Vol. 1, Ed. Siglo XXI, vigesimonovena impresión, México, 2011, p.320.

## BIBLIOGRAFÍA

### FUENTES PRIMARIAS

- Centro de Documentación Institucional de la Secretaría de Salud.
- Centro Único de Información (CUI) "Ignacio García Téllez".
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 3º, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.

### FUENTES SECUNDARIAS

- Abrantes Pêgo Raquel, "Salubristas y Neosalubristas en la reforma del Estado: Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000", El Colegio de Michoacán A.C. Centro Público de Investigación Conacyt, Zamora Michoacán, México, 2010.
- Ánima Puente Santiago y Guerrero Flores Vicente, "Economía mexicana. Reforma estructural, 1982-2003.", Facultad de Economía, UNAM, México, 2004. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Propietario/Mis%20documentos/Downloads/Santiago%20Anima%20Puentes%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Propietario/Mis%20documentos/Downloads/Santiago%20Anima%20Puentes%20(1).pdf)
- Aportela Fernando y Durán Roberto. "La Infraestructura en el Desarrollo Integral de América Latina. Diagnóstico estratégico y propuestas para una agenda prioritaria. Financiamiento: retos y oportunidades." XXI Cumbre Iberoamericana, IDeAL, Banco de Desarrollo de América Latina, Paraguay, 2011.
- Araya Ermy, "La Crisis hospitalaria y el negocio de las isapres durante la dictadura. La salud en dictadura: Privatización insalubre.", Centro de Estudios Miguel Enriquez, Archivo Chile, 17 Diciembre 2006.
- Asociación Internacional de la Seguridad Social, "La protección social rural", Grupo de Trabajo Regional Americano sobre la Protección Social de la Población Rural, Documentación de la Seguridad Social Americana, Serie Actas No. 13, Buenos Aires, Argentina, 15 Octubre 1990.

- Ayala Espino José, “Economía del sector público mexicano”, Universidad Nacional Autónoma de México, FE, Ed. Esfinge, México, 2001.
- Barajas Martínez Gabriela, “Políticas de bienestar social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958”, UNAM, Economía, México, 2009.
- Banco Mundial, “Quiénes somos”, Página web oficial, fecha de última actualización: 24 Febrero 2015. Fecha de consulta: 9 de Octubre 2016. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/about/what-we-do/brief/ibrd>
- Beldarraín Chaple Enrique. “Cambio y Revolución: El surgimiento del Sistema Nacional Único de Salud en Cuba, 1959-1970.”, *Revista DYNAMIS, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2005, 25, 257-278, Granada, España, 2005.
- Buhr Walter, “What is infrastructure?”, University of Siegen, Departamento de Economía, Discussion paper No. 107-03, Alemania.
- Bustíos Carlos, “La Salud Pública al Final del Siglo XX”, en *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, Perú, Vol. 59, Nº 4, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1998. p. 313, Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4543/3623>
- Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, “Evolución del Gasto en Salud”, CEFP/103/2007, Palacio Legislativo de San Lázaro, Distrito Federal, México, Diciembre 2007.
- Cárdenas Sánchez Enrique, “El largo curso de la economía mexicana: de 1780 a nuestros días”, Colegio de México. Fideicomiso Historia de las Américas, Serie: ensayos. FCE, México, 2015.
- Cardona Acevedo Marleny, Isabel Cristina Montes Gutiérrez, *Et. Al.*, “Capital Humano: Una mirada desde la educación y la experiencia laboral”, en *Semillero de Investigación en Economía de EAFIT – SIEDE*, Medellín, Grupo de Estudios Sectoriales y Territoriales, Abril de 2007.
- Castellanos López Jany Edna, “Los teatros del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México”, *Revista Bitácora arquitectura, sección: Patrimonio*, UNAM, No. 10, 2010, México. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/bitacora/article/view/25166>

- Correa Eugenia, “La teoría general de Perroux”, *Revista de Comercio Exterior Bancomext*, México, Diciembre, 2000, p. 1096. Disponible en: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/41/9/RCE.pdf>
- De Mattos Carlos A.. “Nuevas teorías de crecimiento económico: una lectura desde la perspectiva de los territorios de la periferia”. En *Revista de Estudios Regionales, Santiago*, Instituto de Estudios Urbanos Pontificia Universidad Católica de Chile, No. 58, 2008.
- Del Río Castillo Jaime y Gurría Laviada Javier, “Infonavit y la vivienda de interés social en México”, *Revista de Comercio Exterior Bancomext*, México No. 46, 2010, p. 610, Fecha de consulta: 14 Marzo 2017, Disponible en: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/46/10/RCE.pdf>
- Díaz Limón José. “Seguridad Social en México: un enfoque histórico”, *Revista de la E.L. de D. de Puebla*, No. 2, México, 2008.
- Fajardo Ortiz Guillermo, “Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS”, Instituto Mexicano del Seguro Social, *Revista Médica del IMSS*, 2015, No. 53, Septiembre-Octubre, Fecha de consulta: 14 Marzo 2017, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457744939024.pdf>
- Fajardo Ortiz Guillermo, “Hitos en la planeación médica en el IMSS”, en *Revista médica del IMSS*, México, 2003. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im0311.pdf>
- Garza Gustavo, Sobrino Jaime, Asuad Normand, *Et. Al.* , “Teoría de las condiciones y los servicios generales de la producción” III. Conceptualización del BCySGP, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, Colegio de México, México, 2013.
- Gómez-Dantes Octavio y Khoshnood Babak, “La evolución de la salud internacional en el siglo XX” en *Revista Salud Pública México*, vol. 33 no. 4, Julio-Agosto, 1991, p. 319. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5409/5682>

- González de Haro María Dolores, “La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas”, Lección Inaugural del curso académico 2006 – 2007, Universidad de Huelva, España, Septiembre 2006.
- Guajardo Soto Guillermo y Moreno Soto Román, “Un panorama histórico interdisciplinario de las infraestructuras públicas en México, 1940-1990.”, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto UNAM-PAPIIT IN400116, Documento de trabajo núm. 1, 2016.
- Harvey David. “El nuevo Imperialismo”, Capítulo III. “Bajo el dominio del Capital”. Ediciones Akal, España, 2003.
- Hernández Pérez Angelina, “La inversión en infraestructura pública. Una alternativa de política para el crecimiento económico regional”, en *Carta Económica Regional*, Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA), Universidad de Guadalajara, Junio 2011.
- Hidalgo Capitán Antonio Luis, “El pensamiento económico sobre desarrollo: de los mercantilistas al PNUD”, Universidad de Huelva, España, 1998.
- Hobsbawm Eric J., “Historia del Siglo XX”, Barcelona, Critica, Grijalbo Mondadori Buenos Aires, Argentina, 1999.
- Ilabaca Plaza Víctor E, “Estructura y funcionamiento del sistema sanitario en Chile” en “Los sistemas de Salud de Iberoamérica: de cara al siglo XXI”, Universidad de Guadalajara, México, Julio 2004. Disponible en: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/SISTEMAS\\_DE\\_SALUD\\_EN\\_IBEROAMERICA.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/SISTEMAS_DE_SALUD_EN_IBEROAMERICA.pdf)
- Instituto Mexicano del Seguro Social, “IMSS: 40 Años de historia: 1943-1983”, México, IMSS, 1983.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, “Programa Nacional de Construcción de Unidades Médicas, Sociales y Administrativos 1958-1964”, Zona Metropolitana y el Valle de México, en “La Seguridad Social en México”, 1964, México.

- Instituto Mexicano del Seguro Social, “Siete Décadas de Arquitectura Institucional, LXX Aniversario del IMSS”, José Antonio González Anaya Dir. Gral., Ed. Ecus S.A de C.V., México, 2013.
- Jiménez de Cisneros Cid Francisco Javier. “Hacia un nuevo concepto de Infraestructura pública/obra pública desligado del dominio público y del servicio público”, Universidad Autónoma de Madrid, España, 1999.
- Julio Piñero Fernando. “El modo de desarrollo industrial Fordista-Keynesiano: Características, Crisis y reestructuración del capitalismo.” Contribuciones a la economía. México. Junio 2004.
- Kleczowski B. M. y Pibouleau R., “Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo”, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Vol. 4, Ginebra, Suiza, 1986.
- Mann Michael, “El poder autónomo del Estado: sus orígenes, mecanismos y resultados”, *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, México, No. 5, Noviembre 2006.
- Marx Karl, “El capital: Crítica de la economía política, el proceso de producción del capital”, Tomo 1, Vol. 1, Ed. Siglo XXI, 29 ed, México, 2011.
- Menéndez Eduardo L., “Políticas del Sector Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales”, *Revista Salud Colectiva*, La Plata, Argentina, 195-233, Mayo-Agosto, 2005.
- Michaels L. Albert, “Las elecciones de 1940”, Universidad de Nueva York, Buffalo, p. 80, disponible en: [http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18\\_1/apache\\_media/7GJM DT17KB6NEGMXHDDEIPUVEU34GU.pdf](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/7GJM DT17KB6NEGMXHDDEIPUVEU34GU.pdf)
- Moreno Brid Juan Carlos, Ros Bosch Jaime, “Desarrollo y crecimiento en la economía mexicana”, Fondo de Cultura Económica, México, 2010.
- Organización Mundial de la Salud, “Declaración de ALMA-ATA”, Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, URSS, Septiembre, 1978.
- Organización Mundial de la Salud, “Función de los hospitales en los programas de protección de salud”, Primer Informe del Comité de Expertos

en Organización de la Asistencia Médica, Serie de Informes Técnicos, No. 122, Ginebra, Suiza, 1957.

- Organización Mundial de la Salud, “La OMS en 60 años: cronología de los hitos de la salud pública”, Diciembre, 2015.
- Organización Mundial de la Salud. “Proyecto: Salud para todos en el siglo XXI”, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, España, 1998.
- Organización de las Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nota de orientación sobre recuperación: Infraestructura. Capítulo 1. “*Introducción a la Recuperación de la Infraestructura*”, Nueva York, 2014.
- Organización Panamericana de la Salud con la cooperación técnica de la Asociación de Cooperación para el Desarrollo de los Servicios de la Salud.” La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”, Washington, EUA, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud, “Mitigación de desastres sísmicos en las Instalaciones de salud: Evaluación y Reducción de la Vulnerabilidad Física y Funcional”, Volumen 3. “Aspectos Arquitectónicos”, Cap. 2 “Diseño Arquitectónico de Hospitales”, Bogotá, Colombia, 1993.
- Priego Segura Guadalupe “*Un nuevo modelo de administración pública en la secretaría de finanzas y desarrollo social del Estado de Puebla*”, Universidad de las Américas Puebla, Dpto. de Derecho, Cholula, Puebla, México, 2003.
- Ramírez Hernández Abigail, “*Desarrollo de estrategias comerciales*”, Universidad Tecnológica de Querétaro, México, 2012.
- Ramírez Lucas, “La ciudad capitalista pensada desde el marxismo: Una posible lectura de Castells, Harvey y Topalov”, Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Dpto. Geografía, Seminario “Mercado de Suelo, Hábitat Popular y Derecho a la Ciudad”, Argentina, 2012.
- Rojas Gutiérrez Carlo, “El Programa Nacional de Solidaridad: hechos e ideas en torno a un esfuerzo.”, Revista de Comercio Exterior, Vol. 42, núm. 5, México, Mayo 1992.

- Romero Gómez Antonio F., “Transformaciones Económicas y Cambios Institucionales en Cuba”, Universidad de la Habana. Centro de Investigaciones de Economía Internacional. Habana, Cuba. Agosto, 2014.
- Roncaglia Alessandro, “La Riqueza de las Ideas: Un pensamiento económico”, Prensas Universitarias de Zaragoza, España, 2006. p. 533. Disponible en: <https://economiauno.files.wordpress.com/2013/10/roncaglia.pdf>
- Rojas Ochoa Francisco, “Situación, Sistema y Recursos Humanos en Salud para el Desarrollo en Cuba”, en “Los sistemas de Salud de Iberoamérica de cara al siglo XXI”, Universidad de Guadalajara y Organización Panamericana de Salud. Jalisco, México. Julio, 2004.
- Ruiz Moreno Ángel Guillermo, “Nuevo derecho a la Seguridad Social”, Ed. Porrúa, 14° Edición, México, 2013.
- San Martín Hernán, “Crisis mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2000?”, Institución: Hospital provincial – Universidad Complutense: Instituto Regional de Estudios de la Salud, París, 1983.
- Sánchez González José Juan, “La reforma del Estado en el Gobierno de Miguel de la Madrid (19821-1988).”, en “ *Administración Pública y Reforma del Estado en México.*”, Instituto Nacional de la Administración Pública, México, 1998. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1203/6.pdf>
- Secretaría de Presidencia, “México a través de informes presidenciales”, Tomo 9. "Obras públicas", México, 1976.
- Secretaria de Salud, Salud: México 2002 “Información para rendición de cuentas”, 2da Ed. México, 2003.
- Tello Carlos, “Notas sobre el Desarrollo Estabilizador”, en *Revista Economía Informa*, Núm. 364, Julio-Septiembre, Facultad de Economía, UNAM, México, 2010. Disponible en: <http://www.economia.unam.mx/publicaciones/econinforma/pdfs/364/09carlostell.pdf>

- Ugalde Antonio y Homedes Nuria. Artículo: “América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales”, SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, Argentina, Enero - Abril, 2007.
- UNAM, Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones de la UNAM, en “Temas de derecho civil en homenaje al doctor Jorge Mario Magallón Ibarra”, UNAM, México, 2011.
- Valckx Gutiérrez Aimée, “Más que “callejeros”: discursos y prácticas en los programas del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Puebla y la Fundación Junto con las Niñas y los Niños (JUCONI)”, Licenciatura en Antropología Cultural. Departamento de Antropología. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. Cholula, México, 2007.
- Werner Josua, ORDO: Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft Vol. 19, Theorie der infrastruktur: Zu dem gleichnamigen Buch von Raimut Jochimsen, Deutschland. 1968.

#### FUENTES ELECTRÓNICAS

- AULA, “¿Qué fue el Desarrollo Estabilizador?: Paradigmas”, en periódico *Excelsior on line*, sección: *Dinero en imagen*, México, 2012, Fecha de consulta: 7 Mayo 2017, Disponible en: <http://www.dineroenimagen.com/2012-12-26/13356#>
- Cámara de Diputados, “Seguridad Social: Antecedentes”, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, México. Fecha de consulta: 27 Febrero 2017, Disponible en: [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/2\\_sso\\_cial.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_sso_cial.htm)
- Museo de Arte Carrillo Gil, sección “Colección”, Fecha de consulta: 25 Enero 2017, Disponible en: <http://www.museodeartecarrillogil.com/coleccion/artistas-de-la-coleccion/alejandro-prieto-posadas>

- Organización Mundial de la Salud, Página web oficial, Temas sobre salud, fecha de consulta: 31 Octubre 2016, Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Ochoa Vega Alejandro, “La arquitectura del IMSS”, *Revista on line: Obras web*, Sección: Construcción, Fecha de publicación: Enero 2007, Fecha de consulta: 03 Mayo 2017, Disponible en: <http://obrasweb.mx/construccion/2007/01/01/la-arquitectura-del-imss>
- Trevor Gunn. “Invertir en la salud beneficia el crecimiento económico”, *Gente saludable: Salud en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/2015/11/02/invertir-en-la-salud/> , Fecha de consulta: 3 Marzo 2017.