



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ECONOMÍA
FACULTAD DE ECONOMÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**TRANSFORMACIONES ECONÓMICAS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD:
EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN ECONOMÍA

PRESENTA
NADIA AVILA SÁNCHEZ

TUTORA
DRA. MARCIA LUZ SOLORZA LUNA
FACULTAD DE ECONOMÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. ALICIA ADELAIDA GIRÓN GONZÁLEZ
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS, UNAM

DRA. LAURA ELENA VIDAL CORREA
INFOTEC – INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS, UNAM.

DR. WESLEY COLÍN MARSHALL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-IZTAPALAPA

DR. ALEJANDRO CÉSAR LÓPEZ BOLAÑOS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.,

ABRIL DE 2024



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.

ÍNDICE

Introducción	7
Capítulo 1. Transformación de la Política Pública de Salud. Un Enfoque Poskeynesiano	14
1.1 Introducción	14
1.2 Del Estado del Bienestar al Estado Neoliberal	15
1.3 Cambio de Régimen Económico y Social	27
1.4 Cambios en el capital, la producción y la contratación laboral	30
1.5 Austeridad. Una política pública	36
1.5.1 Teóricos de la austeridad	41
1.5.2 Efectos de la austeridad en el sistema público de salud	50
1.6 Financiarización de la política de seguridad social	53
Capítulo 2. Creación del Sistema Nacional de Salud en México	57
2.1 Introducción	58
2.2 Secretaría de Salud. Una aproximación al sistema nacional de salud (SNS)	60
2.3 El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Salud para los trabajadores formales	62
2.4 Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	67
2.5 Transformación del Sistema Público de Salud	72
2.6 Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar e IMSS Bienestar	77
2.6.1 Seguro popular de Salud (SPS)	77
2.6.2 El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)	80
2.6.2 El IMSS-Bienestar	81
2.7 Importancia de la Atención Médica Privada y el Mercado de Seguros de Gastos Médicos Mayores	83
Capítulo 3. Seguridad social y sistema de pensiones	91
3.1 Introducción	91
3.2 Sistema de Pensiones en México	94
3.3 Reformas a la Ley de Seguridad Social y a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro	98
3.4 Reforma Financiera del Sistema de Pensiones	106
Capítulo 4. Situación Económica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	113
4.1 Introducción	114
4.2 Transición demográfica y presupuesto.	115
4.3 Situación Financiera del IMSS	118
4.3.1 Ingresos propios	118
4.3.2 Gastos	Error! Bookmark not defined.

4.4 Estado de situación financiera	121
4.6 Balance de operación.	124
4.7 Contención del gasto administrativo y de operación.	126
4.7 Compras consolidadas de medicamentos, vacunas y material de curación.	128
Capítulo 5. Infraestructura, Servicios Médicos y Servicios Personales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	130
5.1 Introducción	130
5.2 Situación de las Unidades Médicas, Equipo e Instalaciones	131
5.3 Estado de las Unidades Médicas que Brindan Servicios Médicos al Derechohabiente	134
5.4 Inversión en Infraestructura mediante la Ley de Asociaciones Publico Privadas (LAPP)	139
5.5 Subrogación de servicios médicos.	140
5.6 Administración de los Servicios Personales	143
5.6.1 Personal Activo	143
5.6.2 Sueldos y prestaciones al personal	146
6.2.3 Presupuesto ejercido en servicios personales	148
Capítulo 6. Análisis Financiero del Presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	150
6.1 Introducción	151
6.2 Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón.	152
6.2.1 Proyección demográfica del RJP	155
6.2.2 Proyección financiera del RJP	155
6.3 Situación y composición financiera de las inversiones del Instituto	158
6.3.1 Asignación estratégica de activos (AEA)	160
6.3.2 Régimen inversión de las reservas y el fondo laboral	161
6.3.3 Rendimientos financieros	169
6.4 Efectos cuantitativos de la austeridad en el gasto del IMSS	170
6.4.1 Selección de datos	170
6.4.2 Resultados de estimación por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO)	171
Conclusiones	174
Futuras líneas de investigación	180
Bibliografía	182

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1.1 Tasas de Desempleo en Países Industrializados Seleccionados (1970-2022)	32
Gráfica 1.2 Índice de Productividad de Algunos Países Industrializados y México (2003-2022)	34
Grafica 2.1 Asegurados Permanentes en el IMSS (1990-2021)	65
Gráfica 2.2 IMSS: Proporción Población Total/Asegurados	65
Gráfica 2.3 ISSSTE: Población Amparada Total (Asegurados y Familiares)	70
Gráfica 2.4 ISSSTE: Proporción Asegurados/Población Total	71
Gráfica 2.5 Presupuesto IMSS-Bienestar, 2013-2022 (Millones de Pesos)	83
Gráfica 2.6 Gasto Privado en Salud	86
Gráfica 2.7 Prima Directa y su Variación (Gastos Médicos Mayores)	89
Gráfica 3.1 PEA y PEA Ocupada (1960-2020) (Porcentajes)	104
Gráfica 3.2 Recursos Registrados en las AFORES	106
Gráfica 3.3 Composición de las Inversiones del Sistema de Pensiones (Total)	108
Gráfica 4.1 Composición de la Población Derechohabiente Adscrita a Médico Familiar Por Grupo de Edad (1991-2021) (Porcentajes)	118
Gráfica 4.2 Índice de Crecimiento de Consulta Externa de Medicina Familiar Por Grupo de Edad (1986-2021)	119
Gráfica 4.3 Defunciones por Causas Seleccionadas, Comparación 1976/2021 (Porcentajes)	120
Gráfica 4.4 Balance de Operación 2012-2022 (Millones de pesos)	126
Gráfica 4.5 Ahorro en IMSS por Compras Consolidadas, 2014-2020 (Millones de pesos)	131
Gráfica 5.1 Conservación de Inmuebles, Instalaciones y Equipos en Unidades Médicas del IMSS por nivel de atención, 2017 (Porcentajes)	138
Gráfica 5.2 Estado de Conservación de los Inmuebles, instalaciones y equipos de Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2018 (Porcentajes)	138
Gráfica 5.3 Conservación de Inmuebles, Instalaciones y Equipos de Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2019 (Porcentajes)	139

Gráfica 5.4 Conservación de Inmuebles, Instalaciones y Equipos de Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2020 (Porcentajes)	139
Gráfica 5.5 Conservación de Inmuebles, Instalaciones y Equipos de Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2021 (Porcentajes)	140
Gráfica 5.6 Conservación de Inmuebles, Instalaciones y Equipos de Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2022 (Porcentajes)	140
Gráfica 5.7 Porcentaje del gasto en Servicios Personales vs gasto total del IMSS.	151
Gráfica 5.8 Evolutivo de la ocupación de plazas presupuestarias vs Gasto en Servicios Personales	152
Gráfica 6.1 Incremento Neto de Plazas Laborales Ocupadas (1977-2012)	158
Gráfica 6.2 Flujo de Gasto Total Anual del RJP, IMSS-Patrón (Millones de pesos de 2021)	160
Gráfica 6.3 Evolución del Saldo de las Reservas y Fondo Laboral, 1998-2021 (Millones de pesos al cierre de cada año)	169
Gráfica 6.4 Series de Tiempo. Modelo Econométrico Linealizado (1974-2022)	174

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1 Cuota por Familias Según Decil de Ingreso	78
Cuadro 2.2 Presupuesto ejercido en el Programa IMSS-Bienestar, 2013-2022 (Millones de Pesos)	84
Cuadro 4.1 Flujo de Efectivo: Cierre 2018 - 2022 (Millones de pesos de 2021)	122
Cuadro 4.2 Situación Financiera 2017-202, al 31 de diciembre (Millones de pesos)	124
Cuadro 5.1 Unidades Médicas del IMSS Por Nivel de Atención, 2021	134
Cuadro 5.2 Unidades Médicas de Recién Operación, 2021	135
Cuadro 5.3 Inventario Para Atención Médica, 2021	136
Cuadro 5.4 Distribución de Plazas Presupuestarias y No Presupuestarias	146
Cuadro 5.5 Distribución de Plazas Presupuestarias por Tipo de Servicio 2022	147

Cuadro 5.6 Plazas Presupuestarias en la DPM	147
Cuadro 6.1 Proyección de Jubilados y Pensionados del IMSS, 2013 - 2095 (Trabajadores que ingresaron antes del 12 de agosto de 2004)	159
Cuadro 6.2 Asignación Clase de Activo al Cierre del 4T 2022	167
Cuadro 6.3 Evolución de los Beneficios y Aportaciones de las Personas Trabajadoras al Régimen De Jubilaciones y Pensiones	168
Cuadro 6.4 Límites por Regímenes de Inversión de Reservas y Subcuenta 2 Fondo Laboral (Porcentajes)	170
Cuadro 6.5 Asignación Estratégica de Activos (Porcentajes)	171
Cuadro 6.6 Tasa de Rendimiento de Inversión de Reservas y Subcuentas Fondo Laboral, 2011- 2021	172

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 6.1 Estimación del Modelo por MCO	175
------------------------------------------	-----

Introducción

La transformación económica del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha sido tema de creciente debate en el contexto social mexicano. Las medidas adoptadas por el Estado para mitigar la contingencia sanitaria internacional provocada por la enfermedad COVID-19 remarcaron la prioridad de restricción del gasto público en el SNS. Estas políticas intrínsecamente ligadas al modelo neoliberal y la austeridad funcionan como ejes fundamentales de la política estatal de salud y de seguridad social, incluyendo al sistema de pensiones. El panorama de la situación financiera, la infraestructura y los recursos médicos del IMSS enfrentan desafíos significativos debido a la reducción de inversiones públicas. Además, la inserción al proceso de financiarización de las reservas presupuestales del IMSS se ha convertido en una preocupación, pues el mantener finanzas sanas se antepone a la atención médica, y esto plantea interrogantes sobre el acceso y la calidad de los servicios de salud y seguridad social en México.

La adopción de políticas de austeridad afectaron al gasto social, particularmente el destinado a la atención de la salud y la seguridad social: “El presupuesto público destinado a la atención de la salud en nuestro país tiene un déficit crónico, se asigna de manera inercial, no da prioridad a los problemas fundamentales del sector, no se ajustó a las nuevas realidades demográficas y epidemiológicas y debe incrementarse anualmente de forma sostenida” (Narro, 2023, 37m10s en video).

En la actualidad, tener un empleo formal no significa que las personas no puedan ser pobres. En un país como México, donde no existen los beneficios de un seguro de desempleo, no es sorprendente que las personas prefieran aceptar trabajos con salarios bajos y no contar con seguridad social, en lugar de quedarse sin ingresos. Esto vuelve crucial atender la necesidad de programas efectivos de seguridad social para el bienestar de la fuerza laboral.

La seguridad económica también es parte fundamental de la seguridad humana y social. La seguridad del ingreso significa vivir en una situación en la que las necesidades básicas, como la comida, la vivienda, la asistencia sanitaria y la educación, pueden asegurarse de manera ininterrumpida. Por lo que es fundamental contar con una pensión digna que garantice el ingreso en caso de pérdida del trabajo, ya sea por jubilación, enfermedad, discapacidad o maternidad.

En un contexto donde no existe un sistema social fuertemente estructurado, la seguridad social como responsabilidad pública es una exigencia de la población al Estado para preservar vigente su

fuerza de trabajo. De esta forma, las aspiraciones colectivas de bienestar y justicia social son colocadas bajo la responsabilidad de un Estado que debe reconocer las exigencias de igualdad y equidad social de su población. En otras palabras, “el Estado no puede ser indiferente a un orden socioeconómico que priva a la ciudadanía real, a buena parte de los miembros de la sociedad de los derechos a la salud, por lo que está obligado a tratar de materializar los objetivos de justicia haciendo efectivos los derechos sociales” (Guzmán, 2014, p. 88).

Las organizaciones internacionales también desempeñan un rol fundamental en la consolidación del sistema de seguridad social como responsabilidad exclusiva del Estado. En 1952, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estableció el Convenio 102, llamado Norma Mínima de Seguridad Social, que define a la seguridad social como: “Un sistema que comprende una serie de medidas oficiales, cuyo objetivo es proteger a la población contra los diversos riesgos sociales como la enfermedad, el desempleo, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, las cargas de familia, la vejez, la invalidez y el fallecimiento del sostén de la familia (OIT, Norma Mínima de Seguridad Social, 1952).

El objetivo de obtener seguridad social fue demandado y cumplido en la Segunda Posguerra, durante el periodo de consolidación del Estado benefactor, pues un conjunto de leyes destinadas a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones de algunos países desarrollados comenzaron a ser aplicadas, todas bajo la responsabilidad directa de sus gobiernos. Esto consolidó adecuados niveles de ocupación e ingresos salariales a través de sistemas de transferencias para la cobertura de contingencias que afectaban necesidades básicas de las personas, así como la provisión de servicios sociales y ciertos bienes.

Con este panorama de desenvolvimiento de la seguridad social se presentaron políticas de desarrollo que permitieron reanimar la economía, su impacto y arraigo fue tan fuerte que dichos paradigmas lograron el predominio de las políticas gubernamentales en buena parte del capitalismo central. Sin embargo, en la década de 1970, a raíz de la estanflación en los EE.UU., y la crisis de la deuda pública de países latinoamericanos, el aumento en los precios de los hidrocarburos desencadenó eventos económicos generadores de una espiral inflacionaria y se lanzaron los intentos más radicales para abandonar el Estado Benefactor.

La ideología conservadora se revitalizó dando paso al modelo neoliberal en nombre de la libertad y la competencia. Se argumentó que la prestación de servicios sociales por el Estado privaba a los beneficiarios de la libertad individual de elección sobre aspectos fundamentales para su seguridad,

a la vez que otorgaba a los gobernantes facultades impositivas arbitrarias. Esto provocó la evolución de la teoría neoclásica que encuentra su núcleo y su máxima expresión en la “libertad económica”, ejercida en el mercado por sujetos “iguales”. Bajo el neoliberalismo¹ es que se sustentaron los proyectos de reforma a los esquemas tradicionales de seguridad social que se han puesto en marcha en gran parte de los países subdesarrollados.

Así es como, aún cuando el derecho a los servicios de salud y seguridad social garantizados en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley del Seguro Social (LSS) imponen al Estado el encargo de salvaguardarlos y cumplirlos, cada vez disminuye más la cobertura pública de salud. Las cifras presentadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2022) muestran que el porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud pasó de 16.2% a 39.1% entre 2018 y 2022, lo cual representa un aumento de 20.1 a 50.4 millones de personas carentes de seguridad médica; mientras que el porcentaje de personas sin acceso a la seguridad social pasó de 50.2% a 53.5% entre 2018 y 2022, es decir, se pasó de 64.7 a 66.2 millones de personas en esta situación. Recibir servicios públicos gratuitos de salud sigue siendo la carencia con mayor incidencia en condiciones de pobreza. Esta es una disposición originada y profundizada por una transformación económica a la que condujo la implementación de reformas estructurales desde la década 1990 hasta la actualidad, lo que restringió de forma importante al Estado en cuanto a sus funciones en impulsar el desarrollo económico y una mejor distribución del ingreso.

La organización que ha sustentado la Secretaría de Salud a nivel federal ha sido compleja, fragmentada y ha ofrecido una protección incompleta y desigual a la población, lo cual limita la calidad en la atención. México atraviesa una crisis de salud pública con miras a consecuencias económicas y sociales graves para la población. Por un lado, las enfermedades crónicas son cada vez más frecuentes; según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006 a 2022, la prevalencia de diabetes ha aumentado paulatinamente de 7.3 millones de personas a 14.6 millones de la población adulta mayor de 20 años. En cuanto a la hipertensión

¹ “El neoliberalismo es una nueva etapa del capitalismo que surgió en el contexto de la crisis estructural de la década de 1970. Expresa la estrategia de las clases capitalistas en alianza con la alta dirección, especialmente los gestores financieros, con la intención de fortalecer su hegemonía y expandirla a nivel global” (Duménil y Levy, 2011, p. 1). De acuerdo con Harvey (2005, p. 2): “una teoría de prácticas político-económicas propone que el bienestar humano puede mejorarse liberando las libertades y habilidades emprendedoras individuales dentro de un marco institucional caracterizado por sólidos derechos de propiedad privada, mercados libres y comercio libre. El papel del Estado es crear y preservar un marco institucional adecuado para tales prácticas. El Estado debe garantizar, por ejemplo, la calidad y la integridad de la moneda”.

arterial, tuvo un incremento de 15.2 millones de personas de 2006 a 2022, resultado acuñado por el envejecimiento de la población y los factores de riesgo que presenta la población como la obesidad y el sedentarismo (INSP, 2006-2022). De aquí deriva que a nivel nacional, “el porcentaje de adultos y adultos jóvenes con sobrepeso y obesidad haya incrementado 24.1% en el periodo 2006-2022 es decir 1.34% de aumento anual promedio” (Shamah Levy, 2023, 1h33m en video).

El Instituto Mexicano del Seguro Social por ser la institución de seguridad social con el mayor número de derechohabientes a nivel nacional, cubre alrededor de 57 millones de personas entre trabajadores de empresas privadas adscritas al sector formal y sus familiares directos. Sin embargo, a pesar de ser la institución más grande de seguridad social en Latinoamérica, ha sido reformada y reestructurada en diversas ocasiones para tratar de alcanzar las metas anheladas de un sistema dominado por las finanzas². En 1995 se promulgó la nueva Ley del Seguro Social, la cual modificó radicalmente el sistema de pensiones y jubilaciones con la creación de cuentas individuales de retiro, cuyo manejo se encomienda a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), instituciones privadas no reguladas. Esta nueva ley fue promovida por el Estado mexicano argumentando la inviabilidad financiera del IMSS relacionada con el alto costo del Régimen de Jubilación y Pensiones (RJP).

Con la entrada en vigor del Consenso de Washington (CW) en la década de 1990, las políticas económicas se centraron en modificar y establecer metas en áreas económicas fundamentales: equilibrio fiscal, reforma tributaria, política monetaria restrictiva, apertura comercial, inversión extranjera directa, privatización, desregulación y reducción de la pobreza extrema (Williamson, 1990).

La primera oleada de políticas derivadas del Consenso de Washington se centró en restaurar la capacidad de pago de las economías más endeudadas, logrando esto mediante la disminución del gasto público tras cumplir con sus obligaciones de deuda y alcanzando un equilibrio en las finanzas públicas. Al respecto, Correa señala que: “La disciplina fiscal se defendía como la principal política económica, ello significaba reducir el déficit primario y ejercer una política presupuestal tal que antepusiera el pago de los compromisos externos sobre el resto de los renglones del gasto,

² “Al nivel de la empresa, la financiarización se refiere a la dominación de la maximización del valor para los accionistas como el objetivo corporativo por encima de todo. Este cambio llegó con la emergencia de diferentes tipos de fondos: Fondos de pensión, fondos mutuos y fondos de cobertura—, los que agrupan inversores pequeños para realizar los beneficios (ganancias) de escala (mayor diversificación, más información, menores costos de transacción, etc.)” (Guttman, 2009, p. 222).

de manera que se ejerció una fuerte presión sobre el gasto público diferente del destinado al pago del servicio de la deuda” (Correa, 2008, p. 107).

Entonces, la política económica de corte neoliberal se orientó a la reducción del papel del Estado en la economía y en la liberalización del sistema económico, al imponer medidas radicales basadas en la austeridad. Con ello, hubo cambios en la producción y las relaciones laborales que se tradujeron en desregulación de las normas de protección del derecho del trabajo y flexibilidad laboral, caída de los salarios nominales, marginalización e informalidad elevada.

Bajo estas circunstancias, los niveles de ingreso del IMSS por concepto de cuotas obrero-patronales —aunado al precario presupuesto que se destina al Instituto— se vieron afectados al incrementarse el número de asegurados que perciben un salario menor, así como al aumentar el número de personas que migraron a la informalidad³. Por otro lado, hubo una transición demográfica y epidemiológica: a medida que la población envejece, se presenta una mayor probabilidad de padecimiento de enfermedades, lo que implica una mayor demanda de servicios de salud.

La crisis financiera del IMSS tiene lugar a raíz de la reforma a la Ley del Seguro Social (LSS) de 1995, una reforma financiera que eliminó la visión social al transferir la responsabilidad de la provisión de pensiones del sector público al sector privado. En lugar de priorizar los objetivos de bienestar social y seguridad de los trabajadores, la reforma inauguró una nueva etapa: el lucro a cargo del capital financiero. Se modificaron las contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno federal con efectos significativos en los ingresos propios del IMSS. Estos cambios afectaron no solo la cantidad de recursos disponibles para el Seguro Social sino también la forma en que se distribuirían y utilizaría, lo que tuvo repercusiones en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud y seguridad social que la institución podría ofrecer a la población.

A partir de 2010 el IMSS ya operaba con déficit, en el informe sobre la situación financiera de ese año se presentan diferentes casos con el fin de lograr la suficiencia financiera de la institución. En uno de los escenarios contruados bajo el alegato de tener finanzas sanas, la administración del instituto lo llevó a implementar recomendaciones hechas por organismos internacionales (entre ellas la OCDE), como la compra consolidada de medicamentos, celebrar contratos bajo la ley de

³ Los seguros del IMSS se financian a partir de aportaciones de los patrones, de los trabajadores y del Gobierno Federal. La estructura de las tasas de contribución pagadas al Instituto varía en función del tipo de seguro y del sujeto obligado e incluye pagos en pesos por trabajador (cuotas fijas), pagos en función del salario base de cotización (cuotas proporcionales) y cuotas excedentes.

asociaciones público-privadas para la construcción de hospitales, subrogación de servicios, arrendamiento de ambulancias, poner en marcha estrategias de digitalización, entre otros, con la finalidad de generar ahorros de todo tipo. Por lo que la cuestión importante radica en saber si: ¿es viable la estimación de recursos en una institución de salud pública y seguridad social?

Este trabajo tiene como propósito contribuir al debate sobre la función que debe desempeñar la seguridad social en nuestros días, con base en una revisión teórica e histórica, presentando argumentos válidos a favor de la seguridad social, en términos sociales y económicos, y declinando el argumento de que ya no es asumible, se pretende dirigir la discusión, principalmente al hecho de que la seguridad social es un derecho humano.

En el primer capítulo se conceptualiza el término austeridad y financierización tanto de la economía, la política social y en particular de la salud pública, se determinan algunos de sus efectos en el funcionamiento de las instituciones públicas de asistencia social, de acuerdo con algunos análisis inscritos en el marco teórico poskeynesiano. De igual forma, se reflexiona acerca de la imposición de políticas de equilibrio del gasto público, de la consolidación fiscal y se hace una revisión histórica de la transición del Estado de Bienestar al Estado Minimalista. En el segundo capítulo se exponen los cambios en materia de política institucional y laboral al Sistema Nacional de Salud (SNS). Se revisa al sector nacional de salud desde su formación hasta su situación actual siguiendo un enfoque histórico. Este estudio comprende a las instituciones de seguridad social, la creación del seguro popular y el crecimiento acelerado de la atención médica privada. En el tercer capítulo es abordado el desarrollo de los sistemas de previsión social con mayor énfasis en el IMSS. De manera específica son analizadas las múltiples reformas a la Ley del Seguro Social, mismas que han afectado a la población empleada en trabajos formales y donde las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) han desempeñado un papel concluyente en la administración de sus ahorros. El cuarto capítulo presenta la situación financiera del IMSS al cierre de 2022, así como las principales acciones realizadas y los programas desplegados, esto con la finalidad de identificar qué rubros del gasto de operación y del ingreso se han visto afectados por la imposición de mantener reservas y equilibrio financiero. El capítulo cinco contiene el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), incluidos los dedicados a la atención médica. De igual forma, presenta la información relevante sobre el estado que guardó la administración de los servicios personales en el IMSS.

Lo trabajado en el capítulo seis tiene como objetivo analizar y visibilizar el proceso mediante el cual el mercado financiero internacional ha adquirido un rol predominante en el manejo del presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social. Finalmente, el séptimo capítulo refleja los hallazgos y las conclusiones de este trabajo de investigación.

Capítulo 1

Transformación de la Política Pública de Salud

Un Enfoque Poskeynesiano

Resumen

Este capítulo tiene como objetivo explorar y analizar desde el enfoque poskeynesiano el proceso en que las políticas de austeridad, la colateralización de la política social y la reestructuración de la producción, el capital y la contratación laboral han incidido en la transformación de la política pública de salud. En el primer apartado se esboza la introducción a la transformación económica de México, el segundo apartado hace una revisión histórica de la transición del Estado de Bienestar hacia el aminoramiento del Estado actual. El tercer apartado aborda los eventos destacados que incidieron en el cambio de régimen económico y social, el cuarto apartado refiere a la transformación del capital, la producción y la contratación laboral a partir del cambio de régimen. Por su parte, el apartado cinco, revisita toda la teoría poskeynesiana de la austeridad, así como el apartado seis revisita la financiarización de la política social y de seguridad social.

1.1 Introducción

México representa una economía significativa a nivel global, respaldada por una población que incluye tanto trabajadores calificados como altamente calificados, sin embargo, debido al mandato de mantener finanzas sanas nos enfrentamos al desafío de desigualdades crecientes, la contracción de la clase media y la propagación generalizada de la pobreza, factores que están socavando sus posibilidades de crecimiento y equidad social. De acuerdo con Correa y Giron (2020),

La austeridad ha significado la destrucción paulatina de las instituciones, de la vida social, de la organización política y de la gobernabilidad. Un país que está perdiendo el control de su propio territorio, de su capacidad de imponer la ley, y sometido a la declinación de su soberanía monetaria y económica, en realidad no es país, sino un territorio a la satisfacción de los intereses de mafias y grupos armados, muy lejos de los valores humanos y democráticos que prevalecen en sociedades más igualitarias y que tienen voz y voto en el concierto internacional globalizado. Por ello, la austeridad de medio siglo debe ser abandonada. (p. 9).

En la década de 1990 se dio inicio a la integración de las economías en desarrollo al sistema financiero internacional y se promovieron políticas de seguimiento de la disciplina fiscal, cuyo

propósito no estuvo encaminado a considerar el pago de la deuda externa con gasto público sino en reducir constantemente la participación del Estado en la economía y así abrir el mercado, lo que daba lugar a la expansión de la inversión extranjera en segmentos particulares, incluso algunos de interés nacional, ocasionando una modificación en la política económica a través de concesiones, y condonación de impuestos a las grandes corporaciones.

Con la finalidad de frenar el déficit público y revitalizar la economía para recuperar la confianza de los mercados financieros, México —como el resto de Latinoamérica— fue subsumido al proceso de globalización. En la década de 1990, y de la mano de instituciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), se implementaron medidas económicas restrictivas que incluyeron políticas monetarias y fiscales contractivas, recortes del gasto público, subidas selectivas de impuestos, reformas al sistema de pensiones y reducciones de las prestaciones y protección laboral. Dos décadas después, las políticas de austeridad todavía no han alcanzado sus objetivos declarados y son motivo de honda preocupación con respecto al disfrute de los derechos económicos y sociales de las poblaciones de los países en desarrollo, pues continuamos en una situación de incertidumbre constante.

Esta investigación define a la austeridad como el conjunto de políticas de equilibrio presupuestal impuestas por el Estado a sí mismo y a su población, lo que implica la reducción y abstinencia del gasto gubernamental con el objetivo de reducir el déficit fiscal. Esta política consiste en sacrificar, esclavizar e, incluso, socavar el nivel de ingreso de la sociedad con la finalidad de mantener la estabilidad de los mercados financieros.

1.2 Del Estado del Bienestar al Estado Neoliberal

El concepto de Estado del bienestar surgió entre las décadas de 1930 y 1940 como consecuencia de la crisis de 1929 y la Segunda Guerra Mundial. Este concepto de Estado adquiere diferentes aspectos en diferentes países de acuerdo con sus legados culturales, sociales, políticos, económicos y su desarrollo histórico, pero en general, tiene como objetivo proporcionar política social, servicios de salud y, por lo tanto, satisfacer las necesidades sociales.

Esra Dunder, con base en las aportaciones de la profesora Nur Serter, define al Estado del Bienestar como

un entendimiento estatal contemporáneo que asume el deber de asegurar una distribución justa del ingreso, proteger a los grupos y clases que necesitan protección, dirigir las prácticas de seguridad social y las políticas de empleo,

practicar la politización para atender los requerimientos básicos de la sociedad como educación, salud y vivienda y toma medidas para regular la vida laboral, gracias a las políticas tributarias y salariales que sigue (Aravacik, 2018, p. 7).

Asimismo, el proceso de desarrollo del Estado del bienestar se puede manejar categorizándolo en cuatro periodos. El primer periodo fue entre 1870 y 1913, es decir, desde finales del siglo XVII cuando se produjo la revolución industrial hasta principios del siglo XIX. El segundo es el periodo de entreguerras mundiales; el tercer periodo comprende al espacio de tiempo de entre 1950 y 1973, el cual es conocido como la “Edad de Oro de los Estados del Bienestar”, y el cuarto y último periodo es identificado con los cambios generados por las crisis económicas que se materializaron después de 1973. Este periodo es conocido como “Crisis del Estado del Bienestar” hasta la actualidad.

El surgimiento del Estado del bienestar se remonta a 1601, cuando se pusieron en vigor las leyes de pobreza en el Reino Unido.

En los periodos siguientes, los efectos de la economía de libre mercado, impulsada por teóricos como Locke, Hume y Adam Smith, comenzaron a cambiar las políticas estatales y las regulaciones legislativas no sólo en el Reino Unido sino también en otros países. Debido a la industrialización, los cambios en la estructura sociodemográfica y las crecientes presiones en el siglo XIX en los estados europeos, es que el Estado del bienestar ganó velocidad [en la implementación de sus programas sociales]. (Dundar, 2018, pp. 7-8)

En la etapa posterior a la Primera Guerra Mundial y a la Gran Depresión, entre 1933 y 1936 surgió el *New Deal*, serie de programas, reformas financieras, y regulaciones promulgadas por el Estado estadounidense. Se crearon instituciones federales como el *Civilian Conservation Corps (CCC)*, la *Civil Works Administration (CWA)*, la *Farm Security Administration (FSA)*, la *National Industrial Recovery Act de 1933 (NIRA)* y la *Social Security Administration (SSA)*, que brindaron apoyo a agricultores, desempleados, jóvenes y ancianos. El *New Deal* incluyó nuevas regulaciones en la industria bancaria y esfuerzos para volver a inflar la economía después de que los precios habían caído drásticamente.

De acuerdo con Galbraith (1997),

El presupuesto equilibrado no fue el único corsé que se aplicó a la economía. Hubo también el espantajo de un abandono del patrón oro y, todavía más sorprendente, de un riesgo de inflación. Hasta 1932, los Estados Unidos de América aumentaron formidablemente sus reservas de oro, no obstante, el país estaba sufriendo la deflación más violenta de la historia de la nación. (p. 449).

Por lo que, el *New Deal* incluyó la Ley Nacional de Relaciones Laborales para proteger la organización laboral, el programa de ayuda *Works Progress Administration* (WPA) que convirtió al gobierno federal en el empleador más grande de la nación, la Ley de Seguridad Social y nuevos programas para ayudar a los agricultores arrendatarios y a los trabajadores migrantes. Los elementos importantes de la legislación del *New Deal* fueron la creación de la Autoridad de Vivienda de los Estados Unidos y la Ley de normas laborales justas de 1938⁴, que establecían las horas máximas y los salarios mínimos para la mayoría de las categorías de trabajadores.

Sin embargo, en la agenda de reformas no se adhirió importancia acerca de los mercados de valores.

Fue durante este triste período cuando 1929 se convirtió en un año mitológico. El pueblo soñaba con el momento en que el país pudiese regresar a 1929; cuando en algunas industrias o ciudades la actividad económica era fenomenalmente buena, se decía que era casi tan buena como en 1929 (Galbraith, 1997, p. 407).

Además, la política económica adoptada urgió equilibrar el presupuesto público, que en aquel entonces significaba no poder aumentar el gasto del gobierno para fortalecer el poder de compra y aliviar las calamidades. Significaba, también, que no habría más reducciones de impuestos. El temor de una inflación fortaleció los llamamientos en favor de un presupuesto equilibrado, y frenó los esfuerzos para reducir los tipos de interés, favorecer la expansión del crédito y las consiguientes facilidades para pedir prestado todo el dinero posible en aquellas circunstancias.

Durante los siguientes 25 años, después de la Segunda Guerra Mundial, incluso hasta la primera crisis petrolera de 1973, se dieron años de prosperidad capitalista. Fue un periodo de crecimiento y alto empleo casi ininterrumpido acompañado de un incremento sin precedentes del bienestar de la clase obrera; liderado por el salario social, definido en un sentido más amplio que incluía el gasto en salud, educación, seguridad social (retiro), entre otros.

En cambio,

Mantener el empleo y el consumo social requería la intervención del estado en la producción a gran escala con un déficit presupuestal y la nacionalización de varias industrias sobre todo de carácter público como la salud y la educación. Esta, no fue una política revolucionaria, sino transformadora dentro del marco capitalista en la medida en que por un lado redujo drásticamente el papel de los capitalistas y por otro, dio poder emergente a los sindicatos y dio la capacidad del estado para

⁴ “En 1933 había en EE. UU. casi trece millones de trabajadores en paro, es decir, uno por cada cuatro del total de la fuerza de trabajo del país. En 1938 una persona de cada cinco seguía todavía sin empleo”. (Galbraith 1997, Pág. 407).

mantener el pleno empleo continuo con relativa independencia de la clase capitalista. (Bhaduri, 2013, pp. 34-36)

Sin embargo, inició un ataque concertado de la clase capitalista hacia la gestión de la demanda por parte de un Estado proactivo para mantener el pleno empleo.

Comenzó y aún continúa en nombre de las ‘finanzas sanas’. Kalecki ya había escrito en 1943, ‘es hacer que el nivel de empleo dependa del *estado de confianza*’, incluso previno la fragilidad de la política económica al asumir un estado neutral, persiguiendo una política que coadyuvara la cooperación entre clases. Así, el clima de la política económica tuvo que dar un giro de 180 grados y pasó de ser favorable a los salarios de los trabajadores a un crecimiento pro-capitalista impulsado por las ganancias privadas. Esto requería reducir el poder económico independiente a un Estado relativamente neutral y hacer que sus políticas fueran lo suficientemente plausibles para fortalecer el Estado de confianza del capital privado para la inversión. (Bhaduri, 2013, p. 36)

En este contexto, Latinoamérica se transformó como consecuencia de factores internos y externos, generando una mayor dependencia hacia los países hegemónicos. Dentro de esta inserción se dieron procesos de crisis y modernización de la producción primaria y de la sociedad rural, acompañados de una hiperurbanización e industrialización, modificando la estructura de clases y con una expansión del aparato y actividades del Estado, que llegó a presentarse como instancia universal, colocándose por encima de la formación social neocapitalista. El modelo neocapitalista emergió en Latinoamérica como un proceso tardío y subdesarrollado que privilegiaba a ciertas empresas, ramas, clases y regiones. Por lo que la participación del Estado en la economía inició como complementario de la gran empresa, asumiendo las tareas que estas no querían o no podían cumplir.

Por consiguiente, el Estado incidió en la orientación, estructura y funcionamiento de la sociedad a través de los siguientes aspectos:

- a) Participación considerable de las necesidades colectivas y sectoriales.
- b) Regulación de la asignación de recursos en función de las necesidades colectivas y sectoriales.
- c) Regulación y gestión de servicios públicos, mediante la imposición de condiciones obligatorias para la participación de la empresa privada a través de la empresa pública.
- d) Pilotaje global del Estado aplicando medidas anticíclicas.

Dado lo anterior, el Estado se convierte en agente de la acumulación, propietario de la parte del capital social que corresponde a las empresas públicas. Esta autonomización relativa es reforzada por sus empresas mediante procesos y factores sociopolíticos. Entonces, el Estado se presenta como una instancia universal para velar por el interés colectivo, colocándose por encima del proceso de estructuración y de reproducción de la formación social neocapitalista. (Kaplan, 1978). Para el caso de México, la etapa de formación y consolidación del Estado-Nación comenzó durante el gobierno de Porfirio Díaz, quien

gestionó la incorporación de México a la nueva configuración económica mundial, instrumentando un modelo de desarrollo económico dirigido hacia afuera con un alto contenido de capital extranjero: inglés, francés, alemán, estadounidense y canadiense, que ingresaron al país en la segunda mitad del siglo XIX (Solorza, 2015, p. 194).

Sin embargo, el fortalecimiento político de Díaz derivó en una dictadura de orden y progreso que impulsó el crecimiento económico con una muy desigual distribución de la riqueza.

Por ello, una de las razones de la Revolución de 1910 fue el ingreso de las masas a la vida política. Las clases bajas y los obreros que habían sido relegados por los regímenes liberales anteriores se organizaron para demandar tierras, salarios más altos, derecho a huelga, así como el derecho a una contratación colectiva. Una vez promulgada la Constitución de 1917, se fijaron las bases para la instauración de un Estado moderno, cuya prioridad fue la reconstrucción nacional entre 1918 y 1928. Es ante esta situación que México empezó la preparación de una legislación laboral y social para desarrollar las relaciones obrero-patronales y obrero-estatales, satisfaciendo ciertas demandas y exigencias de la clase obrera. No obstante, esta transformación sirvió como un instrumento de la nueva clase política para ejercer control sobre la clase trabajadora. Fue así como nuestro país recibió el impacto de la llamada “segunda revolución industrial”, sin tener que enfrentar las consecuencias de la primera, al mismo tiempo que su clase obrera industrial se encontraba en plena formación. Esto quiere decir que “el proceso de industrialización en México inició bajo la era de la producción en serie, la ‘organización científica del trabajo’, las relaciones humanas en la fábrica, la tecnología importada y el imperio de las empresas transnacionales” (Reyna et. al., 1976, p. 3).

Durante el período Obregón-Calles (1920 – 1934), se intentó dar pie a una reestructuración económica con relativamente poca participación directa del Estado. Se implementó un programa de construcción de carreteras y se organizó al sistema bancario con la creación del Banco de

México. “Entre 1925 y 1929 el crecimiento anual del PIB se quintuplicó en relación al quinquenio anterior, siendo de 5.8% y el per cápita de 4.2%” (Meyer, 2020, p. 835).

En el periodo cardenista, los estragos de la Gran Depresión se habían superado y para finales de la década de los treinta, se consolidó el proyecto nacionalista. Derivado ello, el apoyo obrero a Cárdenas permitió sustentar una plataforma sólida para la política con rasgos distributivos para los sectores populares, lo cual fue clave cuando el gobierno decidió nacionalizar la industria petrolera. La política laboral quedó resumida en los siguientes términos:

- Organización de las clases laborales de país en una Central Única de Trabajadores (CUT).
- Esfuerzo del gobierno para evitar la formación de sindicatos “blancos” y toda maniobra patronal para intervenir en la vida sindical.
- Proclamación del derecho del Estado para asumir el papel regulador de la economía nacional como protector de las clases desheredadas.
- Limitación de los conflictos obrero-patronales a la capacidad económica de las empresas (Reyna, 1976, p. 45).

En síntesis, de 1934 a 1940 se sentaron las bases fundamentales para la consolidación del proyecto nacional, llevándolo a un desarrollo económico viable hacia el Estado de Bienestar. Este proyecto se basó en un modelo de crecimiento hacia adentro que buscó crear infraestructura económica, así como las instituciones que permitieran el desarrollo industrial, a este modelo se le conoce como “Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI)”. La política económica se dirigió a minimizar el control extranjero, impulsando el sector agrícola, para disminuir la vulnerabilidad externa a la que estaba sujeta la economía nacional. Aunado a lo anterior, se fundaron: el Banco Nacional de Comercio Exterior (BANCOMEXT), la Comisión Federal de Electricidad (CFE), el Banco Agrícola y se reformó Nacional Financiera (Nafinsa) para dedicarla al refaccionamiento de capital para la industria.

En el contexto de la Segunda Guerra Mundial, tiene lugar una reconversión de las plantas productivas para el abastecimiento bélico, acción que propició el fomento a la industria en los países subdesarrollados dada la necesidad de proveer productos a sus mercados, ya que los países desarrollados no podían abastecerlos. Al igual que el resto de Latinoamérica, el Estado mexicano se vio beneficiado de la coyuntura económica marcada por la Segunda Guerra Mundial; nuestra economía inició un proceso de industrialización debido a que el cierre de los mercados externos

aceleró la sustitución de bienes de consumo no duraderos en el interior del país, y facilitó su exportación.

De este modo, los esfuerzos del gobierno se encaminaron hacia lo que se conoció como “la Unidad Nacional”, cuya finalidad era construir un clima adecuado para la inversión privada, acompañado de la creación del Pacto de Unidad Obrera con el objetivo de minimizar el conflicto obrero y así dar paso a la imposición del capital en cualquiera de los sectores económicos, en especial en el sector industrial. En esta época, el país impulsó su desarrollo y crecimiento económico en todos los ámbitos, beneficiando la expansión demográfica urbana, dando paso a una estabilidad social sin precedentes.

De cualquier forma, la maduración de las diversas tendencias del capitalismo monopolista creó una situación en la que las expansiones de las actividades directas del Estado en la economía no podían evitarse. Esto puede ser visto claramente si consideramos algunas de las razones para este desarrollo bajo cuatro registros generales:

- 1) El capitalismo monopolista tiende a generar mayor excedente económico de lo que puede absorber, por lo que se vuelve más vulnerable a desordenes en su funcionamiento en las formas de estancamiento y/o depresión, caracterizado por el desempleo y el desperdicio de la capacidad instalada. Con este diagnóstico, hacia una reducción de la demanda efectiva, se acepta finalmente, tan sólo gracias a la prolongada depresión de los años treinta, que el gasto del gobierno colma este “vacío”.
- 2) La internalización del capital creó una situación de competencia económica que provocó choques militares entre los países capitalistas, al mismo tiempo que los movimientos revolucionarios dan paso a una *permanente movilización de guerra*. Situación que se mezcló con la necesidad de que el gobierno garantizara la demanda efectiva y proporcionara una forma de absorción del excedente económico aceptable para la clase capitalista.
- 3) Dentro de las naciones capitalistas la pobreza y la inseguridad se convierten en rasgos casi permanentes de la vida social, concentrándose en las grandes ciudades, amenazando la existencia de la estructura social, y por eso el gobierno interviene para ayudar en la vida y atenuar la inseguridad.
- 4) La rápida urbanización de la sociedad, y la aceleración del ritmo de la vida social y económica incrementó la necesidad de diversos servicios proporcionados por el

gobierno. Entre estos servicios sobresalen la educación y salud, que asumieron un papel importante en la era del capitalismo monopolista. Los requerimientos educativos mínimos para “funcionar” en un moderno ambiente urbano son impartidos a los niños en un marco institucional más que en la familia o en la comunidad (Braverman 1998).

Además del sistema escolar y la salud pública,

las funciones del gobierno se expandieron en la industrialización y urbanización de la sociedad, en la forma específicamente capitalista por la necesidad de una estructura social intrincada y balanceada que no tiene otro medio de coordinación y planificación social, más que el capital monopolista encargado de proporcionar la estructura económica. (Braverman, 1998, p. 331)

En resumen, la actividad económica del Estado del Bienestar se desarrolla en todos los sectores de la economía con una participación múltiple y diversa, cuyas principales características son:

1. Integrar el capital monopolista tanto nacional como extranjero y el capital estatal.
2. Ser el principal centralizador del capital, con toda su actividad en el sistema bancario y crediticio.
3. Facilitar y financiar la consolidación de los monopolios mediante: subsidios, exenciones de impuestos, préstamos en condiciones ventajosas, materias primas baratas, energía barata, etcétera.
4. Se convierte en el comprador más importante de bienes y servicios producidos por la gran empresa.
5. Ser regulador directo del trabajo y en el principal contratista de personal público.
6. Proveer de las necesidades y actividades relacionadas con la reproducción de la fuerza de trabajo ventajosas para el capital, tales como: servicios de agua potable, luz, entre otros. (Correa, 1981)

Al igual que estas medidas de política económica y el impulso a la empresa pública, “el Estado ejercía una intervención reguladora en la oferta de bienes y servicios, generaba empleo burocrático, servicios sociales y mecanismos de transferencia para mantener el nivel de ocupación y, por tanto, el ingreso y la capacidad adquisitiva de la población” (Kaplan, 1978, p. 13).

El periodo de bienestar mexicano (los años treinta, cuarenta y parte de los cincuenta), y de gran parte de los países de Latinoamérica, se caracterizó por una expansión económica promovida por

el gobierno que implementó un sistema de fomento económico enfocado en la inversión de infraestructura básica, haciendo hincapié en el petróleo, carreteras, así como en los servicios sociales de salud y educación. El financiamiento provino principalmente del gasto público, con una política fiscal fuertemente expansionista basada en un presupuesto que incurría en déficits respaldados con crédito primario del Banco de México y los bancos nacionales de desarrollo. (Cárdenas, 2015).

En el año 1947, el modelo ISI se encontraba en apogeo, lo que llevaría a la disminución del déficit de comercio exterior y a la vulnerabilidad de la economía, permitiéndole el surgimiento de una creciente industria nacional. Fue en este periodo (1940-1958) donde el Estado benefactor aplicó una estrategia de apoyo directo a la industrialización a través del gasto público en infraestructura para el desarrollo de la industria manufacturera. De igual forma, brindó apoyo a empresas estratégicas y prioritarias para que vendieran materias primas y productos a un bajo costo y así incentivar la dinámica industrial. La base de la política industrial fue de fomento al desarrollo económico para lograr el crecimiento industrial y reducir la dependencia de las importaciones y los desequilibrios externos.

En este sentido, la política social mexicana redituaba para grupos más amplios de la población; se expandieron los servicios de salud pública a través del fortalecimiento del antiguo Departamento de Salud en la Secretaría de Salubridad y Asistencia junto con la creación del Instituto Mexicano de Seguro Social, lo que ayudó al aumento de la esperanza de vida, y disminuyó los índices de mortalidad infantil y general. Este cambio en la política sanitaria contribuyó al mejoramiento del nivel de bienestar de la población en general (López-Alonso, 2012).

Por su parte, las organizaciones internacionales también comenzaron a desempeñar un papel fundamental en la consolidación del modelo de seguridad social como responsabilidad exclusiva del Estado:

En 1952, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estableció el Convenio 102 denominado “Norma Mínima de Seguridad Social”, la cual define a la seguridad social como un sistema que comprende una serie de medidas oficiales, cuya finalidad es proteger a la población, o a gran parte de ésta, contra consecuencias de los diversos riesgos sociales como enfermedades crónicas, desempleo, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, cargas de familia, vejez sin pensiones, invalidez y fallecimiento del sostén de la familia. (García, 2014, p. 89).

A finales de 1958 se desarrolló una política que impulsaba las actividades industriales a través de la mexicanización y el incremento de los problemas sociales, todos estos elementos de política siempre fueron en contra de los principios de la corriente liberal de la época promovida por Friedrich Von Hayek, Albert Hunold, Ludwig Von Mises, Milton Friedman y el filósofo Karl Popper (Romero, 2016).

En resumen, se puede decir que el desarrollo económico durante 1940-1960 fue muy dinámico, aunque la transformación había iniciado desde la década de los años treinta. Esto se logró gracias al proceso de sustitución de importaciones que se implementó como consecuencia de la Gran Depresión en conjunto con la puesta en marcha de políticas proteccionistas que expandieron el mercado interno, lo que generó un fuerte incremento en el empleo y, por tanto, la producción con beneficios en el bienestar general. Por su parte, el sector financiero nacional privado y la banca de desarrollo desempeñaron un papel importante para el auge y crecimiento del país.

En la década de los años sesenta la economía mexicana registró la expansión más importante de todo el periodo de desarrollo estabilizador. En la segunda mitad de este decenio la inversión pública y privada se complementaban, y el gobierno reforzó su inversión en infraestructura básica como la dotación de energía eléctrica, el apoyo al sector agrícola y las obras en beneficio social como caminos, escuelas y hospitales. Por otra parte, el sistema bancario a partir de 1963, a través del encaje legal, financiaba al sector público mediante tenencia de bonos gubernamentales, lo que se tradujo en altas tasas de crecimiento. Sin embargo, es de destacarse que el final de esta década fue muy criticado no solo por los problemas de la política nacional como el conflicto estudiantil de 1968, si no porque algunos autores destacan que hay evidencia de una alta concentración de la riqueza y del ingreso y por el relativo abandono de la agricultura y el campo.⁵

Para 1965, la posición de la balanza de pagos estaba consolidada, lo que evitó la necesidad de reformar la política comercial, sobre todo gracias al aumento acelerado de las corrientes de inversión extranjera destinado a la industria. Para esta década, la política fiscal y monetaria estuvo orientada a fomentar la acumulación a través de subsidios, exenciones y tarifas congeladas de bienes y servicios públicos.

⁵ Véase a Clark W. Reynolds (1977), "Por Qué El "Desarrollo Estabilizador" De México Fue En Realidad Desestabilizador (Con algunas implicaciones para el futuro)", *El Trimestre Económico* Vol. 44, No. 176(4) (octubre-diciembre de 1977), pp. 997-1023 (27 pages). Disponible en <https://www.jstor.org/stable/20856666> y a Smith, P. H. (2001). El imperio del PRI. En *Historia de México, Crítica*, Barcelona (pp. 321-384).

En 1970, México recibió cuantiosos flujos de capital provenientes del mercado del eurodólar, pues era un país confiable para los acreedores internacionales, principalmente los grandes bancos transnacionales. Los préstamos se destinaron principalmente a las empresas paraestatales más importantes, como PEMEX y CFE. Por otra parte, el país empezó a contratar préstamos privados para expandir el sector energético, principalmente el petrolero. Con ello se pospusieron los cambios estructurales necesarios en materia fiscal y financiera. Para mediados de los años sesenta, la deuda externa contratada con organismos financieros internacionales representaba un 50% de la deuda total, pero al iniciarse los años ochenta representaba no más de un 20%; el resto se había contratado ya con la gran banca transnacional, en su mayoría estadounidense, a través de los llamados “préstamos sindicados” (Girón, 2007, p. 134).

En este periodo el sector manufacturero empezó a desacelerarse gracias a una contracción de la inversión privada, lo que presionó los costos de los productores. Estos a su vez, incrementaron los precios al alza para garantizar sus ganancias, situación que generó incertidumbre, y por tanto desequilibrios en el mercado de valores y la balanza de pagos. Por lo que, el gobierno gastó en infraestructura en favor de sectores específicos como la petroquímica. No obstante, la política tributaria beneficiaba al capital causando una caída de sus ingresos, un incremento de su déficit y un mayor endeudamiento externo, agravando la crisis de 1976.

A partir de 1978 se presentaron condiciones que permitieron cubrir las obligaciones de la deuda así como tener solvencia financiera, y gracias a los crecientes ingresos provenientes de exportaciones petroleras aumentó el flujo de importaciones para abastecer al mercado interno. En estas circunstancias, persistió una óptica positiva respecto a la viabilidad de proyectos paraestatales, y se buscó incentivar a la inversión privada incurriendo en financiamiento externo. Sin embargo, la caída de los precios internacionales del petróleo afectó el déficit comercial y fiscal. En esta etapa (finales de los años setenta y principios de la década de los ochenta) el Estado mexicano adoptó los primeros lineamientos que conducirán al país hacia una política de liberalización comercial instruida de mutuo acuerdo con el FMI. Adicionalmente, los organismos financieros internacionales, el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), impusieron otros mecanismos de ajuste como: contracción del gasto público, límites a la circulación monetaria, aumento de las tasas de interés, devaluación de la moneda y bajas de los salarios. Por lo que, a pesar del llamado “boom petrolero” y de tener altas tasas de crecimiento del producto interno bruto (PIB), es posible marcar el inicio del fin del memorable Estado del bienestar en México.

Para la economía mexicana el inicio de la década de los años ochenta fue crucial. Estados Unidos enfrentaba una recesión y para combatir las presiones inflacionarias fueron aplicadas políticas restrictivas elevando las tasas de interés alrededor de 20%. Por otro lado, hubo un exceso de oferta de hidrocarburos, lo que originó a una caída en los precios, y el mundo vivió un debilitamiento del mercado petrolero. Ante condiciones adversas, el Estado mexicano recurrió de nueva cuenta al financiamiento externo para cubrir así la caída en los ingresos por exportaciones petroleras, y el continuo aumento del déficit público, sin embargo, el costo para la economía mexicana fue enfrentar un grave desequilibrio financiero derivado del incremento de las tasas de interés externas y la fuerte depreciación cambiaria. Esto condujo a fuertes fugas de capital al presentarse discrepancias de percepción entre autoridades fiscales y monetarias, particularmente en torno a la depreciación monetaria y reducción del precio del petróleo cuya renta sustentaba la expansión económica.

El 1 de septiembre de 1982 la crisis llegaría a su momento culminante, se anunció la nacionalización de la banca y la adopción de un esquema de control cambiario, y en noviembre de ese mismo año el gobierno mexicano firmó una Carta de Intención con el FMI donde se comprometía a instrumentar una serie de “modernizaciones” de corte neoliberal.

A diferencia de la etapa de posguerra, este tipo de “modernización” implicaría el desplazamiento del Estado como dirigente y regulador del proceso económico, la liberalización de la economía a las reglas del mercado, el fin del proteccionismo y la sustitución de importaciones, la apertura de la economía mexicana al comercio internacional, y su integración a los circuitos de la globalización.

Siguiendo las bases neoliberales, de acuerdo con Cárdenas (2015)

algunas de las medidas implementadas entre 1982 y 1988 consistieron en reducir el gasto público en 5%, aumentar los precios de los bienes y servicios públicos, restricciones de endeudamiento y restricciones de liquidez nacional. Lo que se tradujo en menores salarios reales, desempleo, menor producción, inflación y una deuda externa que llegó a los 107,470 millones de dólares en 1987 (p. 656).

También, en 1985-1989

se inició un significativo cambio en las estrategias de los gobiernos con una importante presencia de las recomendaciones externas (Planes Baker y Brady) acerca de la política comercial, México inició la reducción de tarifas y la eliminación de barreras no arancelarias. No obstante, fue desde 1984 que las exportaciones empezaron a incrementarse, pero a lo largo de los años

subsecuentes éstas fueron crecientemente insuficientes para financiar la apertura comercial (Correa, 1998, p. 3).

A finales de 1987, México se veía notoriamente afectado por la devaluación, inflación, alzas en las tasas de interés y la crisis bursátil. El sector popular, sobre todo el obrero resentía fuertemente los ajustes, el Estado negociaba un emplazamiento a huelga que exigía aumento salarial. En este periodo, los recortes del gasto público impedían al Estado encargarse de las necesidades crecientes del medio urbano, mucho menos de las necesidades básicas del medio rural, y para 1989 el porcentaje de pobreza se elevó del 59% en 1984 a 64%. Entre las consecuencias más graves de este periodo podríamos mencionar la pérdida de calidad y eficiencia de los servicios públicos de salud, y desde luego el aumento en las tasas de morbilidad, la reaparición de algunas enfermedades que se creían desterradas, en especial en el área rural. Un escenario que hasta nuestros días no ha visto mejoras.

En este ámbito, el predominio de la ideología neoliberal por parte de los países desarrollados planteó una serie de recomendaciones y reformas con la finalidad de aminorar los efectos adversos de la “crisis de la deuda externa”, una alternativa al “agotamiento” del papel del Estado, un recetario de 10 reformas estructurales que con la orientación del FMI fue llamado el Consenso de Washington (CW).

1.3 Cambio de Régimen Económico y Social

Al final de la década de los años noventa, en el marco del Consenso de Washington (CW)⁶, bajo la tutela del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), se llevaron a cabo reformas a la ley de responsabilidad fiscal, obligando a las economías en desarrollo a mantener el equilibrio presupuestal, lo que terminó afectando el monto del gasto público.

Por un lado, se daba de manera acelerada una racha de privatizaciones de lo público rentable, que recortaba drásticamente el ingreso del gobierno y, por el otro, se iniciaba con la descentralización del presupuesto en los gobiernos federal y estatal. Esta restricción presupuestal obligada coronó a la política fiscal

⁶ El objetivo implícito del CW fue dar inicio a la privatización de las empresas públicas altamente rentables para delegar estas ganancias a las empresas privadas y reducir los espacios que ocupa el Estado en materia económica y financiera. Así, el mismo Estado aparece como quien desarraigó todos los vestigios del consenso keynesiano de la posguerra ganado a través de luchas sociales contra el liberalismo económico del siglo XIX. Es aquí donde radica la naturaleza del neoliberalismo, en la libre elección de los gobiernos del camino a la eterna esclavitud de la sociedad a los caprichos de la élite dominante.

en pro del ciclo económico, ya que al tener menores ingresos fiscales es inminente el recorte del gasto para mantener el presupuesto ‘en equilibrio’ (Correa, 2010, p. 208).

Es así como las imposiciones del modelo neoliberal han permanecido activas por más de tres décadas en la economía mexicana, y sus impulsores aún consideran la necesidad de seguir emprendiendo todo un paquete de reformas para incentivar al sistema de acumulación basado en incrementar las rentas financieras, más no en promover una política de crecimiento y desarrollo social.

El CW fue redactado con la idea de reformar las políticas de ajuste para hacer que, las economías latinoamericanas se insertaran en el mercado financiero internacional.⁷

La filosofía social y económica implícita en el Consenso no fue creada por Williamson. Estaba, por así decirlo, “en el aire”, una corriente intelectual e ideológica sólida de la época que enfatizaba la virtuosa combinación de la democracia política y los mercados libres. El artículo de Williamson se montó en una ola global que transformó la sabiduría convencional a favor de la economía de mercado libre, que incluyó el auge de la economía neoclásica y la revolución de las expectativas racionales entre los macroeconomistas académicos. No es coincidencia que la aparición en 1989 del Consenso de Washington confluyera con la caída del Muro de Berlín, que marcó simbólicamente el entierro de las economías planificadas centralmente (Birdsall et. al., 2010, p. 2).

Al respecto, Solorza (2017) comenta,

Tras la ruptura de los Acuerdos de Bretton Woods, el colapso de la convertibilidad del dólar en 1971 y de los tipos de cambio fijos en 1973, la flexibilidad de los tipos de cambio impulsó una mayor apertura de las economías y a la creciente interdependencia de las economías nacionales al interior del sistema mundial. En el caso de los países latinoamericanos la instauración del Consenso de Washington fue representativa, promovió la apertura de las economías a la libre movilidad de los flujos internacionales de capital, y las finanzas de ajuste de la cuenta de capital de la balanza de pagos. De esta forma la inestabilidad financiera se convirtió en una característica de los mercados financieros, tanto en países desarrollados como en países subdesarrollados, ocasionando la recurrencia de crisis monetarias, bancarias y financieras a lo largo de las últimas cuatro décadas. (p. 10)

⁷ Para continuar acrecentando la deuda en dólares, pues al ser la moneda hegemónica, obligaba a los países a participar en los flujos comerciales, posicionando a la economía norteamericana y a sus propios bancos como la principal arquitectura financiera internacional.

Con la desarticulación de las instituciones estatales encargadas de la normatividad económica se desató todo un proceso de desregulación, tarea que fue trasladada a las corporaciones y sobre todo a los agentes financieros privados. Además, con la apertura a las inversiones extranjeras, se procedió a retirar al estado de las decisiones económicas y productivas, dando paso a la iniciativa privada (preferentemente extranjera), bajo el argumento de la ineficiencia y corrupción imperante en el gobierno.

En este contexto, las políticas públicas del Estado del bienestar fueron sustituidas por políticas de ajuste estructural inspiradas en el modelo neoliberal asociado al CW impuesto con la ayuda del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), en aras de ligar a las economías nacionales y regionales a la dinámica de la globalización y de una nueva división internacional del trabajo. Estos organismos con sus políticas han promovido recurrentes devaluaciones de las monedas, reducción del déficit del sector público, desregulación y liberalización de los flujos de capital, y reorganización del mercado laboral.

En cuanto a los enfoques teóricos que han caracterizado al FMI y sus propuestas en materia de política económica, se pueden destacar las siguientes a lo largo del tiempo:

- a) Enfoque tradicional de la inflación y la estabilidad macroeconómica,
- b) Enfoque de la estabilización bajo la concepción monetaria de la balanza de pagos,
- c) Enfoque del ajuste o de las reformas estructurales.

La novedad de este nuevo enfoque de las reformas estructurales es que, no opera como ha sido la regla general, con una visión coyuntural o de corto plazo, sino que como su título lo indica, se trata de cambios en estructuras económicas que pretenden a mediano plazo apuntalar los procesos de crecimiento sostenibles y alcanzar los objetivos de estabilidad financiera (Lichtensztein, 2012, p. 15).

“En lo que concierne al pensamiento del Banco Mundial, su trayectoria teórica ha estado ligada al objetivo del crecimiento económico que ha sido el propósito fundamental y ha animado sus préstamos” (Lichtensztein, 2012, p. 17). Al respecto, Samuel Lichtensztein reconoce:

...los siguientes enfoques que en el curso del tiempo han caracterizado la gestión del Banco: un enfoque convencional del crecimiento, que integra las necesidades sociales básicas y un enfoque de crecimiento económico hacia afuera con reformas estructurales(...)

El alegato teórico del Banco fundamentaba que, la lucha contra la pobreza y la satisfacción de las necesidades básicas no era un resultado automático del crecimiento económico, dado que los beneficios de dicho crecimiento no llegaban a las grandes mayorías de las poblaciones de los países subdesarrollados. Por lo mismo, consideró que un mayor crecimiento debía crear los recursos necesarios para lograr una mayor protección social (Lichtensztein, 2012, p. 18).

Por su parte, Vidal (2013) comenta:

Las propuestas que resultan del denominado CW forman parte de las políticas a favor del capital financiero. En los años ochenta del siglo XX se produjo un sistemático fortalecimiento de los capitales que operan en los mercados de valores. Las renegociaciones de la deuda pública externa de los países desarrollados forman parte de este proceso: fortalecen la economía internacional de endeudamiento al igual que la titulación de algunas deudas (p. 42).

En conclusión, el libre mercado tomó las riendas tanto en el establecimiento de controles a los flujos monetarios, como del comercio de bienes, desplazando casi por completo la función estatal. Este nuevo modelo de capitalismo tomaría como eje completo a la teoría neoclásica, el *mainstream*. Su implementación fue promovida por la élite política (tecnócratas), financiera y económica de los EE.UU. hacia las economías subdesarrolladas, principalmente en Latinoamérica, para tratar de salvaguardar sus intereses en tiempos de desequilibrio económico.

1.4 Cambios en el capital, la producción y la contratación laboral

En la economía capitalista global, la producción industrial se ha concentrado en lugares donde se asegura la rentabilidad del capital. Como resultado, el desarrollo industrial a lo largo de la historia ha llevado consigo la aparición del trabajo asalariado, la creciente especialización laboral en las fábricas y la formación progresiva de una división del trabajo a nivel regional e internacional.

A nivel global, esta transformación se manifiesta en la capacidad de dispersar geográficamente la producción de los mercados de consumo, facilitada por los avances tecnológicos de la época. Estos avances, como la automatización y robotización, no solo han aumentado significativamente las ganancias de las empresas al hacerlas más productivas, sino que también les han permitido abaratar la mano de obra.

De acuerdo con Fröbel et. al. (1978), con el cambio de régimen surgieron cambios para la expansión y acumulación de capital:

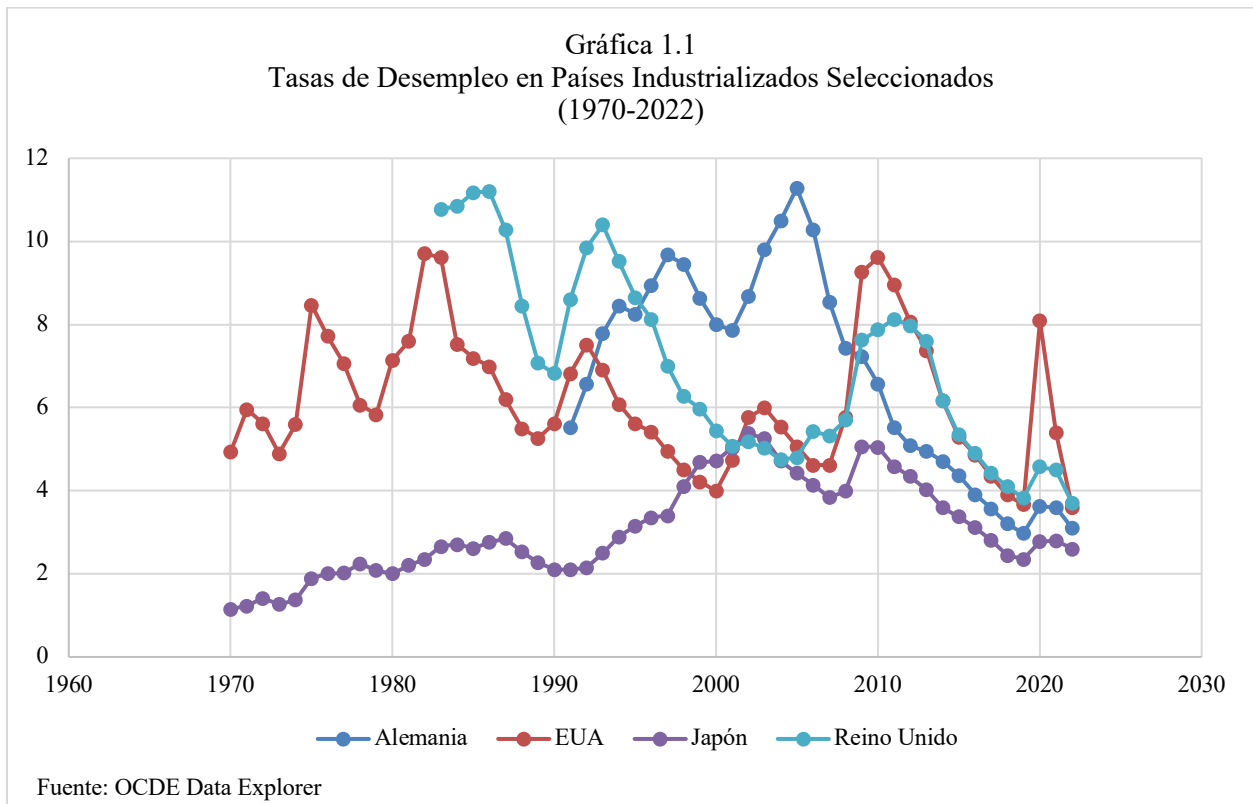
- La creación de una reserva global de mano de obra se logró mediante la eliminación de la pequeña agricultura de subsistencia, que tradicionalmente sustentaba a grandes segmentos de la población rural. De esta manera, el capital aseguró una reserva prácticamente inagotable de trabajadores potenciales en África, Asia y América Latina.
- Los avances en tecnología de transporte y comunicación jugaron un papel crucial. La tecnología permitió que la ubicación de las plantas industriales y el control de la producción fueran menos dependientes de la geografía. Esto resultó en la reducción de los costos de transporte y en una mayor fluidez en la organización entre las empresas matrices y sus filiales.
- Hubo un significativo desarrollo y refinamiento tecnológico y organizativo del trabajo. Este progreso permitió la descomposición de procesos de producción complejos.
- Estas tres condiciones posibilitaron la imposición de la empresa transnacional en diferentes regiones y la creación de un mercado laboral global que involucraba a países industrializados y naciones en desarrollo.

Al respecto, Gutiérrez (2006) comenta:

La influencia de la empresa transnacional se deja sentir, por medio de un sistema de relocalización geográfica de plantas subsidiarias, filiales y proveedoras que modifican el mapa socioeconómico de los países donde se instalan. Esta situación obliga a la reestructuración del capital, la producción y el trabajo de los países integrados a estas redes transnacionales y a una adaptación y reestructuración de sus economías, proceso que margina algunas regiones, ramas económicas y empresas caracterizadas por modos tradicionales de producción y organización del trabajo; en tanto que otras surgen y se desarrollan como nuevos polos que tienden a modificar la estructura socioeconómica regional (p. 13).

En las últimas cuatro décadas, hemos sido testigos de un cambio cualitativo en el proceso de producción a nivel mundial, impulsado por los avances de la revolución científico-tecnológica. La acumulación mundial, en su totalidad, adopta una forma específica que se manifiesta en lo que se conoce como la Nueva División Internacional del Trabajo. “La nueva división internacional del trabajo debe entenderse como un proceso en marcha y no como un resultado alcanzado. Además de que es parte de una creciente subdivisión del proceso de producción en varios procesos parciales, separados y localizados en distintos lugares de todo el mundo” (Fröbel et. al., 1978, p. 833).

La Nueva División Internacional del Trabajo puede ilustrarse a partir de la Gráfica 1.1, que muestra el alto desempleo que se desencadena a partir de la década de 1970 en los países industrializados, se observa que en este periodo se revierten la tendencia a la baja del desempleo de la posguerra. De igual forma se observa que se marcan tres tendencias en el comportamiento en la tasa de desempleo de los países desarrollados. Primero, alza sostenida del desempleo de 1970 a 1990. Segundo, una caída sostenida de 1990 a 2010 (excepto Japón) y finalmente, alzas abruptas en los periodos de crisis (crisis financiera internacional).



Retomando aquí a Braverman (1974/1998) sobre la división social de trabajo:

En el capitalismo, los productos de la división social del trabajo son intercambiados como mercancías, mientras que los resultados de la operación del obrero en articular no son intercambiados dentro de la fábrica, como acontece en el mercado, sino que son poseídos por el mismo capital. Mientras que la división social del trabajo subdivide a la sociedad, la división detallada del trabajo subdivide a los humanos, y mientras la subdivisión del individuo, cuando es realizada sin consideración para las capacidades y necesidades humanas, es un crimen contra la persona y la humanidad (p. 93).

Por este motivo, las habilidades y características productivas de los trabajadores se van adaptando según las exigencias del capital.

Respecto de la inserción de los países latinoamericanos a este proceso, Gutierrez Arriola (2001) explica:

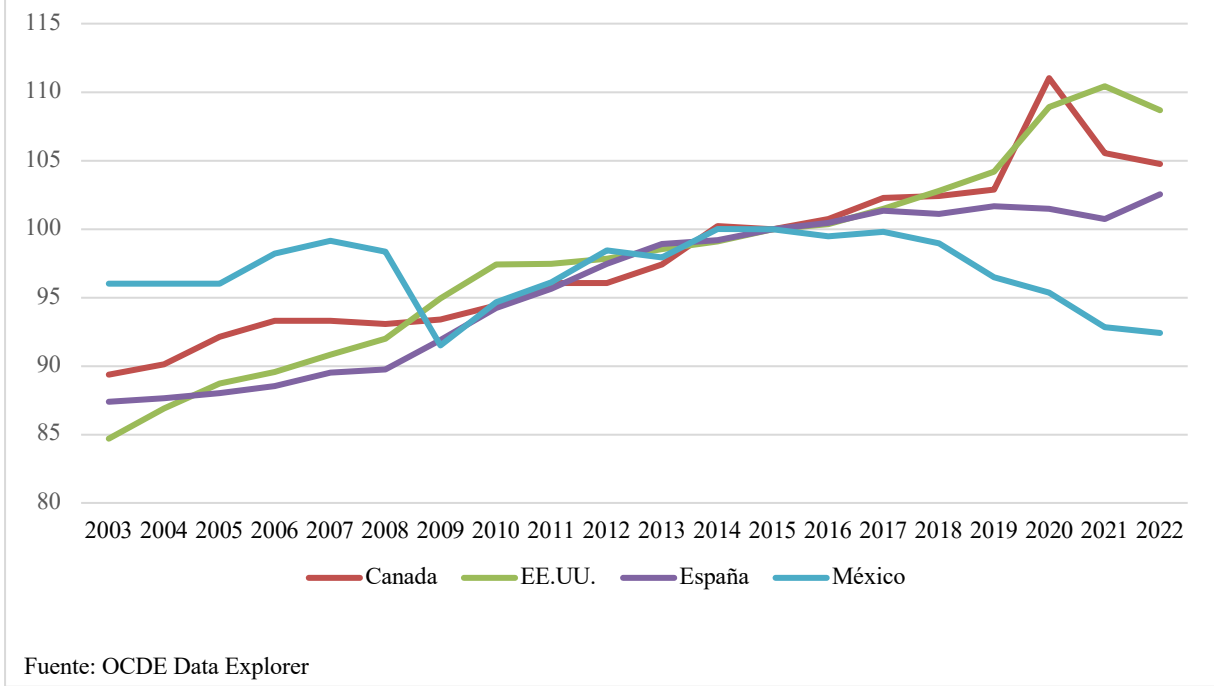
Durante las dos últimas décadas se pasa de un modelo de economía cerrada, a otro de economía abierta en el que priva el mercado y la competencia. Los estados nacionales, al adaptarse a la nueva situación reducen su papel como reguladores del desarrollo, cuya legitimidad se sustentaba en el pacto social entre las diferentes clases y capas sociales, para centrar su función como reguladores del equilibrio de las variables macroeconómicas, en el que el mercado externo y la libre circulación del capital constituyen los principales objetivos del crecimiento, para lo cual llevan a cabo políticas económicas de carácter estructural, como son las desregulaciones financiera y comercial, fomento a la inversión extranjera y privatización de sectores prioritarios para el desarrollo, antes considerados propiedad exclusiva del Estado. Este proceso se acelera con la integración de mercados y conformación de zonas de libre comercio (pág. 111).

En los últimos veinte años, la reorganización de la producción a nivel internacional ha generado cambios significativos en el panorama socioeconómico de América Latina. Estos cambios están directamente relacionados con el nivel de integración de cada región en el mercado global. Se observan transformaciones en sectores económicos y áreas geográficas; mientras algunos sectores entran en declive y son marginados, otros emergen y se desarrollan como nuevos centros, y es importante destacar que estos polos emergentes no siempre están ubicados en la misma región ni emplean a los mismos trabajadores que han sido desplazados.

De esta manera, las operaciones productivas que requieren una fuerza laboral altamente calificada se trasladan desde países donde solían contar con trabajadores especializados hacia regiones donde se puede encontrar mano de obra más económica. Esto explica la persistente tasa de desempleo en los países industrializados, resultado de la deslocalización de diversas operaciones productivas.

La deslocalización de la producción hacia países con una abundancia de trabajadores impulsa la acumulación de capital en las naciones industrializadas. Esto se evidencia especialmente en el desarrollo y producción de innovaciones, así como en la gestión global de la cadena de producción. Este fenómeno genera un aumento significativo en la productividad del trabajo, impulsado por los capitales que operan en esos países, como se observa en la gráfica 1.2.

Gráfica 1.2
Índice de productividad de algunos países industrializados y México
(2003-2022)



Cuando el proceso de trabajo se modifica y el capital requiere una fuerza laboral con habilidades productivas degradadas, sin una formación específica para aplicar su experiencia en el proceso laboral, se presenta la oportunidad de emplear una fuerza laboral que, antes del cambio tecnológico inducido por la automatización, no era solicitada debido a su subjetividad productiva degradada. Por otro lado, si la economía opera bajo el régimen financiarizado, los salarios estarán determinados por la estructura económica del país. Esto dependerá, de la distribución del ingreso, pero también se verá influenciado por otros factores, como la propensión al consumo de diferentes receptores de ingresos, la receptividad de los empresarios a cambios en las ventas o márgenes de ganancia, la sensibilidad de los exportadores e importadores a variaciones en costos, tasas de cambio y cambios en la demanda externa, así como el tamaño de los distintos componentes de la demanda agregada: consumo, inversión, gastos públicos y exportaciones netas.

De acuerdo con Lavoie y Stockhammer (2023):

Las últimas décadas han sido testigos de la caída de las participaciones salariales y una polarización de la distribución del ingreso personal en la mayoría de los países (pero no en todos). Los salarios medios y la remuneración laboral media no se han mantenido parejos con el crecimiento de la productividad. La distribución

funcional del ingreso ha cambiado a expensas del trabajo. En muchos países la distribución del ingreso personal también se ha vuelto más desigual, y los sueldos y los salarios mismos se han polarizado más, de tal manera que los salarios más elevados toman una proporción cada vez mayor de los ingresos ganados. Muchos indicadores muestran que la desigualdad de ingresos es peor que en cualquier otro momento del siglo xx. Al mismo tiempo, los procesos de crecimiento económico se han desequilibrado. Las crisis financieras se han vuelto más frecuentes; las deudas de los hogares han aumentado considerablemente; el sector de los hogares se ha transformado en un prestatario general, mientras que el sector empresarial se ha convertido en un prestamista mundial en los países anglosajones; los desequilibrios internacionales han aumentado, con algunos países que dependen excesivamente del crecimiento de las exportaciones (p. 218).

La economía mexicana específicamente, sigue una estrategia de crecimiento centrada en el libre mercado. Las políticas de apertura y desregulación son fundamentales en esta estrategia, con el objetivo de hacer atractivo el país para la inversión extranjera. En las últimas décadas, se han producido cambios socioeconómicos significativos que han tenido un impacto profundo en la estructura y composición social de México, afectando directamente al sistema de salud y seguridad social. Estos cambios son descritos a detalle por Gutierrez Arriola (2001) a continuación:

- a) En el territorio nacional ha ocurrido una redistribución de la población, vinculada estrechamente a los niveles socioeconómicos y condiciones geográficas predominantes. Aunque las ciudades principales como México, Guadalajara, Monterrey o Puebla siguen concentrando la mayor población, el proceso de poblamiento se dirige cada vez más hacia ciudades de tamaño medio, tanto en el centro como en el norte del país. Estas ciudades ofrecen mejores oportunidades de desarrollo, impulsadas por la expansión de la industria maquiladora y la formación de cadenas industriales basadas en nuevos sistemas de proveedores para grandes empresas exportadoras, ya sean nacionales o extranjeras, alterando las estructuras regionales preexistentes y los paisajes geográficos y demográficos del país.
- b) La reestructuración de la producción conlleva una recomposición del sector empresarial. Alrededor del 30% del sector pertenece a grandes y medianas empresas nacionales y extranjeras vinculadas al mercado internacional, con tecnología y financiamiento, concentrando a un sector estratégico de la fuerza laboral. El 70% restante comprende un grupo diverso de medianas, pequeñas y microempresas orientadas al mercado interno, enfrentando serias dificultades para su desarrollo y concentrando gran parte de la fuerza laboral caracterizada por salarios bajos, lo que contribuye a la creciente polarización de regiones y localidades, con el consiguiente aumento de la pobreza y la desigualdad social.
- c) Se observa un cambio en el perfil del trabajador mexicano debido a las transformaciones en la estructura socioeconómica del país y a los nuevos métodos de producción. Las grandes y medianas empresas demandan un

trabajador con habilidades específicas y, por otro lado, el 70% restante de pequeñas y medianas empresas, con limitaciones en recursos y tecnología, emplea a una fuerza laboral con salarios más bajos, contribuyendo a la diversificación del perfil laboral y acentuando la desigualdad social.

- d) Se está produciendo un cambio en el perfil del trabajador mexicano debido a las transformaciones en la estructura socioeconómica del país y a las nuevas modalidades y métodos de producción. Las grandes y medianas empresas demandan trabajadores más capacitados, aunque en menor cantidad. La empleabilidad formal y estable tiende a disminuir, mientras que se observa un aumento del empleo informal y eventual con salarios más bajos.
- e) Se evidencia un cambio en el perfil demográfico y epidemiológico de la población mexicana en relación con la calidad de vida y el trabajo. La tasa de crecimiento poblacional disminuyó de 3.35% en 1970 a 2.05% en 1995, con un aumento de la población de 48.2 millones a 91.2 millones. La tasa de fecundidad descendió a 2.6 hijos por mujer, y se estima que en el año 2000 la población alcanzó los 105.5 millones, con una esperanza de vida al nacer de 73 años. A pesar de estos cambios, se han incrementado las causas de enfermedad y mortalidad vinculadas estrechamente a las condiciones de desarrollo y pobreza en diversas zonas y ciudades (pp. 117-118).

Con estos cambios las instituciones de seguridad social se vieron en la necesidad de ajustarse a la transformación económica y social que las llevo a un constante proceso de austeridad sacrificando su eficiencia. En este contexto, era imprescindible llevar a cabo una reestructuración en el IMSS para adaptarse a las transformaciones impuestas bajo el nuevo régimen productivo.

1.5 Austeridad. Una política pública

La palabra austeridad⁸ hace referencia a sencillez, moderación y acatamiento riguroso de las normas morales por parte de una sociedad. Aceptaciones que están presentes cada vez que se recurre a la austeridad para justificar políticas públicas que impliquen recortes presupuestarios masivos y de revocación de derechos y servicios adquiridos. La doble connotación —ventaja y padecimiento— sirve para dar a estas políticas tintes de diplomacia y moralidad pública, y para preparar a la población para pasarla mal.

Podríamos asumir que el origen de la ideología y sustento de la austeridad se encuentra en la sociedad occidental de la Edad Media, con el surgimiento de los primeros bancos (que sólo recibían

⁸ Su origen es del latín *austeritas*, conformado por *austerus*, que significa “complejo o agrio” y el sufijo *itas*, que expresa “un don”; también es una palabra asociada al sufrimiento.

ahorros). De ahí que, desde sus inicios, la Iglesia católica haya jugado un papel preponderante en la lógica de la austeridad. Uno de los filósofos más representativos de la época fue San Agustín de Hipona, quien, a partir de su concepción de Estado bajo un modelo teocrático con influencia de la Iglesia, instituyó una forma para asegurar que las leyes terrenales se dicten con referencia a las leyes divinas. Lo cual, permite a la gente vivir en la ciudad de Dios. Como ciudadano de Roma, San Agustín de Hipona (354 d. C- 430 d. C) creía en la tradición de un Estado obligado por leyes, pero como humanista coincidía con Aristóteles y Platón en la idea de que el objetivo del Estado es facilitar a su pueblo a llevar una vida buena y virtuosa, en cuanto “una ley injusta no es ninguna ley en absoluto” (San Agustín de Hipona, Del Libro Albedrío, Libro 1, p. 5).

San Agustín no ahonda en la modalidad de cómo se producen los bienes, su discurso es más de carácter ético, por lo que no existe un rechazo a la posesión de bienes, siempre y cuando se haga un correcto uso de ellos. Más aún, la posesión de los bienes al parecer no es el centro del problema, sino el excesivo deseo de ellos, de aquí que se inicie con la idea del ahorro, de la escasez y, por ende, de la austeridad.

Otro representante del pensamiento económico escolástico fue Santo Tomás de Aquino (1225-1274), un pensador complejo e interesante cuyo objetivo era establecer criterios religiosos para juzgar la conducta económica, sus ideas sobre la austeridad tienen su origen en el significado de la usura y en la condena bíblica de la búsqueda del beneficio excesivo. De acuerdo con Landreth y Colander (2006):

Santo Tomás de Aquino se basaba en Platón cuando abogaba por la pobreza y la vida comunitaria como ideal para los que tenían un profundo compromiso religioso, porque la vida comunitaria les permitía dedicar la mayor parte de sus energías a las actividades religiosas, de igual forma, era partidario de la regulación de la propiedad privada por parte del Estado y aceptaba su distribución desigual (p. 35).

Otro personaje que destaca del medioevo es San Francisco de Asís (1181-1182), quien abandona su casa y sus ideales de ser caballero para dedicarse a la religión y a la actividad laboral durante el resto de su vida e impuso el trabajo manual a todos sus frailes y los exhortó para que vivieran del trabajo, y junto con el den buen ejemplo. Las propuestas de San Francisco de Asís surge en un contexto de auge del volumen de los negocios de los bancos que empezaban a estar a la vista de todos mediante prestamos con intereses usureros, es decir, era habitual que los campesinos,

artesanos y pequeños comerciantes que recurrían al crédito para superar obligaciones imprevistas o para hacer frente a la necesidad de bienes agrícolas fueran impuestos a pagar intereses muy altos. Para los franciscanos la pobreza es parte esencial de su identidad, como un ideal de vida mediante una “economía fraterna” basada en la austeridad. Su definición no significaba avaricia ni tacañería, sino la expresión del espíritu de pobreza, que reclama una vida sobria, donde la moderación y la sencillez deben ser la base para la existencia, era moderarse en el consumo y uso de artículos y aficiones que no son de estricta necesidad para sobrevivir con sencillez.

La austeridad no es sólo la opción personal de un estilo de vida sencillo sino que, es también un valor fundamental para preservar los demás valores de la vida franciscana; es su manera de rechazar un sistema que funciona a través de crear constantemente nuevos deseos para poder vender más.

Sin embargo, el significado de la palabra se ha modificado con rapidez ante nuestros ojos: la austeridad ya no es una elección, sino una obligación. Hoy en día se impone la austeridad a las entidades y comunidades autónomas, al gasto del Estado, a nuestra vida en general, a la educación, a la sanidad, a los subsidios y a la vida en general.

Para Alain Parguez, la austeridad “nació de la estructura misma del sistema capitalista” (2020, p. 2), de la simbiosis entre la clase capitalista y el Estado, pues de ello deriva que los gobernantes estatales, sean parte de la clase dominante. Dado que siempre se esfuerzan por permitir a la clase dominante exigir las ganancias a aquellos a los que dirige, ellos mismos deben disfrutar de una parte de esas ganancias solamente por su puro poder. Hace tiempo, Marx y Engels en su «Crítica a la Ideología Alemana», enfatizaron en que el capitalismo no puede gobernar y alcanzar su objetivo permanente sin el pleno apoyo del Estado. (Parguez, 2020)

En este sentido, Marx y Engels discuten acerca del origen del Estado y su estrecha relación con la propiedad privada. Que a su vez, se da por la separación entre la ciudad y el campo, pues con la ciudad surge la necesidad de la administración, la policía, el cobro de impuestos, y, desde luego, de la política en general. De igual forma, consideran que:

La separación de la ciudad y el campo puede concebirse como la disociación entre capital y propiedad sobre la tierra, como el comienzo de una existencia y de un desarrollo del capital independientes de la propiedad territorial, de una propiedad basada solamente en el trabajo y el intercambio (Marx y Engels 1970, p. 56).

Así mismo, con la expansión del comercio y la manufactura se incrementó la acumulación de capital, se originó la clase burguesa y se crearon los aranceles aduaneros como un recurso al alcance del Estado moderno para que el fisco obtuviera recursos. Eran los comerciantes y los armadores de barcos quienes por encima de los demás pugnaban por conseguir los monopolios y la protección del Estado.

El paulatino crecimiento de la clase burguesa se da con la expansión del comercio y el desarrollo de las comunicaciones entre ciudades. La burguesía, se escinde bajo la acción de la división del trabajo en diferentes fracciones para luego absorber otras clases con las que se había encontrado al nacer el proletariado, en la medida en que toda la propiedad se convierte en capital industrial o comercial.

De acuerdo con Marx y Engels (1932/1970), el siglo XVIII fue destacado por el desarrollo del comercio, el nacimiento del dinero, la aparición de los bancos, de la deuda pública, del papel moneda, de las especulaciones con acciones y valores y del desarrollo del sistema monetario en general.

La concentración del comercio y de la manufactura en un sólo país (Inglaterra) fue creando un relativo mercado mundial y dio origen a la gran industria con la maquinaria y la más extensa división del trabajo. La gran industria universalizó la competencia, creó los medios de comunicación, convirtió todo el capital en capital industrial y aceleró la circulación y la centralización de los capitales.

Con el capital moderno (industrial) se condiciona la propiedad privada pura, que despoja al Estado de toda influencia sobre el desarrollo de la propiedad. El Estado moderno es comprado por los propietarios privados

(...)y es entregado completamente a éstos por el sistema de la deuda pública y su existencia, como revela el alza y la baja de los valores del Estado en los mercados financieros, depende enteramente del crédito comercial que le conceden los propietarios privados, los burgueses. La burguesía, por ser ya una clase y no un simple *estamento*, se halla obligada a organizarse en un plano nacional y a dar a su interés medio una forma general (Marx y Engels 1970, p. 71).

El Estado cobra una existencia especial junto a la sociedad civil y al margen de ella; tan solo es la forma de organización que se dan los burgueses para la mutua garantía de su propiedad y de sus intereses. En la *Ideología Alemana*, se define al Estado como “forma bajo la que los individuos de una clase dominante hacen valer sus intereses comunes, y de esta definición se sigue que todas las

instituciones comunes tienen como mediador al Estado y adquieren a través de él una forma política” (Marx y Engels 1970, p. 72).

Parguez (2020) dice que en este punto de *la Ideología Alemana* (1932) “localizamos la raíz de una contradicción para los responsables políticos, pues ¿cómo estos podrían justificar su esclavitud (ante la clase capitalista) mientras conservan su legitimidad? Hay una única manera: tienen que convencer a la gente de que ‘no tienen otra opción’, esta es la raíz de esta ideología dominante. Es más, ellos mismos deben creer que están actuando por la felicidad de la sociedad. Pero ¿cuál es esta ideología que debe coincidir con el papel de esclavitud?” (p. 3), según Parguez (2020), “la corriente ortodoxa de la ciencia económica del cual son creadores, o fundadores: Karl Menger, León Walras, Irving Fisher, Friedrich Hayek y Milton Friedman” (p. 3).

Ahora bien, para Parguez (2020),

(...)uno de los aspectos fundamentales de una política de austeridad que consagra la ideología dominante es despojar al propio Estado de cualquier libertad de acción y elección. Esta acción significa que el Estado no tenga la menor capacidad de gastar en el futuro, razón por la cual, en el contexto de la teoría del circuito monetario, la austeridad con escasez absoluta coincida con la imposibilidad del Estado de financiar sus gastos mediante la creación de dinero libre de deudas a costo cero por parte de su banco central. De este modo, el Estado está obligado a financiar sus gastos mediante impuestos o préstamos solicitados al sector bancario capitalista privado (p. 4)

Otra respuesta se basa en suponer que

el déficit estructural neto cero no impide todo tipo de gastos estatales, solamente aquellos que no se ajustan a las leyes del mercado porque no proporcionan ganancias a la clase capitalista, y los expertos los consideran como una restricción a la libertad de elección y a la estrategia de la clase dominante (Parguez, 2020, p. 4).

En concordancia con Gary Dymksi (2013),

una característica clave del enfoque macroeconómico del Nuevo Consenso Macroeconómico⁹, fue la noción de que la política monetaria era una herramienta política suficiente para alcanzar y sostener a la política de estabilización. La justificación teórica de la política fiscal activista ya había sido socavada en la revolución de las Expectativas Racionales. Los artífices de los nuevos enfoques macroeconómicos (como Lucas y Sargent), atacaron la metodología del consenso keynesiano sin inocencia. La idea era revertir las conclusiones políticas keynesianas de que el estímulo a la demanda agregada podría aumentar la

⁹ Surgido en la década de los noventa.

producción y reducir el desempleo, y que las metas de empleo, producción e inflación deberían guiar conjuntamente la política monetaria. (...)

Las expectativas racionales demostraron ser solo la primera de numerosas innovaciones que transformaron los modelos macroeconómicos, para la teoría convencional un modelo debe ser una máquina eficiente: cuantas menos piezas móviles, mejor. La plétora de nuevos métodos en las décadas de 1970 y 1980, y terminos como: costos de transacción, asimetrías de información, expectativas racionales, dinámicas con horizontes de tiempo variables, choques tecnológicos, etc; hicieron retroceder a la macroeconomía en la dirección de la teoría del equilibrio (pp. 8-10).

1.5.1 Teóricos de la austeridad

Para definir a la austeridad debemos profundizar en las implicaciones teóricas de las reformas económicas y estructurales en las políticas públicas, así como su relación con la financiarización que se da por la necesidad del circuito monetario en el consumo para lograr la ganancia del capital financiero y así concretar la reproducción capitalista.

Es crucial también conocer cómo las políticas de austeridad han permitido no sólo el mantenimiento de las ganancias de los privados, sino su ampliación, causando daños irreversibles en la reproducción social. Así es como la austeridad ha profundizado las desigualdades económicas en los países subdesarrollados.

De acuerdo con la definición de Alain Parguez (2020, p. 2):

La austeridad es un conjunto de políticas estatales que apuntan a un único propósito primordial: hacer cumplir la esclavitud permanente de la sociedad en su conjunto a las llamadas ‘leyes eternas fundamentales del mercado’. Tal esclavitud esconde la voluntad permanente e indomable de los gobernantes de abolir todos los obstáculos posibles a los objetivos o deseos fundamentales a largo plazo de la clase capitalista gobernante.

Aquí radica la naturaleza esencial de la ideología ‘neoliberal moderna’: la libre elección por parte de los gobernantes, los responsables políticos del camino de la eterna servidumbre de la sociedad a los caprichos de una clase dominante.

Con la austeridad, el capitalismo transformador evidencia la esclavitud de la sociedad y el desplazamiento del papel del Estado como ente estabilizador, abandonando su poder monetario y transformándolo en un agente autoritario y controlador al servicio del capital. Así, el Estado ahora es eliminado como moderador económico, deja de ser partidario en el proceso de acumulación de capital, y su lugar ahora lo ocupan los bancos (Parguez, 2013, p. 3).

Para Myra Strober (2015), la austeridad económica se define como

una disminución en el gasto del gobierno para reducir los déficits públicos. La política es recetada por los que creen en ella, incluso cuando el resultado es una gran cantidad de dolor, aun cuando se traduce en una mayor pérdida de empleos y disminución en el crecimiento económico. (...) La palabra austeridad evoca el sufrimiento, la gravedad, la amargura, la dureza, la abnegación y la escasez. En su sentido económico, está diseñada para transmitir la necesidad de que los habitantes de un país que tomen la medicina amarga para curar la enfermedad de su economía, es decir, para curar la recesión que causó la disminución de los ingresos fiscales, y por lo tanto el mayor déficit (p. 135).

Mark Blyth (2013) define la austeridad como

una forma de deflación voluntaria en la cual la economía se ajusta mediante la reducción de los salarios, los precios y el gasto público para restablecer la competitividad, que se logra mejor recortando el presupuesto, las deudas y los déficits del Estado. Al hacerlo, sus defensores creen que inspirarán ‘confianza empresarial’, el gobierno no desplazará al mercado de inversión al absorber todo el capital disponible a través de la emisión de deuda o, aumentándola en las naciones donde ya es demasiado grande (pp. 2-4).

El autor piensa que es una idea peligrosa pues “la austeridad claramente no funciona; si funcionara significaría reducir la deuda y promover el crecimiento” (Blyth, 2013, pp. 2-4).

El origen de la austeridad para Blyth (2013) se remonta a los padres fundadores del liberalismo: Locke¹⁰, Hume y Adam Smith¹¹, pero que sólo cobra razón tras el desarrollo del Estado.

La importancia que tienen estos tres pensadores del liberalismo primitivo en la génesis y el mantenimiento de las políticas de austeridad estriba en una actitud que los tres comparten y que Blyth define con la fórmula de: «no podemos vivir con él ni sin él ni queremos sufragar sus costes» (una fórmula que explica cómo se concibe el problema del estado en el pensamiento liberal) (p. 542).

Con el pensamiento liberal aparecen dos modelos económicos: el neoliberalismo, que rechaza todo intervencionismo estatal, y el ordo liberalismo, que recurre a la intervención tecnocrática del Estado para poder sanear las cuentas garantizando la competitividad privada. Un resumen de estos

¹⁰ “Locke en favor de la instauración de la propiedad privada y en defensa de la teoría del estado que se deriva de esta primera premisa” (Blyth, 2013, p. 541).

¹¹ “David Hume y Adam Smith, señalando al mismo tiempo que tanto las ideas que Hume habrá de desarrollar acerca del dinero y los comerciantes como los planteamientos que dará en sostener Smith acerca del crecimiento y los impuestos acabarán conduciéndoles a ambos a propugnar la idea de que el gobierno es una institución hondamente problemática, debido, entre otras cosas, a las deudas que este tiende a contraer” (Blyth, 2013, p. 542).

modelos la proporcionan los teóricos ortodoxos Alberto Alesina, Carlo Favero y Francesco Giavazzi, con el concepto de “austeridad expansiva”.

Alesina et al. (2020, pp. 17-19) responden al porqué de la austeridad, mediante el argumento de que,

si los gobiernos mantuviesen disciplina fiscal de manera constante, las políticas de austeridad no serían necesarias, esto se debe a que acumulan deuda en tiempos de bajo o nulo crecimiento, lo cual, no se compensa en tiempos de auge y crecimiento. La combinación de deuda elevada y un crecimiento reducido termina derivando en una crisis de deuda, porque los inversores acaban perdiendo su confianza en la capacidad del gobierno para pagar sus obligaciones. Es aquí cuando se activan las políticas de austeridad como un intento de tomar medidas que ayuden a restaurar la confianza de los mercados en la solvencia de la administración pública. Así, gracias a los errores de políticas pasadas, es que se implementan las políticas de austeridad, se podría asumir que la austeridad es ante todo la respuesta a la mala previsión fiscal y al desarrollo de un gasto mayor a los ingresos disponibles.

Los autores, también consideran que la austeridad puede ser expansiva cuando

Está acompañada de un crecimiento de la producción por encima del promedio observado. Por lo que, la austeridad y el crecimiento son compatibles. Esto ocurre cuando las reducciones del gasto público se acompañan de otros aumentos en la demanda agregada (consumo privado, inversión privada y exportaciones), de modo que se compense con la reducción en el gasto del gobierno. Entonces, la austeridad expansiva implica que “en ciertos casos, el costo directo sobre la producción derivado de los recortes en el gasto se compensa en términos netos con los aumentos de otros componentes de la demanda agregada” (Alesina et. al., 2020, pp. 27-28).

En resumen, podemos decir que la teoría de Alesina et. al. se apoya en dos conceptos interesantes:

1. Un déficit persistente lleva a empresas y consumidores a prever impuestos más altos y reducir por tanto la inversión y el consumo. Por otro lado, una gasto menor, indica bajas de impuestos próximas, lo que estimula la inversión y el consumo.
2. El supuesto de que un aumento de la deuda pública lleva a los inversores a temer un impago. Esta presunción ejerce presión sobre la tasa de interés de los títulos públicos, lo que aumenta el monto total del crédito.

La austeridad, al frenar el crecimiento de la deuda, puede provocar una “reducción considerable” de la tasa de interés para permitir un alza en la inversión. Sin embargo, este argumento no debe tomarse como regla general, ya que al contar con un banco central emisor de moneda propia, el gobierno puede llevar los tipos de interés a cualquier nivel solicitando al banco central que cree dinero. En este caso, la caída en la tasa de interés no será resultado de la austeridad, sino de la expansión monetaria.

De esto deriva una crítica de Robert Skidelsky (2019) hacia la teoría de Alesina et. al., con la siguiente frase: “La macroeconomía moderna destaca el hecho de que las decisiones de la gente respecto de qué hacer hoy dependen en parte de lo que esperan que pase mañana”. Para Skidelsky (2019), Keynes entendía la importancia crucial de las expectativas: John Hicks le atribuye el haber introducido el “método de las expectativas” en economía. Pero Keynes tenía una idea de las expectativas muy diferente a la de Alesina et. al. Para Keynes, los inversores no forman sus expectativas mirando el déficit fiscal y calculando el efecto que tendrá en sus impuestos futuros.

De hecho, apenas le prestan atención al déficit (Skidelsky, 2019).

Los empresarios a lo que sí le prestan atención es al tamaño de los mercados. Para Keynes, las decisiones de contratación de los empresarios dependen de sus expectativas de ingresos. Una desaceleración económica reduce las ventas esperadas, a lo que los empresarios responden despidiendo trabajadores. Si encima hay un recorte del gasto público, las expectativas de venta se reducen todavía más, de modo que habrá más despidos y eso profundizará la recesión. A la inversa, un aumento del gasto público, o un recorte de impuestos aumentan las expectativas de ventas y revierten la desaceleración (Skidelsky, 2019).

Por ejemplo,

una caída de la demanda de automóviles reduce su venta y la cantidad de trabajadores empleados en su fabricación. Pero, si el gobierno aumenta el gasto en obras públicas, eso no sólo incrementará la contratación de trabajadores directamente, sino también la demanda de automóviles, con lo que la economía crecerá más que el gasto público, y eso reducirá el déficit (Skidelsky, 2019).

De modo que, de acuerdo con la conclusión de Skidelsky (2019) hay dos teorías opuestas respecto de cual es la política fiscal adecuada en una desaceleración:

- Según Keynes, anunciar una reducción del gasto público transmite a los empresarios la señal de que sus ingresos disminuirán porque habrá menos venta de sus bienes y servicios.

- Según Alesina et. al., esa misma medida transmite a los empresarios la señal de que pueden esperar menos impuestos mañana, de modo que invertirán más hoy.

En línea con lo anterior, en su libro *Money and Government*, Skidelsky explica a detalle la teoría económica de la austeridad, dice que por lo general el sector privado quiere ahorrar más de lo que quiere invertir.

En la medida en que esto genere un exceso de demanda de bonos, el exceso de ahorro del sector privado se reflejará exactamente en un aumento del “desahorro” del sector público; más familiarmente, en un aumento del déficit presupuestario. Si el gobierno ahora trata de aumentar su propio ahorro recortando su gasto, el resultado será una caída en el ingreso y la producción nacionales hasta que el exceso de ahorro sobre la inversión sea eliminado por el creciente empobrecimiento de la comunidad (Skidelsky, 2018, p. 229).

Se puede hacer un argumento idéntico en términos de producción e ingreso. Si la producción cae por debajo de la tendencia, hay una “brecha de producción”: la economía está produciendo menos de lo que podría, y hay capacidad disponible de plantas y trabajadores. Si hay una brecha de producción, un aumento en la inversión del gobierno financiada con préstamos causará un aumento multiplicado en la producción. De la misma manera, una reducción del déficit (consolidación fiscal) haría que la brecha del producto creciera: la capacidad disponible aumentaría en un múltiplo de la reducción (Skidelsky, 2018).

De igual forma, otros autores evidencian que el curso de los hechos económicos con base en la austeridad han sido distintos. La lectura que la economía ortodoxa propone sobre el proceso de crisis es que es una consecuencia de una gestión pública inadecuada y de excesos en el gasto por parte de algunos países desarrollados. En el periodo previo al estallido de la crisis financiera internacional de 2007, se dieron varios hechos que caracterizan el modo de crecimiento de las economías desarrolladas: incremento del crédito a los hogares (para la adquisición de bienes inmuebles y el consumo en general) y las empresas, lo que originó una notable expansión de los mercados internacionales de capital. Posterior a la quiebra de Lehman Brothers, el Fondo Monetario Internacional (FMI) sostuvo que para enfrentar la crisis debería asegurarse la liquidez del sistema bancario, se destacó la necesidad de recapitalizar a un conjunto de instituciones financieras con recursos públicos (Vidal, 2013).

Al ver que conforme avanza el tiempo la debilidad económica es mayor, surge el dogma de las “finanzas sanas”, que impone la tesis del necesario ajuste fiscal que se aplicó a nivel global (centro

y periferia). Empero, esta recomendación del FMI solamente agravó los problemas, puesto que la aplicación de políticas de austeridad no resolvió la crisis, sino que sólo impulsaron la economía hacia la depresión, pues hubo una poca recuperación del crédito con tasas de interés cercanas a cero y hubo un incremento del desempleo.

Las “finanzas sanas” es la mejor forma de explicar la austeridad, reducir el gasto para ahorrar implica una caída en la actividad económica, lo que origina una recesión y una deflación de los activos que se ve compensado por el traspaso de las ganancias y los ahorros obtenidos del proceso de acumulación de capital transferidos a los mercados financieros. Por otro lado, la disminución de empleos públicos y la poca inversión en infraestructura básica como caminos, escuelas y hospitales con el objetivo de ahorrar, solo profundiza más la desigualdad y merma el desarrollo económico (Girón, 2020, p. 60).

Además de reducir drásticamente el déficit en el sector público, los recortes en el gasto público se utilizan también para trasladar recursos y actividad del sector público al privado, para disminuir demanda agregada y frenar la inflación. De acuerdo con Benería (1999):

Con la austeridad se reducen o eliminan servicios y subsidios gubernamentales, como en educación, salud y otros sectores, que contribuyen al salario social, particularmente de grupos de bajos ingresos. Otro aspecto de la reducción del papel del gobierno en la economía es el proceso de privatización de empresas públicas. A pesar de que la privatización podría cumplir la importante función de reducir el déficit y la eliminación de actividades ineficientes e incluso corruptas en el sector público, también ha jugado un papel importante en la imposición del mercado sobre los criterios de bienestar y desarrollo humano en el funcionamiento de la economía (p. 2).

Además, desde la perspectiva de la economía feminista se ha escrito que

las políticas de austeridad, especialmente en los países que han estado o están implementando paquetes y planes de consolidación fiscal, conllevan efectos recesivos que han contribuido al deterioro en el sector servicios a través de su impacto directo en el empleo del sector público. Estas políticas también son responsables de congelamientos y reducciones salariales en el sector público, recortes en el gasto social y reformas del estado de bienestar que tienen diferentes implicaciones para mujeres y hombres. Dado que el sector público y las transferencias y servicios sociales han sido clave para la integración económica y el acceso de las mujeres a un empleo protegido y de calidad desde la Segunda Guerra Mundial, la austeridad representa un gran desafío para la igualdad de género (Karamessini, 2013, p. 3).

Y en palabras de Girón (2020): “la austeridad ha profundizado las desigualdades económicas y sociales, sobre todo en los países en desarrollo (entre ellos México), mientras que en las naciones desarrolladas estas políticas no han tenido profundidad y han sido menos recurrentes durante los últimos 40 años” (p. 60).

Las políticas económicas y programas sociales en México desde la década de los noventa han sido prácticamente de carácter neoliberal y se han basado en tres puntos medulares:

- a) Minimizar la regulación del Estado en la economía;
- b) La apertura de la economía nacional a la competencia con el exterior, y
- c) Liberalización financiera y de los flujos de capitales.

Estos tres ejes corresponden a los tres principales instrumentos de política: finanzas públicas, crédito y moneda, y relaciones comerciales con el exterior. Para fines de este trabajo nos enfocaremos en el papel del Estado.

Entonces,

la búsqueda de la reducción del Estado en la economía se persigue por tres razones fundamentales:

Primero, porque los tecnócratas en el poder tienen profunda confianza en los mecanismos del mercado y creen en la necesidad de reducir el papel del Estado en la economía.

Segundo, porque en el contexto de la austeridad presupuestal que respeta la lógica del modelo de acumulación por el tributo, el Estado mexicano no dispone de los medios para hacer frente a todas las inversiones públicas necesarias. En esta perspectiva, el gobierno preferiría ceder espacios al sector privado y concentrarse en actividades que ha ejercido tradicionalmente: educación, salud, vivienda etcétera.

Finalmente, la privatización permitiría al Estado la obtención de ingresos suplementarios lo que facilitaría el “saneamiento” de las finanzas (Guillén-Romo, 1992, p. 38).

Esto implica que, gracias a la expansión de la inversión privada, el Estado deje en el abandono a la sociedad para que subsista con sus propios medios, por ejemplo, en el caso de la salud esto significa que quien tiene los recursos podrá recibir la atención médica cuando lo necesite.

En relación con lo anterior, Correa (2020) comenta,

Se trata de una estrategia deliberada que transfiere el poder económico y político del crédito a los mercados financieros, especialmente a los grandes conglomerados globales; despoja a los gobiernos de su capacidad crediticia y con ello de la posibilidad de ejecutar políticas contracíclicas y políticas sociales, y de planeación; va reduciendo la capacidad institucional de gestión de los diversos intereses, incluyendo partidos políticos, estructuras gubernamentales, moneda, ejército y policía; configura una ideología muy convincente que permea a toda la sociedad; y, oculta a los verdaderos responsables y la enorme regresión en la distribución del ingreso (p. 12).

Uno de los autores que más ha pretendido darle una apariencia científica al dogma de las finanzas sanas es Hayek:

en un país democrático, una decisión racional y responsable sobre el volumen del gasto público implica que los electores no pierdan de vista que hay que pagar por el gasto decidido. Desde el momento en que los que aprueban el gasto no saben que van a tener que pagar, resulta que el gasto no se mide con respecto a los recursos disponibles. Sin embargo, los recursos deben ser encontrados para hacer a un gasto decidido, lo que a juicio de Hayek origina un sistema que incita a decidir grandes presupuestos sujetos a desperdicios. (...)

Según Hayek, el único modo de decidir de manera racional el volumen de los gastos públicos es adoptar un principio según el cual cada elector sabe que debe contribuir a cualquier gasto aprobado mediante una regla predeterminada. Para Hayek, hay que evitar la transformación del orden espontáneo, gracias al cual la sociedad atiende necesidades variadas de los individuos, en una organización que sólo tiene un conjunto limitado de objetivos escogidos por la mayoría y cada vez más por la burocracia en las manos de quien se ha colocado la gestión de los recursos movilizados. Así, en esta perspectiva, el déficit presupuestal sería el soporte de un Estado burocrático que gasta por encima de sus recursos provocando la inflación (Guillen-Romo, 1992, pp. 34-35).

Por lo cual, Hayek considera que:

la seguridad social representa un privilegio que no podría otorgarse a todos, y podría otorgarse a algunos sólo a expensas de empeorar las perspectivas de otros. Cuando los medios necesarios para este propósito son recaudados por los impuestos generales, incluso produce el efecto no deseado de aumentar la desigualdad —más allá del nivel que es la condición necesaria para el funcionamiento del orden del mercado— porque, a diferencia del empleador que hace pagos diferidos a manera de prestación en el caso de las pensiones para los ancianos, discapacitados o dependientes sean como parte del contrato de servicio o por un seguro voluntario u obligatorio, no habría una reducción correspondiente a la remuneración que se recibe mientras se prestan los servicios de mayor precio, y se obtendrá el resultado de que el pago continuo de este

mayor ingreso con fondos públicos, después de que hayan cesado los servicios, constituirá una adición neta a los mayores ingresos que se ha ganado en el mercado (Hayek, 1978, p. 55).

De acuerdo con Correa y Girón (2017):

La austeridad ha permeado las políticas públicas a través de una reducción constante del gasto público cuyo impacto recae en los hogares. Al mismo tiempo, la austeridad responde al proceso de financiarización donde los inversionistas institucionales han obtenido altas tasas de rentabilidad. La financiarización es parte de un proceso que ha transitado a través de las instituciones públicas y las empresas privadas. Han venido a penetrar el entorno familiar y, a su vez, al Estado mediante sus políticas públicas en el ejercicio del poder patriarcal para satisfacer los intereses de un régimen de acumulación financiera (p. 101).

Para Solorza (2021):

Institucionalmente (por la corriente principal), el gobierno se concibe como una empresa comercial, o incluso se le compara con un hogar que no debe operar por encima de sus propios medios, ni gastar más que los ingresos provenientes de los ingresos tributarios. Por lo tanto, el presupuesto público se maneja bajo la perspectiva capitalista de obtener retornos financieros costo-beneficio, de modo que el gasto de capital en el futuro produzca ingresos públicos por encima de la compensación y evite caer en una posición financiera inestable. La realidad muestra la naturaleza contradictoria de estos argumentos. El gasto de capital puede ser totalmente autofinanciable, el volumen o tamaño de la deuda no representaría ningún problema si los recursos fueran utilizados sabiamente para la inversión, y las dificultades presupuestarias no aumentarían (p. 205).

La tesis desarrollada en *El Mito Del Déficit* por Stephanie Kelton sostiene que los déficits públicos son buenos y resolutivos y que la ideología de perseguir el equilibrio presupuestario es errónea. Al contrario, afirma la autora que se debería utilizar la esperanzadora posibilidad del dinero público para equilibrar la economía y que “la prosperidad sea ampliamente compartida, en lugar de estar concentrada en un número cada vez más reducido de manos” (Kelton, 2021, p. 9).

De acuerdo con la economía neoclásica, las familias y empresas son quienes deben financiar el gasto público porque el Estado no tiene dinero propio. La Teoría Monetaria Moderna, según Kelton, modifica radicalmente esta perspectiva. La distinción fundamental deriva de que el Gobierno Federal no se parece en nada a un hogar o a un negocio privado, sino que “tiene el poder de emitir dólares estadounidenses. No necesita ir a buscar dólares en otra parte antes de poder

gastárselo. El resto de nosotros, sí. El “Tío Sam” no puede quebrar nunca. El resto de nosotros, sí” (Kelton, 2021, p. 27).

Respecto a los Estados Unidos, Kelton hace referencia a cuando trabajó para el Senado Americano, y que “siempre, al surgir el tema de la seguridad social, o cuando alguien propone en el Congreso gastar más dinero en educación o en sanidad, se alzan voces de cómo debería sufragarse sin que repercuta en el déficit federal” (p. 13). Pero, esto nunca parece ser un impedimento al hablar de ampliar el presupuesto en defensa o de rescatar a los bancos, de aprobar grandes exenciones fiscales para los estadounidenses más ricos, incluso cuando esas medidas signifiquen aumentar el techo de la deuda.

1.5.2 Efectos de la austeridad en el sistema publico de salud

La drástica reducción del gasto público es responsable del raquítico crecimiento económico y del desgaste de las condiciones de vida de la población. Hay evidencia de que el gasto público es insuficiente para atender de manera adecuada las responsabilidades que tiene el Estado. Las averías y necesidades son muchas y de todo tipo, acumulando rezago social y económico como es en el caso del gasto en infraestructura, desarrollo social, salud y seguridad social.

Con el inicio de la crisis financiera, los políticos de las naciones con importantes sectores financieros, en particular EE.UU., el Reino Unido, Suecia y Alemania, tendieron a implementar grandes paquetes de estímulo. Estos se utilizaron para rescatar a los bancos, absorbiendo sus deudas en el balance del sector público.

Al mismo tiempo, la desaceleración económica provocaba la pérdida de puestos de trabajo y la caída de los ingresos, lo que a su vez ocasionó caídas en el consumo y los ingresos fiscales asociados. Estas fuerzas, cuando se combinaron con grandes paquetes de rescate para el sector financiero, generaron grandes aumentos en los déficits gubernamentales que desde luego aumentaron las deudas públicas nacionales.

Como sabemos, existen dos amplias opciones para lograr la reducción de la deuda: invertir para promover el crecimiento económico y así aumentar los ingresos del gobierno para el pago de la deuda, o reducir el gasto público para liberar ingresos para el pago de la deuda. En la teoría neoclásica, la reducción del déficit puede lograrse aumentando los impuestos o reduciendo el gasto, cuando se combinan estas actividades se denominan “consolidación fiscal”. En la práctica,

la mayoría de las políticas de reducción del déficit implicaron recortes presupuestarios en lugar de aumentos de impuestos. En consecuencia, se implementaron políticas de austeridad.

Si bien ahora existe una extensa literatura sobre la economía de la austeridad, poco se sabe sobre su impacto en la salud y el bienestar. Al momento de escribir esta investigación, han pasado más de tres décadas desde los experimentos iniciales con la austeridad.

Conceptualmente, la austeridad puede impactar en la salud a través de dos mecanismos:

- i. El “efecto de riesgo social” que conlleva el aumento del desempleo, la pobreza, la falta de vivienda y otros factores de riesgo socioeconómicos, mientras que a su vez se recortan los programas de protección social efectivos que mitigan sus riesgos para la salud; y
- ii. El “efecto asistencial” a través de recortes en los servicios de salud, mediante reducciones en la cobertura de salud y restricción del acceso a la atención (Stuckler, 2017, p. 1).

Las medidas de austeridad han buscado generar ahorros mediante la reducción del empleo en el sector público:

se puede esperar que las pérdidas de trabajo resultantes aumenten las tasas de depresión y suicidio. Tomando como referencia la evidencia del Reino Unido, el patrón regional de pérdidas de empleo se correlaciona con cambios en los suicidios; se observó un aumento del 20% en las regiones más afectadas por la austeridad, pero un descenso en Londres, donde se redujo el desempleo (Reves, 2013, p. 4).

También se ha impuesto la reducción del gasto social en los desempleados mediante el recorte de ayuda por desempleo, con medidas estrictas cuando un beneficiario no cumple con las condiciones estrictas como la evidencia de búsqueda activa de trabajo. De ello, se ha encontrado evidencia de que estas políticas aumentan los riesgos de hambre y depresión, y los estudios cuantitativos identifican que aumentan los riesgos de inseguridad alimentaria y falta de vivienda.

De igual forma, la falta de vivienda puede aumentar los riesgos de enfermedades infecciosas, inseguridad alimentaria, múltiples morbilidades y mortalidad prematura. Claramente, la necesidad de introducir medidas de austeridad ha sido utilizada como excusa por los gobiernos para no comprometerse con la población sin hogar, pues su exigencia ha contribuido al aumento de los

costos de la vivienda en gran parte de los países en desarrollo y por tanto a una carga cada vez mayor de personas sin acceso a un lugar propio.

Las áreas claves de la cobertura de salud y seguridad social, como quién está cubierto, para qué servicios y en qué medida, experimentaron cambios radicales en la mayoría de los países a raíz de la crisis financiera de 2008. Estos se centraron en gran medida en aumentar las tarifas hacia los usuarios, generando una mayor carga financiera para los pacientes, siendo esta la principal fuente de recaudación para el presupuesto en salud. Las medidas de austeridad, al parecer, también tuvieron impacto en el acceso a los servicios de salud (por la caída en el empleo formal), ampliando las brechas socioeconómicas ya existentes.

El caso de México no se encuentra aislado en cuanto a los efectos nocivos de la austeridad en su sector salud. Este también experimentó una reorganización institucional y disminución de gastos, desde la década de los ochenta. Si bien se dieron algunas iniciativas para lograr la cobertura en salubridad para la clase baja urbana y rural —como la creación del programa IMSS Coplamar—, también se dio inicio con la descentralización de los servicios de salud.

A pesar de estas iniciativas, el cambio en el régimen de acumulación trajo consigo el estancamiento y la disminución en los gastos totales para salud. Por ejemplo, los gastos totales en programas de salud bajaron de 9.1 billones en 1980 a 5.3 billones de pesos en 1987 (el peor año de la crisis). Igualmente, los recursos públicos dirigidos hacia proyectos de salud disminuyeron en 50% en términos reales entre 1982 y 1987 (Brachet-Márquez, 1993, p. 349).

Aunque todos los presupuestos de las dependencias de salud fueron dramáticamente recortados, las que atendían a los pobres fueron las que padecieron mayores reducciones: los gastos en el sector de seguridad social cayeron 41% entre 1980 y 1987, mientras que los gastos en atención médica para la población abierta disminuyeron 43% y la Secretaría de Salud recibió en 1987 sólo 52% de su presupuesto de 1981 (Brachet-Márquez, 1993, p. 349).

En el sector de seguridad social, las disminuciones en los gastos gubernamentales fueron parcialmente recuperadas por los aumentos en las contribuciones de los empleadores.

En el periodo de diez años que va de 1978 a 1988, el aporte gubernamental al presupuesto del IMSS cayó del 17% al 6 por ciento. La cuota de los empleadores creció de 62 a 72% y la de los empleados se mantuvo estable en 21 por ciento. En los servicios públicos, de salud pública, las cuotas de los usuarios aumentaron (Brachet-Márquez, 1993, p. 351).

De acuerdo con datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México ha sido uno de los países de la OCDE y de América Latina que menos invierte en salud. Desde la década de los noventa, el gasto público en salud ha promediado 2.5% del PIB (OCDE Health Statistics, 2017). Ello se ha traducido en una reducción en la planta de médicos y enfermeras, así como en camas hospitalarias por cada 10,000 personas como se expone más adelante.

Tan sólo para el año 2016, el país tuvo un gasto total en salud de 5.8% del PIB, inferior a los de varios países de América Latina (Brasil 6.2%, Chile 8.5%, Costa Rica 9.1%, Panamá 7%, Colombia 7.2%) y desde luego, por debajo de lo que invirtieron en promedio los países miembros de la OCDE (9.0%) y del promedio de los países de América Latina (7.4%). De ese gasto total en salud, la mitad es público y el resto privado (OCDE Health Statistics, 2017).

En la actualidad la seguridad social sólo cubre a cerca del 51% de la población (INEGI, 2020), por lo que podemos asumir que está incompleta y fragmentada. Las entidades de salud pública que la atienden, principalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), están desfinanciadas y por ende brindan atención de calidad desigual con marcadas diferencias regionales entre las entidades a quienes la proporcionan.

1.5 Financiarización de la política de seguridad social

La financiarización y la austeridad pueden alimentarse mutuamente en el sentido de que las presiones financieras pueden impulsar políticas de austeridad, y las políticas de austeridad pueden, a su vez, fomentar un entorno propicio para la financiarización de diversas áreas de la economía y los servicios públicos.

La influencia de la financiarización en la prestación de servicios es un fenómeno que ha reconfigurado sustancialmente la forma en que las sociedades gestionan y acceden a servicios esenciales. Este proceso se caracteriza por el creciente dominio del sector financiero en las actividades económicas y, por ende, en la manera en que se brindan y financian servicios públicos y privados. En el ámbito de la prestación de servicios, la financiarización ha introducido mecanismos más orientados al mercado y ha aumentado la dependencia de instrumentos financieros en la provisión y acceso a servicios clave, como la salud, la educación y la vivienda.

En el sector de la salud, por ejemplo, la financiarización se manifiesta a través de la creciente participación de actores financieros en la gestión y provisión de servicios médicos. Las instituciones financieras, a menudo, están involucradas en la administración de sistemas de seguros de salud y en la inversión en infraestructuras médicas. Esta tendencia puede afectar la equidad en el acceso a la atención médica, ya que la rentabilidad financiera a veces se prioriza sobre las necesidades de salud de la población.

La definición más popular es la propuesta por Gerald Epstein (2005, pág. 4), que dice que “la financiarización significa el papel creciente de los intereses financieros, los mercados financieros, los agentes financieros y las instituciones financieras en el funcionamiento de las economías nacionales e internacionales”. Sin embargo, existe una vasta literatura de enfoque heterodoxo, por ejemplo Palley (2007) define a la financiarización como “un proceso mediante el cual los mercados financieros, las instituciones financieras y las élites financieras ganan una mayor influencia sobre la política económica y los resultados económicos. La financiarización transforma el funcionamiento del sistema económico tanto a nivel macro como micro” (p. 2). Por otro lado, Lapavistas (2011) define la financiarización como “el producto de la transformación sistémica de la economía capitalista, de su viraje hacia el sistema financiero y la creación de nuevas fuentes de ganancias” (p. 75).

Sin embargo, la definición que se considera más adecuada a los fines de esta investigación es la que considera a la financiarización como un “régimen de acumulación dominado por lo financiero” (Chesnais, 2003, p. 39) donde el sistema financiero se colabora del Estado a través de la política pública, como argumenta Lapavistas (2016): “La financiarización se ha basado en la desregulación sistemática de los mercados laborales y del sistema financiero, ambas implementadas deliberadamente por el Estado. La financiarización habría sido impensable sin la intervención sistemática del Estado en la economía y esta ha ganado efectividad gracias al control ejercido sobre la moneda doméstica a través de las operaciones del banco central” (p. 226).

En este sentido, López (2021) comenta,

Para que el capitalismo de tipo financiero ascendiera al centro de la acumulación capitalista contemporánea fue indispensable que el Estado impulsara la desregulación, la privatización y el libre flujo de mercancías y de capitales. Las políticas fiscales y monetarias se transformaron en instrumentos que garantizan la rentabilidad del capital, llevando a los Estados dependientes a impulsar reformas que permitieran el acceso a los flujos provenientes del exterior...(p. 262)

Como sabemos, para que la financiarización se extendiera, era crucial liberalizar y desregular los mercados financieros, como sucedió con el colapso del sistema de Bretton Woods. Desde entonces, las finanzas también han reforzado todas las dimensiones de las disposiciones basadas en el mercado que se expandieron en línea con las políticas de austeridad, lo que llevó a la erosión de la educación pública, la atención médica pública y los sistemas de pensiones de reparto, fomentando su privatización (Lavinias, 2018).

Con la destitución del Estado de bienestar por el modelo neoliberal, hemos sido testigos de cambios significativos en el capitalismo, con los regímenes de acumulación en Occidente evolucionando desde sectores financieros controlados y regulados durante el fordismo hacia mercados cada vez más desregulados y liberalizados bajo el neoliberalismo. Estos cambios han tenido impactos notables en los sistemas de protección social, que han experimentado continuas oleadas de reestructuración, alterando periódicamente el papel del Estado y la esfera pública.

La colateralización de la política social se produce en medio del aumento de la prevalencia del capitalismo financiarizado, que ya no se limita a las economías avanzadas, sino que también afecta a países emergentes. La defensa de la inclusión financiera como expresión de la democratización financiera oscurece la remodificación de los derechos sociales que amenazan los fundamentos de los modelos clásicos de estado de bienestar, una realidad en algunos países y una promesa incumplida en otros (Lavinias, 2018).

Por otra parte, los resultados de la ola de privatizaciones del sistema de pensiones y la seguridad social quedaron muy por debajo de las expectativas: las reformas no lograron mejorar los índices de cobertura y los niveles de pobreza aumentaron. El Estado tuvo que implementar un nuevo modelo conocido como “transferencias monetarias condicionadas”. De acuerdo con Lena Lavinias (2014):

Las transferencias monetarias condicionadas a menudo se describen como productos originarios de América Latina. La historia de su aparición y de su extensión por toda la región comienza por lo general con los programas puestos en marcha en Brasil y México a finales de la década de 1990. Conceptualmente, podríamos ver en las transferencias monetarias condicionadas una confluencia de dos tipos de ideas: por un lado, la idea del «capital humano», y por el otro, la idea de la «focalización» de los gastos en materia de bienestar social.

En México, el primer esquema de transferencias monetarias condicionadas fue una iniciativa de arriba hacia abajo, diseñada e implementada por el gobierno federal.

Creado en 1997, Progresá –el Programa de Educación, Salud y Alimentación– era un programa nacional que combinaba la educación, la alimentación y la prestación sanitaria, y que estaba dirigido principalmente a las familias rurales pobres. Su arquitecto principal fue Santiago Levy, viceministro de Hacienda en el gobierno de Zedillo, quien propuso el esquema como un reemplazo monetario de los subsidios existentes en la leche, las tortillas y otros alimentos básicos. En lugar de estos subsidios, los beneficiarios recibirían una subvención mensual para alimentos básicos y una suma en efectivo, pero condicionado todo ello a la asistencia escolar de los niños. Una de las innovaciones de Progresá fue establecer una asignación mayor para las niñas, cuyo índice de ausentismo escolar era mayor que el de los niños, por ser a menudo requeridas para ayudar a sus madres con el trabajo doméstico. Una segunda novedad era que las asignaciones más elevadas se les pagaba a los niños en los grados escolares más altos, a modo de incentivo para aumentar los índices de matriculaciones en la educación secundaria. Progresá también difería de las anteriores en su atención al cuidado de la salud: además de la asistencia escolar, otra condición para recibir las subvenciones era las visitas familiares regulares a las clínicas con fines preventivos (en materia de atención prenatal y de nutrición infantil). Pero a pesar de esta aparente preocupación a largo plazo por el bienestar de la población, las actividades relacionadas con la salud no representaban más del 8 por 100 del presupuesto de Progresá en 1999. Si el Gobierno mexicano se hubiera comprometido con un enfoque global e integrado para la reducción de la pobreza, la asignación de una cuota tan baja del presupuesto a la asistencia sanitaria general (especialmente en ausencia de un sistema de prestación pública) podría haber sido visto como un descuido. Pero a la luz del ulterior desarrollo de estos programas en México y en otros lugares, debemos pensar que esta disparidad no fue casual (pp. 16-17).

La pregunta que se plantea es hasta qué punto los procesos de financiarización trabajarán en contra o complementarán las políticas sociales y, potencialmente, reconfigurarán el sistema de protección social. Estas preguntas surgen a medida que la lógica actuarial del seguro privado avanza y a medida que el crédito se convierte en un factor determinante para acceder a la seguridad social y ciertos bienes y servicios públicos, cuyo suministro está cada vez más mercantilizado debido a su origen en el sector privado (Lavinás, 2017).

Así, la interacción entre la financiarización, las políticas sociales y el sistema de protección social plantea interrogantes cruciales sobre el futuro de la distribución de recursos y la equidad social. Además, la tendencia hacia la mercantilización de servicios públicos originales pone de relieve la necesidad de un análisis profundo sobre cómo garantizar el acceso equitativo a estos servicios en un entorno cada vez más orientado al mercado. Abordar estas cuestiones requerirá un enfoque integral que reconozca tanto las oportunidades como los desafíos que plantea la financiarización en el ámbito de las políticas sociales y la protección social.

Capítulo 2

Creación del Sistema Nacional de Salud en México

Resumen

En este capítulo se revisa al sector nacional de salud en su conjunto con una perspectiva histórica desde su conformación hasta su condición actual, abarcando a las instituciones de seguridad social, la creación del seguro popular como un intento de alcanzar la universalidad en salud, y por último el crecimiento de la atención médica privada.

De igual forma, se estudian algunos cambios en la dinámica de atención en el sistema de salud, así como de la seguridad social en función de las políticas de austeridad y la financiarización que fungen como el principal obstáculo para la provisión de salud en el sector público. El primer apartado es la parte introductoria al capítulo, el segundo apartado se revisan los antecedentes del sistema público de salud que tuvo sus inicios con la Secretaría de Salud.

En el tercer apartado se tratan los orígenes de la salubridad tanto pública como privada, se describen los inicios de la seguridad social en México con la creación del IMSS, se revisan brevemente las modificaciones a la ley de seguridad social y los problemas financieros que ha enfrentado. Cabe recalcar que en este capítulo el análisis es introductorio e ilustrativo, esta institución, así como las diversas modificaciones y dificultades que ha experimentado desde su creación se tratarán a detalle en otros capítulos de esta tesis. Como parte del sistema público de salud, en el cuarto apartado se reseñan los inicios del ISSSTE, las diferentes adecuaciones a su ley incluyendo regímenes de jubilación y otras prestaciones, hasta su declive y grave crisis económica que aun persiste.

En el sexto apartado, se ahonda en la creación y desarrollo del seguro popular como intento de implementar un seguro universal en salud cuyos inicios se dan como un programa, para posterior descentralizarse y dejarse en manos de los gobiernos estatales con plena autonomía de administración, hasta su transformación en el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

Finalmente, el séptimo apartado se refiere al crecimiento de la atención médica privada por encima del registrado en el sector de salud pública debido, por un lado, al crecimiento de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM), que se promueven equivocadamente como una prestación a los trabajadores formales y una protección económica a los hogares, cuando la única protección que brindan es a los empleadores quienes utilizan la contratación de Seguros de Gastos Médicos

Mayores (SGMM) colectivos para poder pagar menos impuestos, evidenciando así la limitada acción del estado. Con ello, la utilización de los SGMM solo representa las ganancias millonarias que estos instrumentos puramente financieros han tenido en la última década gracias al pago de coaseguros y deducibles, sobre todo a raíz de la pandemia por la enfermedad COVID 19 por parte de las familias.

2.1 Introducción

El término salud es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sus principales determinantes son: la biología humana, el estilo de vida y el medio ambiente. Respecto a los determinantes sociales, Malagón-Londoño (2011) escribe,

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del ingreso, el poder, las fuerzas políticas, los recursos a escala mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas (p. 4).

Sin embargo, una definición más incluyente podría abogar por la conservación de la salud de la clase trabajadora, lo que dirige el término hacia temas como el ocio y el tiempo libre para preservar también la salud mental. Este concepto de salud involucra la idea de prevención, rehabilitación, bienestar y hace énfasis en los factores socioculturales, ambientales, económicos, políticos e individuales de la población.

En este sentido los temas de ocio, tiempo libre, calidad y estilo de vida, se han convertido en preocupaciones cuando se trata la problemática de la salud. Con base en la influencia del estilo de vida sobre la salud, es que se aborda la perspectiva del ocio y el tiempo libre como factores de interés en la promoción de la salud física y mental.

Es así como el ocio y la recreación se relacionan con el bienestar, ambos inherentes a la condición humana. Por lo que las vivencias y los valores de las experiencias de ocio, independiente de su condición socioeconómica, deben ser consideradas en la vida cotidiana de los trabajadores y no solamente como el tiempo libre al fin de la jornada laboral, o fines de semana, ni como vacaciones.

Por todo lo anterior, las sociedades necesitan de un sistema sanitario que administre y promueva la participación en protección, prevención y restauración de la salud, esta responsabilidad, como ya mencionamos, se le asigna al Estado, pues de él derivan los sistemas de salud pública.

Conforme a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), las principales funciones de la salud pública son:

1. Diagnóstico, evaluación, análisis y seguimiento de la situación de salud de la población.
2. Vigilancia, investigación, control de riesgos y daños en salud.
3. Promoción y prevención de la salud.
4. Participación ciudadana en la salud.
5. Desarrollo de políticas e instituciones para la gestión de salud pública.
6. Regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Reducción del impacto de las emergencias y desastres sanitarios.

De acuerdo con Malagón-Londoño (2011), la salud pública se basa en una relación entre lo biológico y lo social (persona y sociedad) y entre lo técnico y lo político, y está definida por lo poblacional, su más importante nivel de análisis, el cual, obligatoriamente, debe convocar múltiples disciplinas. Al respecto, el autor argumenta:

La historia del sistema de salud pública es importante y no debe pasarse por alto. Incluso un cambio pequeño en determinadas circunstancias puede provocar grandes desviaciones en el futuro. La historia de un sistema complejo evoluciona de forma permanente, vinculado a su contexto, y cambia si este es modificado. Los sistemas de salud interactúan y dejan información que retroalimentan entre sí o a otros subsistemas (Malagón-Londoño, 2011, p. 12).

2.2 Secretaría de Salud. Una aproximación al sistema nacional de salud (SNS)

La transición al capitalismo en México se dio a finales del siglo XIX, es decir, el avance notable en esta dirección correspondió al periodo del Porfiriato. Sin embargo, la idea de mantener la salubridad nació en México, al igual que en Europa, como consecuencia del crecimiento de las ciudades con actividades industriales y de servicios, de la concentración demográfica y de las comunicaciones comerciales. A inicios del siglo XX, el progreso científico alcanzado nada tenía que ver con las profundas diferencias sociales, la desigual distribución de la riqueza y el acceso a servicios de salud, circunstancias que no sólo provocaron el estallido de la Revolución mexicana en 1910, sino que dieron lugar al surgimiento de dos importantes demandas de seguridad social: atención a la salud de los obreros y la creación de leyes que reglamentaran las condiciones de trabajo y la seguridad de los trabajadores y sus familias.

El gobierno de México recibió préstamos por parte de empresarios de los EE.UU. y de algunos países europeos como Gran Bretaña y Francia para realizar obras sanitarias. En 1891 fue promulgado el primer Código Sanitario, reformado en 1894 y 1902. Dicho Código dio poder al Estado porfiriano para vigilar la higiene privada y pública, así como para actuar en puertos y fronteras a fin de evitar las epidemias.

Posterior a la Revolución Mexicana y con la promulgación de la Constitución Política de 1917 se creó el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General. No obstante, fue hasta los años treinta cuando se creó la Secretaría de Asistencia y los programas presidenciales de Abelardo L. Rodríguez (1932–1934), Lázaro Cárdenas (1934–1940) y Manuel Ávila Camacho (1940–1946) que se crearon las instituciones de seguridad social más importantes hasta el presente. El Sistema de Salud mexicano nace en 1943. La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) nace como una fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, a la par del IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.

Posteriormente se fundaron diversas instituciones, entre ellas el Instituto Nacional de Cardiología en 1944, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1946, el Instituto Nacional de Cancerología en 1950, el ISSSTE en 1960 y el Instituto Nacional de Neurología en 1964. La creación de estas nuevas entidades marcó el surgimiento de la primera generación de reformas en el sector de la salud, dirigidas a abordar las necesidades del desarrollo industrial al proporcionar

atención a la población trabajadora a través de los institutos de seguridad social. En 1947, la legislación sobre secretarías y departamentos estatales confirió a la SSA la autoridad para organizar, gestionar, supervisar y regular la provisión de servicios de salud, asistencia y beneficencia pública.

Hacia finales de los años sesenta, este enfoque alcanzó sus límites. El aumento en el volumen y la intensidad de la atención llevó a un incremento en los costos de los servicios, y a pesar de que el sistema original contaba con beneficios de universalidad, aún dejaba sin cobertura a muchas familias de bajos recursos. En la década de los setenta, se inició una segunda fase de reformas con el objetivo de establecer un sistema nacional de salud.

Hacia el final de la década de los sesenta, este enfoque alcanzó sus límites. El aumento en el volumen y la intensidad de la atención resultó en un incremento de los costos de los servicios, y a pesar de que el sistema original ofrecía beneficios universales, aún dejaba sin cobertura a muchas familias de bajos recursos. En los años setenta, emergió la segunda generación de reformas, con el propósito de establecer un sistema nacional de salud.

En 1977, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal estableció el Sector Salud como una agrupación administrativa de entidades paraestatales coordinadas por la SSA, con el objetivo de garantizar su funcionamiento y el control de las entidades encargadas de brindar servicios de salud. De esta manera, en 1979 se estableció el Programa IMSS-COPLAMAR (hoy IMSS-Bienestar), con enfoque en atender a la población rural.

Posteriormente, en 1983, se realizó una adición al artículo 4 de la Constitución Mexicana, publicada en el Diario Oficial de la Federación, que instruye la definición de los fundamentos y formas para acceder a los servicios de salud conforme a principios de universalidad, equidad y calidad. En otras palabras, se consagró el derecho a la salud y seguridad social como una garantía social.

En ese mismo año, se promulgó la ley General de Salud, esta legislación marcó el proceso de descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada, seguido de una modernización administrativa de la SSA, con el propósito de fortalecer y ampliar la distribución de responsabilidades y recursos a nivel estatal.

Con estas modificaciones, el sector salud quedó compuesto por todas las entidades e instituciones de la administración pública federal que llevaban a cabo funciones en el ámbito de la salud, siendo la SSA la entidad coordinadora.

2.3 El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Salud para los trabajadores formales

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) nace oficialmente el 19 de enero de 1943 e inició operaciones el 1 de enero de 1944, constituido por el Gobierno Federal y los sectores patronal y obrero, por decreto del presidente Manuel Ávila Camacho, a mes y medio de su conformación, sumaban 50 trabajadores inscritos. El 6 de abril de 1943 surge el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) se crea en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora nacional respecto de los derechos laborales y ciudadanos. Actualmente, el Instituto forma parte de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y, de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Su sindicato, se creó para garantizar los derechos laborales de la clase trabajadora nacional y quedó como el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), la primera sección sindical fue en Puebla.

En un principio, el IMSS sólo protegía al trabajador, pero a partir de 1949 los beneficios se extendieron a los familiares. En 1950 se inauguró el edificio central del Instituto y para 1952 se edificó una de las obras de mayor trascendencia: el primer centro hospitalario, conocido como La Raza; y en 1963 se inauguró el primer Centro Médico Nacional, actualmente conocido como *Centro Médico Siglo Nacional XXI*. Durante las décadas de los años 1960 y 1970 la institución buscó descentralizar la atención de alta especialidad y se empezaron a construir algunos centros hospitalarios en diversas regiones del país. Para 1973, el IMSS incluye en sus prestaciones el servicio de guarderías para hijos de madres trabajadoras y a finales de la década, en 1979 se crea el programa IMSS-Coplamar, hoy IMSS-Bienestar, dicho programa es financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el Instituto. Según datos del propio Instituto, para 2018 esta iniciativa da atención médica a casi 13 millones de mexicanos que viven en zonas rurales y comunidades indígenas en 28 estados del país.

Actualmente, el IMSS-Bienestar opera en 19 entidades de la República mexicana, otorgando servicios médicos a 12.3 millones de personas que viven en zonas rurales o urbanas marginadas, la mayor concentración de población derechohabiente está en el estado de Chiapas con una cobertura de 2 231 508 de personas, seguido de Oaxaca, Puebla y Michoacán con una cobertura

de 1 407 431, 1 255 376 y 1 234 976 personas respectivamente. Proporciona en sus unidades médicas servicios que comprenden primer¹² y segundo¹³ nivel de atención médica.

El IMSS, además de proporcionar servicios médicos y sociales a los trabajadores de empresas privadas y a sus propios trabajadores, desde su formación y hasta 1994, había sido la institución encargada del pago de pensiones y jubilaciones bajo el sistema de reparto. En 1995 surge la nueva Ley del Seguro Social, la cual promueve la creación de las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores, gestionadas por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), esta fue una reforma financiera que eliminó la visión social en el manejo de los recursos económicos y que fundó una nueva etapa: el lucro, a cargo del capital financiero. Ese mismo año se instituye también el Seguro de Salud para la Familia, con la finalidad de extender cobertura en salud a familiares directos de los trabajadores.

En 2004 se reformó la ley del IMSS para transformar al sistema de pensiones a cuentas individuales y dar una contribución definida para sus trabajadores, sumado a ello, esta reforma limitó la creación, contratación y sustitución de plazas laborales, sujetándolos a criterios de “productividad, eficiencia y calidad de servicio siempre y cuando se cuente con los recursos aprobados en su respectivo presupuesto” (DECRETO por el que se reforman y adicionan los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, 2004, artículo único). Este convenio contempla que, para financiar las nuevas contrataciones, todos los trabajadores tenían que aportar 7% de su salario.

Para 2008, el sistema de cuentas individuales también sería implementado para los trabajadores de esta institución, el acuerdo se dió en junio de ese año entre el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y el Gobierno Federal. Este “nuevo régimen” dejó en el IMSS cuatro esquemas jubilatorios: la generación de antes de 1988 se pensiona conforme a la Ley del Seguro Social (LSS), es decir, con prácticamente 50% del salario que tenían al momento del retiro; para la generación 1988-2005, que es donde están la mayoría de los actuales trabajadores, la pensión es de 120% y con menos años de servicio; la generación 2005-2007 tendrá 80% de su salario al momento de retirarse, y la de 2008 en adelante tendrá sus recursos en una Afore (*La Jornada*,

¹² Son los servicios que brindan atención ambulatoria y se dedican a la prevención y promoción de la salud. En este nivel se brindan consultas de atención y diagnóstico temprano de la enfermedad. Son reconocidos por la población como referentes locales de salud.

¹³ Refiere a los servicios que reciben a las personas que acudieron a consulta de primer nivel y que, por el problema de salud que presentan, requieren de interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, o Maternidad, pues cuenta con la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios para confirmar los diagnósticos previos. Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y los de maternidad.

2008). La última modificación a la ley se dió en 2014, en la cual se actualiza al artículo 242 de la Ley del Seguro Social, afectando a medio millón de afiliados al Seguro de Salud para la Familia (Ssfam)¹⁴.

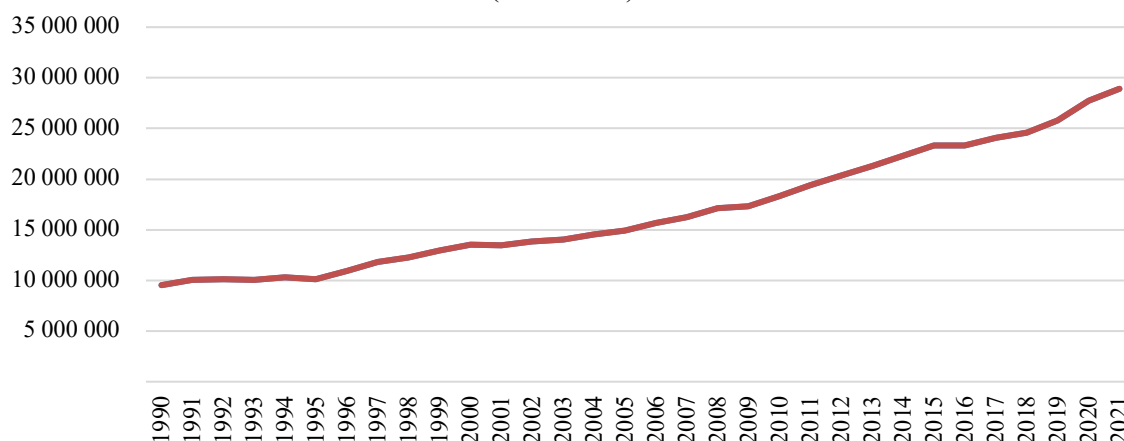
En lo que respecta a la derechohabiencia, la afiliación al IMSS si bien tuvo aumentos durante los últimos 30 años, al pasar de 9 528 925 derechohabientes en 1990 a 28 916 673 en 2021, tan sólo representó un crecimiento promedio en todo el periodo de 3.67%. También se observan reducciones de la población asegurada para los años de crisis, pero éstas han sido inferiores a 2%, por ejemplo, en 1995, se dió una reducción de -1.76% y la siguiente se da en 2001 en -0.47%. Por último, en el año 2008 donde si bien no hubo una reducción, el incremento de asegurados sólo fue de 1% (gráfica 3.1).

Ahora bien, respecto la relación entre la seguridad en el IMSS con la población total, la cobertura promedio, los datos de anuario estadístico de la institución y los datos estimados de población publicados por el Fondo Monetario Internacional (FMI), arrojan que en promedio la cobertura ha sido del 14.7% de la población total registrada desde 1990, lo que nos da indicios de la dimensión que representa el sector formal de la economía mexicana (gráficas 3.1 y 3.2). Específicamente, para 2018 esta relación ascendió al 20.54% de una población de 125 580 000 de mexicanos, un nivel muy bajo si consideramos la apertura económica que tiene nuestra economía.

De acuerdo con el Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social (2009-2010), el IMSS sólo podría extender los años de suficiencia financiera hasta el año 2014, declarando su potencial quiebra financiera. Para 2016 llegó el “rescate financiero”, por primera vez en ocho años, el Instituto registró un superávit por 6 400 millones de pesos mexicanos, una situación que le permitió no utilizar un solo peso de sus reservas. Con este propósito el IMSS tuvo un menor gasto corriente en 7 300 millones de pesos (IMSS, 2017), salvando al instituto de la “inminente quiebra”. Pero ¿cómo se dió esta situación?

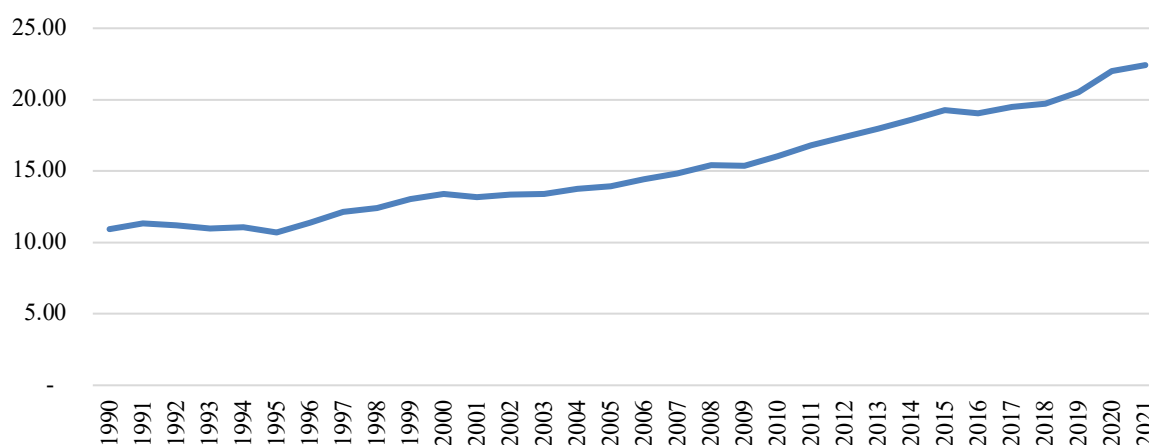
¹⁴ El Ssfam es un esquema de seguro voluntario al que se afilian personas sin seguridad social cubierta por un trabajo del sector formal, este servicio tiene una cuota en razón de la edad, que va de mil 420 pesos a 3 mil 733 anuales.

Gráfica 2.1
Asegurados Permanentes en el IMSS
(1990-2021)



Fuente: Elaborado a partir de *Anuario Estadístico 2021*, IMSS

Gráfica 2.2
IMSS: Proporción Poblacion Total/Asegurados



Fuente: Elaborado a partir de *Anuario Estadístico 2021*, IMSS

La crisis financiera del IMSS parte con la reforma a la LSS en 1995, con el reemplazo al sistema de pensiones de reparto del IMSS por un sistema de ahorro individual para el retiro, esto implicó un esquema de capitalización administrado por empresas externas al Instituto, las AFORES, así la pensión será otorgada al derechohabiente a los 65 años de edad, o en caso de cesantía, a los 60 años, siempre y cuando hubiese cotizado 1250 semanas y no las 500 semanas que señalaba la

anterior ley, (de 1973). Esta reforma también modificó las contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno federal al financiamiento de la institución. A partir de esta reforma, la prima que aporta el patrón es del 50 por ciento, cuando anteriormente su participación bruta era del 70 por ciento; la aportación del trabajador pasó del 25 por ciento al 17 por ciento y finalmente, el Estado que venía aportando tan sólo un 5 por ciento, incrementó su prima al 35 por ciento.

Todas estas modificaciones entraron en vigor en 1997, después de haberse descubierto un fraude al instituto por \$360 millones de pesos, supuestamente maniobrado por el entonces tesorero general (Camacho Guzmán, 1996).

Posteriormente,

Durante el período 2000-2009, los ingresos totales del Seguro por enfermedad y maternidad (SEM)¹⁵ crecieron a una tasa promedio anual del 1.7 por ciento, mientras que los gastos totales lo hicieron al 3.6 por ciento. La situación deficitaria del seguro de enfermedades y maternidad se aceleró con la crisis del sistema de reparto y con la privatización del sistema de pensiones. (...)

El incremento en los gastos del seguro de enfermedades y maternidad se relaciona con la transición demográfica y epidemiológica: el envejecimiento de la población derechohabiente incrementa la probabilidad de padecer enfermedades; así mismo, el aumento de la esperanza de vida prolonga los tratamientos médicos (León, 2011, pp. 48-49).

En sus informes financieros, hasta 2009, el Instituto había reportado ingresos mayores que sus gastos pues los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) e Invalidez y Vida (SIV) mantenían una situación superavitaria, sin embargo, siempre se dio uso a la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA). Derivado de la crisis financiera y su impacto en la economía nacional y, por ende, en la afectación a la generación de empleo, la Ley de Ingresos de la Federación 2009, consideró una disminución de 2 131 millones de pesos en el monto de los ingresos y en la meta de reservas y fondos del IMSS.

¹⁵ Este seguro ofrece la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria para el trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Sólo aplica para los asegurados bajo el régimen obligatorio, así como el Seguro por Riesgo de Trabajo (RST), el Seguro por Invalidez y Vida (SIV), el seguro por Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) y el Seguro de Guardería y Prestaciones Sociales (SGPS).

A partir del 2010, el IMSS ya operaba deficitario, en el informe sobre la situación financiera de ese año se presentan diferentes escenarios con el fin de lograr la suficiencia financiera de la institución. En uno de los escenarios contruidos se supone la utilización de los diferentes tipos de reservas en el siguiente orden secuencial: 1) Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA); 2) Reservas de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF), y 3) Reserva Financiera Actuarial (RFA), traspasando recursos de una reserva a otra. La utilización de la totalidad de las reservas extendería la suficiencia financiera de la institución hasta el año 2014,¹⁶ situación que revisaremos a detalle más adelante.

2.4 Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

De acuerdo con un documento publicado por el CEFP (2009),

En 1959, surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) como entidad encargada de la seguridad social de los trabajadores del Estado, tiene sus orígenes en la reforma de 1960 al Artículo 123 Constitucional. En ella se estableció la clasificación de los asalariados en apartados “A” y “B”, este último es exclusivo de los empleados gubernamentales. (...)

El régimen inicial de seguridad social del ISSSTE contó con catorce prestaciones de carácter obligatorio: 2 seguros para proporcionar servicios de salud (seguro de enfermedades no profesionales y maternidad y seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales); cinco seguros de carácter pensionario (jubilación, vejez, invalidez, fallecimiento e indemnización global); 3 prestaciones relacionadas con vivienda (créditos para la adquisición y construcción de vivienda, préstamos hipotecarios y arrendamiento de habitaciones económicas), préstamos a corto plazo y tres servicios sociales (servicios para la readaptación y reeducación de inválidos, promociones para elevar la preparación técnica y cultural del trabajador y su familia). (...)

Para financiar este régimen, en su Ley se normó que los trabajadores aportarían 8% de su sueldo básico (2% se destinarían a cubrir el seguro de enfermedades no profesionales y maternidad y el 6% al resto de los seguros y prestaciones), las dependencias y organismos públicos participarían con 12.75% del sueldo básico (6% para cubrir el seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad, 0.75% para el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y 6% para todas las demás prestaciones). Finalmente, para financiar las prestaciones de los pensionados en curso, a la creación del Instituto, se aplicó un régimen tripartito: 4% pensionistas, 2% organismos públicos y el restante 2% el ISSSTE.

¹⁶ Véase la sección 6.2 del sexto capítulo de este trabajo.

En sus inicios el ISSSTE aseguró a casi 130 mil trabajadores, 12 mil pensionistas y 346 mil familiares, lo que sumaba un total de 488 mil derechohabientes. (...)

En 1983, se da la primera reforma a la Ley del ISSSTE, en la que se ampliaron las prestaciones sociales, se agregaron el seguro de cesantía en edad avanzada, medicina preventiva, servicios a jubilados y pensionados, servicios turísticos, servicios funerarios, préstamos a mediano plazo y guarderías. También se aprobó la continuación voluntaria del régimen obligatorio. Además, se incrementó la cuota para el financiamiento del seguro de salud a 9.5 por ciento del sueldo básico (a cargo del trabajador), mientras que la aportación de las dependencias para el seguro de riesgos de trabajo disminuyó a 0.25 por ciento. (...)

En 1993 se introduce el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que complementaría las pensiones de jubilación, y se consolidó el funcionamiento de los ocho fondos creados para administrar las cuotas y aportaciones. La cuenta individual operaba con dos subcuentas individuales la de Ahorro para el Retiro y la de Vivienda. La primera se financiaba con las aportaciones de las dependencias a favor de los trabajadores (2% del sueldo básico). Los recursos eran depositados, por las dependencias, en instituciones bancarias para su administración; las cuales a su vez los entregaban al Banco de México, para que este último, los invirtiera en créditos directos del gobierno federal, que devengaba intereses a una tasa mínima del 2%. (...)

Los recursos de la subcuenta de vivienda correspondientes al (5% del sueldo básico) son administrados por el Fovissste y pagarían los intereses definidos por su operación. En 2001 se dio otra reforma para garantizar la equidad de género en la provisión de servicios. En 2002 una reforma a la Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro permitió que los trabajadores transfieran a alguna Afore sus recursos del SAR. (pp. 2-4)

En 2005 se determinó que los depósitos a las cuentas individuales del Fovissste no pertenecerían más al ISSSTE, por lo que si los trabajadores no utilizaban estos ahorros, podrían reclamar una devolución después de su retiro. En 2007, Fovissste cubría a 2.5 millones de empleados activos y más de 610,000 jubilados, así como a 7 millones familiares de asegurados, (casi 11 millones de personas). El ISSSTE reúne a una amplia gama de sindicatos, que se pueden dividir en tres grandes grupos: La Federación de Sindicatos de la Función Pública (FSTSE) con aproximadamente 350,000 afiliados, la Federación Democrática de Sindicatos de la Función Pública (FEDESSP) con más de 1 millón afiliados y sindicatos no federales. Los sindicatos con mayor número de afiliados son: el Sindicato de Maestros, el Sindicato de Saneamiento, la Confederación de Confederaciones, el sindicato propio del ISSSTE y la Confederación de Comunicaciones y Transportes.

El 28 de febrero de ese año, se aprobó la modificación de la Ley del ISSSTE. En tan solo dos semanas, ambas cámaras del Congreso evaluaron y dieron el visto bueno a esta propuesta que

incluía la creación de un nuevo ente público descentralizado, el PENSIONISSSTE, encargado de gestionar los fondos de las cuentas individuales. Durante los primeros tres años de operación del nuevo sistema, el PENSIONISSSTE, una afore pública, administró todas las cuentas individuales de los empleados del Estado. A partir del cuarto año, estos trabajadores tuvieron la posibilidad de trasladar sus fondos a una afore privada si así lo deseaban. También existió la opción de permanecer en el sistema de reparto, aunque con algunas modificaciones: aquellos empleados que optaran por esta alternativa tendrían una edad mínima de jubilación inicial de 50 años, la cual aumentaría gradualmente cada dos años hasta llegar, en dos décadas, a una edad mínima de retiro definitiva de 60 años para los hombres y 58 años para las mujeres. La pensión se calcularía como un porcentaje del salario base del trabajador, el cual aumentaría con la antigüedad laboral hasta alcanzar un 95% del salario base. (Lomelí, 2010)

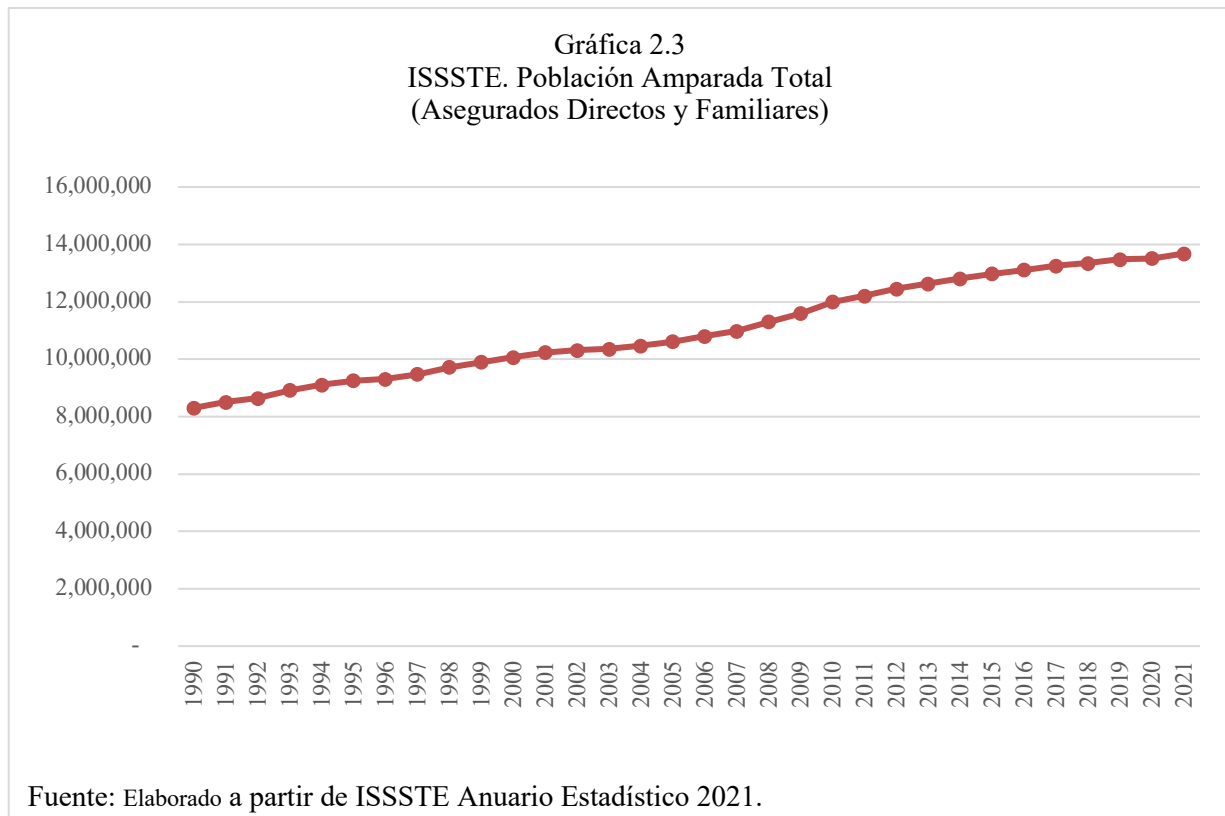
En 2015, los diputados aprobaron una reforma al Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE) que lo convirtió en una empresa paraestatal, separándolo del ISSSTE. El ser una paraestatal implica que se registrará bajo la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, además tiene autonomía de gestión, puede manejar sus propios recursos, y podría extinguirse por decreto. En esta reforma de ley deja entrever que el Gobierno Federal no responderá por las obligaciones a cargo de la nueva sociedad, ni de las minusvalías por una variación negativa en el valor de las acciones. Esto significa que, si hubiera alguna variación financiera o mala inversión, el gobierno no absorbería esas pérdidas y los trabajadores perderían el dinero de sus pensiones.

Las pensiones y jubilación es uno de los gastos mas importantes que hace el ISSSTE y las instituciones de seguridad social, por ello, a este rubro se le ha culpado de ser el detonador de la crisis financiera de toda la seguridad social en México, por lo que se han promovido varias reformas al sistema de pensiones con el argumento de incentivar las finanzas publicas sanas que han llevado a la privatización de la seguridad social, llevando a la especulación el ahorro para el retiro de los trabajadores mexicanos.

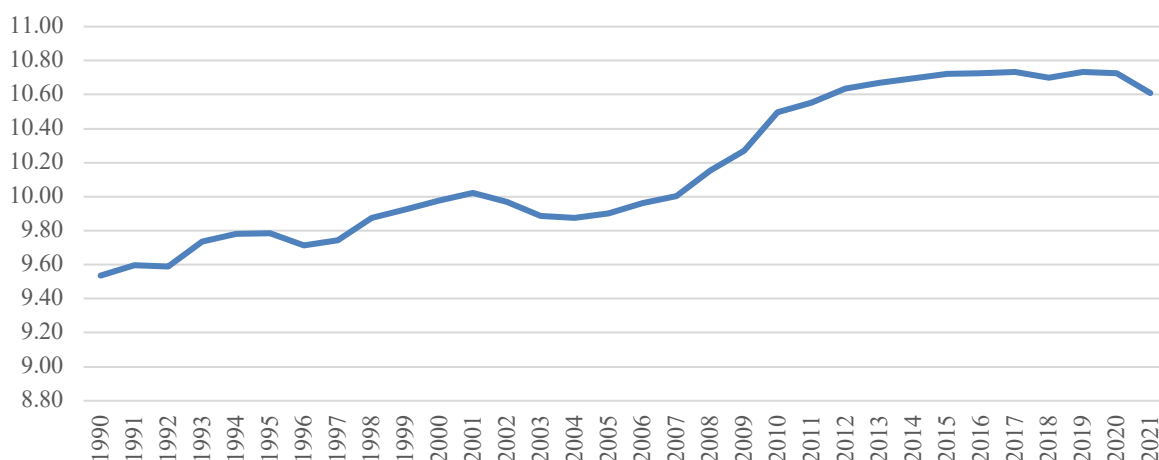
Así, las AFORES destinan el ahorro para la jubilación a los mercados de capitales por medio de las Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (SIEFORES), vigilado por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). Entonces, el sistema de capitalización individual se efectúa en dos fases: las AFORES recaudan y concentran las

cotizaciones de los trabajadores para que las SIEFORES inviertan y especulen con esas sumas en los mercados financieros, bursatilizando el dinero de los trabajadores (Guillén, 2005).

Respecto a la población asegurada por el ISSSTE, hasta 2021 la institución reportó que asciende a 13 681 077 personas en total, entre asegurados directos y sus familias. Así, la cobertura del ISSSTE ha tenido una variación porcentual de 1.68% en los últimos 30 años (gráficas 2.3 y 2.4). Según los datos estadísticos recopilados del ISSSTE y de las estimaciones de población del FMI, esta proporción no llega ni al 11% de la población total, a pesar de que años tras año sube este indicador, este resultado sólo nos da indicios de lo pequeño que es el aparato estatal y su fracaso al fungir como empleador de último recurso.



Gráfica 2.4
ISSSTE: Proporción Asegurados/Población Total



Fuente: Elaborado a partir de ISSSTE Anuario Estadístico 2021

Para abril de 2019, ante la Comisión de Salud del Senado de la República, el director de Normatividad, Administración y Finanzas advirtió que, para julio de ese año, el Instituto tendría problemas para operar, al detallar que los pasivos que dejaron administraciones anteriores ascendían a 19 mil millones de pesos, se argumentó que una de las principales causas de esta crisis se encuentra en la discrecionalidad en las compras amparadas en la autonomía de gestión que tienen las unidades médicas. Denunció que hubo discrecionalidad en las compras con medicamentos a sobreprecio, en casos como el Hospital 20 de Noviembre, donde existe un antibiótico fungicida que se compra por 2 mil 640 pesos (Gaceta del Senado, 25 de abril de 2019), sin embargo, en el área central fue adquirido en 208 pesos, lo que implica una diferencia de mil 168% más caro.

Se suma el pago de servicios a empresas que la Institución podría llevar a cabo por sí misma, como el contrato que el ISSSTE firmó con el proveedor SILODISA, que presta servicios de distribución de medicamentos y material de curación, cuyo costo representa al Instituto 13 mil 370 millones de pesos al año (Gaceta del Senado, 25 de abril de 2019), así como 200 obras abiertas y en proceso de finiquito.

Para enero de 2020, la SHCP anunció que cubrió la mitad del déficit reportado en 2019 (10 mil millones) y además se pagaron 6 900 millones, que la dependencia federal autorizó tomar de la reserva financiera del Instituto para asegurar la continuidad de sus operaciones.

2.5 Transformación del Sistema Público de Salud

En México, las diferentes etapas del Estado se corresponden con diferentes políticas de Salud. En la década de 1950, las necesidades de salud de los sectores económicos más dinámicos estaban atendidas, ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encargaba de afiliar a los trabajadores de la industria, mientras que el creciente sector burocrático del Estado estaba cubierto por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sectores productivos como los trabajadores petroleros recibían atención del Instituto de Seguridad Social de Petróleos Mexicanos (PEMEX), y el ejército contaba con un sistema de seguridad social especial denominado Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). El resto de la población mexicana, denominada “población abierta”, era atendida directamente por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y sus Servicios Coordinados en los Estados. Aunque la cobertura de la seguridad social y sus instituciones nunca superó el 50% de la población, proporcionaba atención de alta calidad que servía como modelo para América Latina, abarcando al trabajador y su familia y ofreciendo tecnología médica avanzada, incluso superior al sector privado en ese momento.

La industrialización del país llevó a una redistribución del gasto de las zonas rurales hacia las urbanas. Aunque esta política resultó en un aumento significativo del ingreso per cápita y en la transformación de la composición social hacia una sociedad predominantemente urbana, también conllevó costos considerables. El rápido crecimiento de la población urbana se produjo en condiciones no óptimas, mientras que las zonas rurales fueron abandonadas, generando una falta de recursos para respaldar la compra de bienes, lo que llevó a un proceso mixto que implicó una disminución de las importaciones y un aumento en el endeudamiento. Este crecimiento resultó en niveles elevados de inflación y endeudamiento en los años subsiguientes.

Por lo que, en los sexenios de 1970 y 1976 se llevaron a cabo los primeros esfuerzos para desconcentrar y descentralizar la administración pública, con la intención de revertir la centralización de las funciones administrativas.

Durante el gobierno de Luis Echeverría (1970-1976), surgieron algunas iniciativas respecto a la descentralización, principalmente, en cuanto a planeación regional. Se crearon los Comités Promotores del Desarrollo Regional de los Estados, cuya función fue atender los problemas de desarrollo de los estados y promover medidas de planeación y crecimiento económico a nivel local (Ramírez y Ramírez, 2013). En la administración de José López Portillo (1976-1982) se fomentó la creación de puertos industriales en Tampico, Lázaro Cárdenas, Coatzacoalcos y Salina Cruz con el objetivo de dotar de infraestructura industrial y servicios urbanos a estas zonas (Garza, 1983); en la misma línea, se impulsaron planes sectoriales con la intención de diversificar el desarrollo de las regiones del país.

A partir de la década de 1980, se dio una transformación radical de la economía con la crisis de la deuda y la implementación de políticas de Ajuste Estructural impulsadas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), marcando la transición hacia el modelo neoliberal en México. Entre 1983 y 1988 se llevó a cabo una ola de reformas que transformaron de manera estructural la política pública en salud, entre las que destacan la inclusión constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. Con la instauración de esta legislación fundamental, se inició el proceso de descentralización de los servicios de salud destinados a la población no asegurada, seguido por una modernización administrativa de la SSA con el fin de fortalecer y ampliar la distribución de responsabilidades y recursos a nivel estatal.

La reorganización del panorama político y fiscal tuvo como objetivo fortalecer las relaciones intergubernamentales en 1983 a través de la Ley de Planeación, la cual estableció la creación de sistemas estatales conocidos como Comités de Planeación del Desarrollo Estatal. Inicialmente, estos comités operaron de manera similar a los Comités Promotores del Desarrollo Regional de los Estados. Encabezados por los respectivos gobernadores y compuestos por representantes de los tres niveles de gobierno, estos comités fomentaron la colaboración con los sectores social y privado (Bolívar, 2012). Una de las responsabilidades de los Comités de Planeación era la formulación de un programa de inversiones en cada entidad federativa. Una vez aprobado, este programa canalizaba los recursos destinados a proyectos para el desarrollo local (Hernández, 2008). Posteriormente, se estableció una figura similar a nivel municipal, conocida como el Comité de Planeación para el Desarrollo Municipal (COPLADEM). El 30 de agosto de 1983, el gobierno emitió un decreto para establecer los fundamentos que regirían el programa de descentralización

de la SSA, marcando así el comienzo del proceso de descentralización de los servicios de salud (López, 2012).

Este enfoque específico en la planificación y ejecución a nivel local marcó el inicio de la descentralización administrativa, dado que los gobiernos subnacionales comenzaron a desempeñar un papel más activo en la formulación e implementación de políticas tanto a nivel local como nacional. Este proceso también implicó la descentralización de servicios específicos, tales como asistencia social, infraestructura, seguridad pública y, de manera significativa, salud y educación (Bolívar, 2012). En el mandato de Miguel de la Madrid, el 7 de agosto de 1984, se dio el visto bueno al Programa Nacional de Salud, que delineó las estrategias fundamentales para la descentralización. Luego, en el mismo mes de 1984, se llevó a cabo la descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud y Asistencia y del Departamento del Distrito Federal (López, 2022). A pesar de estos cambios, el IMSS seguía siendo la institución más robusta del sector y asumió, en ese periodo de transición, la implementación de un modelo especial de extensión de cobertura a zonas rurales y marginadas, financiado desde la presidencia, conocido como Programa IMSS-COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) (COPLAMAR, 1983).

En lo que respecta a la evolución de la cobertura en salud, entre 1982 y 1990, la proporción de la población afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) disminuyó de 52.1% a 46.7%. Durante el mismo período, la cobertura proporcionada por el ISSSTE se mantuvo constante, pasando de 10.6% a 10.0%. En cambio, la Secretaría de Salubridad y Asistencia aumentó su cobertura de 22.3% a 28.8%. Dentro de esta perspectiva, la descentralización de los servicios tuvo un papel central, y para 1985, la SSA había descentralizado 14 entidades bajo este esquema. No obstante, es importante señalar que el proceso de descentralización no coincidió necesariamente con un proceso de democratización, ya que se llevó a cabo desde el nivel central, es decir, desde la Federación, adoptando un enfoque autoritario y prestando escasa atención a las características demográficas, étnicas, económicas y epidemiológicas de la población en las diversas entidades federativas (Tamez et. al., 2011).

Los intentos para fortalecer el proceso de descentralización en el país experimentaron cambios durante los sexenios de 1988 y 1994. Con la intención de establecer las bases socioeconómicas para fomentar la liberalización económica, la administración de Salinas de Gortari (1988-1994), impulsó la intensificación del proceso de privatización de los recursos nacionales como condición

indispensable para la apertura al mercado global. Aunque el Sistema Nacional de Salud (SNS) conservó las características generales delineadas en el periodo anterior, se llevaron a cabo algunas modificaciones que delinearón las direcciones en las que se desarrollaría.

Se estableció el Programa Nacional de Solidaridad con el propósito de abordar las condiciones de pobreza en el país. La relevancia de este programa social en el contexto de la descentralización se enfocó en dos aspectos principales: en primer lugar, los mecanismos de asignación de beneficios, donde los recursos se gestionaban con un fuerte control federal que subordinaba a las autoridades estatales y municipales, dando un papel destacado a los delegados estatales de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) a cargo del programa (Montecinos, 2005). En segundo lugar, las fuentes de financiamiento, que se originaban del Ramo 26 creado durante el gobierno de Miguel de la Madrid para abordar problemáticas sociales y que fue completamente transferido al programa (Hernández, 2008).

Otro evento determinante en la transformación del SNS fue la ratificación del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLC), implementado el 1 de enero de 1994. Mediante este acuerdo, se realizaron modificaciones a las leyes y regulaciones federales para permitir la participación de empresas internacionales en el ámbito del aseguramiento privado, y de esta manera generar un aumento significativo en los seguros médicos prepagados. Asimismo, el desarrollo de un complejo médico-industrial, fundamentado en tecnología avanzada, redes de servicios y el consumo de productos farmacéuticos, experimentó un impulso mediante incentivos económicos y legales. Durante este periodo también tuvo lugar uno de los cambios más relevantes que prepararía el terreno para una nueva propuesta de reforma en el ámbito de la seguridad social. Este cambio consistió en la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), que sustituyó los fondos colectivos por fondos individuales, trasladando la administración del sector público a entidades bancarias privadas (Tamez *et. al.*, 2011, p. 6).

Sin embargo, la transformación más grande del SNS y la Seguridad Social en México se dio tanto el ámbito de la SSA como el del IMSS en el año 1995. En la SSA, culminó con el proceso de descentralización a todas las entidades federativas, fue formulado un paquete básico con 13 intervenciones destinado a la población rural dispersa, se certificaron hospitales y escuelas de medicina, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y se regularon las Instituciones de Seguros Especializados en Salud. El énfasis de esta reforma se puso en la sustitución del viejo modelo, vertical y segmentado, por uno nuevo, de tipo universal, participativo y plural.

De acuerdo con López (2012, p. 189):

Durante el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000), el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 definió las bases para instrumentar un Sistema de Salud que funcionara de manera horizontal, buscando ofrecer un servicio coordinado para poder llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud para beneficiar a la población abierta. También se convino la realización de un Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud con los compromisos que en materia de salud se determinaron en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, y se plantearon cuatro estrategias:

1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada,
2. La configuración de sistemas estatales,
3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios,
y
4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

Con este acuerdo se buscó que los estados tuvieran las responsabilidades que dictaba la Ley General de Salud. Esto incluía tanto la gestión y operación directa de los servicios de salud en su jurisdicción, como el manejo de los recursos financieros relacionados, distribuyéndolos según las prioridades locales para la prestación de estos servicios. Además, con el Programa de Reforma se delinearon una serie de acciones cruciales en el ámbito de la salud, con el propósito de garantizar un grado de autonomía en la gestión de los recursos presupuestarios por parte de los estados. Asimismo, contempló la posibilidad de proporcionar un conjunto mínimo de intervenciones en salud (López, 2012). La fragmentación del sector de la salud fue tan destacada que vino acompañada de dos procesos de reforma al mismo tiempo: uno dirigido al sistema de seguridad social¹⁷ y otro orientado a la prestación de servicios de atención médica pública para la población en general.

La reestructuración del sector conllevaría a una administración más eficiente, ya que se aborda y resuelve a nivel local, lo que implica un proceso más ágil para la toma de decisiones. No obstante, se observa que el proceso de descentralización no logró ser efectivo en definir claramente la

¹⁷ El Estado reconoció la necesidad de cambiar radicalmente la financiación de las pensiones de jubilación del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre la base del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), creado en 1992. Véase el Capítulo 3

asignación de funciones entre los diversos niveles de gobierno ni en diseñar un sistema de transferencias que considerara las necesidades del gasto.

2.6 Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar e IMSS Bienestar

2.6.1 Seguro popular de Salud (SPS)

En el sexenio de Vicente Fox (2000-2006), el Programa Nacional de Salud pretendió mejorar el funcionamiento del sistema de salud y terminar con el proceso de descentralización al instituir el Sistema de Protección en Salud para brindar protección universal y reorientar los recursos, de manera prioritaria, a la población de menores ingresos. (Coneval, 2019)

Como consecuencia de una nueva reforma a la Ley General de Salud, en 2003 surge el Seguro Popular de Salud (SPS) con miras a establecer la universalidad de la salud promovida por organismos internacionales como la OCDE, la OMS y el Banco Mundial. La población objetivo son las familias sin acceso a la seguridad social, residentes en el territorio nacional con acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos.

Este seguro se extendería gradualmente a todos los ciudadanos que previamente habían quedado fuera del alcance de la seguridad social convencional, como trabajadores independientes, desempleados, aquellos en el sector informal de la economía y personas que no participan en el mercado laboral. Junto con sus familias, estos segmentos representan aproximadamente la mitad de la población.

El Seguro Popular dió inicio como un programa piloto en octubre de 2001 en cinco estados: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, y constituyó el primer intento por lograr la universalidad de la salud en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El principal objetivo en ese momento fue brindar protección financiera para sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, condición indispensable para el financiamiento de los seguros médicos y para la expansión del sector privado.

Los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los primeros se contemplan en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), que se atienden en unidades de atención ambulatoria o en hospitales generales, mientras que los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad. Esto constituye un cambio notable en la concepción del derecho a la salud, que condiciona la prestación de servicios a un catálogo de

beneficios médicos de primer nivel y a otros de hospitalización para especialidades básicas en el segundo nivel de atención.

Aun cuando el SPS se postula como público y voluntario, en los hechos, este programa más bien es de carácter obligatorio y su costo es cubierto mediante subsidio federal y cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación según decil de ingreso. Es decir, las personas mayores de 18 años que se afilien de manera individual aportarán el equivalente al 50% del monto de la cuota familiar que corresponda al decil de ingresos en que se ubique como lo muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 2.1
Cuota por Familia Según Decil de Ingreso

Deciles de ingreso	Cuota Anual
I	0
II	0
III	0
IV	0
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97
X	11,378.86

Fuente: CNPSS. Aviso publicado en el DOF del 15.02.2019.

Cabe resaltar que para obtener el SPS se considera como familia a los cónyuges, los hijos menores de edad o hasta 25 años que sean solteros y estudiantes, menores que tengan consanguineidad y vivan con la familia, hijos discapacitados, adultos mayores de 64 años y dependientes que vivan en el mismo hogar. El SPS puede cubrir como parte de la familia a personas que aún sin consanguineidad vivan en el hogar, sean dependientes, menores de edad o discapacitados de cualquier edad y estudiantes solteros de hasta 25 años. La estructura de cotización conforma un “sistema solidario”, pues la cuota es progresiva según el nivel de ingreso de cada familia y es complementada por el subsidio federal para cubrir el costo de la prima.

Así, el modelo de financiamiento del SPS se realiza de acuerdo con aquellas intervenciones incluidas en el CAUSES y el conjunto de enfermedades denominadas como gastos catastróficos.

En resumen, los recursos provienen de las siguientes fuentes (CNPSS 2020, pp. 93-95):

- Cuota Social (CS), equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para la Ciudad de México que se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el ejercicio 2019, el monto de esta aportación fue de 1,165.53 pesos. Este rubro se financia en su totalidad con recursos adicionales, los cuales se presupuestan dentro de la SSA. En el cuadro 2.1 es posible observar como las cuotas se establecen de acuerdo con el decil de ingreso en que se encuentren las familias solicitantes del servicio médico (artículo 77 BIS 12, fracción II, de la Ley General de Salud).
- Aportación Solidaria Federal (ASF) equivalente a un monto que debe representar al menos una y media veces el importe de la Cuota Social. El promedio nacional para 2019 ascendió a 1,748.30 pesos. Esta aportación es asignada a las entidades mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona de acuerdo con lo establecido en la Ley (artículo 77 bis 13, fracción II, de la Ley General de Salud).
- Aportación Solidaria Estatal (ASE). Los gobiernos de las entidades federativas efectúan una Aportación Solidaria Estatal (ASE) por persona afiliada, la cual debe ser al menos del monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2019, el monto mínimo de este concepto fue de 582.77 pesos por persona (artículo 77 bis 13, fracción I, de la Ley General de Salud).

La implementación del Seguro popular es responsabilidad de los gobiernos estatales a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Estas estructuras están encargadas, por un lado, de gestionar y administrar los recursos financieros del sistema, incluida la afiliación de beneficiarios y la integración del padrón, y coordinar y garantizar la prestación de los servicios. Los REPSS desempeñan sus funciones de acuerdo al nivel de autonomía y de la denominación jurídica que les otorga cada gobierno estatal. Los REPSS de 23 estados pertenecen a la estructura de sus organismos públicos descentralizados: Servicios Estatales de Salud (SESA) ya sea como unidad administrativa, dirección de área o dirección general. En siete estados los REPSS dependen de los SESA como órganos administrativos o públicos desconcentrados. Sólo en

dos casos, Baja California y Veracruz, los REPSS tienen un grado mayor de autonomía, pues se instituyeron como organismos públicos descentralizados. Supuestamente, esta estructura de cotización conforma un sistema solidario, pues la cuota es progresiva según el nivel de ingreso de cada familia y es complementada por el subsidio federal para cubrir el costo de la prima.

En noviembre de 2019 se publica el decreto que crea el El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y desaparece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular.

2.6.2 El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud.

El INSABI tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

La creación del INSABI se fundamenta en una reforma que adicionó y derogó diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud que entró en vigor el 1 de enero de 2020. En dicha reforma se sustituye el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos por el Fondo de Salud para el Bienestar, que será un fideicomiso sin estructura orgánica en donde el Instituto fungirá como fideicomitente (DOF 29 de noviembre de 2019).

La entrada en vigor del INSABI impulsó un nuevo esquema de coordinación con las entidades que permitirá lograr ahorros mediante la compra consolidada de medicamentos y equipo médico a través de la SHCP. Como parte del Plan de Salud para el Bienestar, el INSABI implementó Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en las que participan todas las instituciones públicas de salud, federales o locales, que confluyan en una zona determinada.

El 15 de marzo de 2022, el presidente de México anunció su decisión de revigorizar el sistema de salud, que había sido impactado por la pandemia de COVID-19, mediante la transición del INSABI al IMSS-Bienestar, bajo la dirección del Plan de Salud para el Bienestar.

2.6.3 El IMSS-Bienestar

El primer antecedente de IMSS Bienestar se remonta a 1973, año en el que se modifica la Ley del Seguro Social para facultar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación.

El 25 de mayo de 1979 surge el Programa IMSS-Coplamar, mediante la firma del convenio Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (Coplamar) para extender los servicios de salud a todo el territorio nacional.

El Programa IMSS-Bienestar proporciona servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social, con base en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MÁS-BIENESTAR), el cual está sustentando en la Atención Primaria a la Salud, que vincula dos componentes: la atención médica y la acción comunitaria (IMSS, 2023).

Centrado en las personas conforme a la línea de vida, privilegia la prevención, promoción y educación para la salud; además articula los diferentes niveles de atención en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), para la referencia y contrarreferencia de pacientes, con el objetivo de asegurar la resolución de problemas de salud de las personas (IMSS, 2023).

El Plan de Salud para el Bienestar implica la transferencia de la gestión de los servicios de salud al ámbito federal, a cargo del IMSS-Bienestar. Además, contempla la renovación de las instalaciones médicas, la adquisición de equipamiento médico y la contratación de profesionales especializados, todo con el propósito de asegurar la atención médica a la población que carece de seguridad social. El estado de Nayarit se convirtió en el pionero al iniciar este proceso el 1 de abril de ese mismo año. Finalmente en abril del año 2023 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud que extinguió al INSABI y transfirió tanto sus funciones como recursos al IMSS-Bienestar. La reforma especifica que el IMSS-Bienestar deberá colaborar con la Secretaría de Salud para asegurar que los servicios de atención médica, medicamentos y otros suministros relacionados con la salud sean gratuitos para la población sin seguridad social, y prohíbe la imposición de tarifas de recuperación. El IMSS-Bienestar participará en los procedimientos de adquisición conjunta de medicamentos y otros insumos para la salud con el propósito de garantizar el suministro, como se menciona en el documento de la reforma. Los estados que opten por unirse al IMSS-Bienestar deberán transferir los recursos del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), un fondo

fiduciario creado en las reformas a la Ley General de Salud de 2019 que se enfoca en el tratamiento de enfermedades costosas, como el cáncer.

El financiamiento para la operación del Programa IMSS-Bienestar proviene de recursos federales provistos fundamentalmente a través del Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social, transferidos como subsidio por el Gobierno Federal, con la aprobación anual efectuada en la H. Cámara de Diputados y plasmada en el Presupuesto de Egresos de la Federación, así como por la suscripción de convenios interinstitucionales.

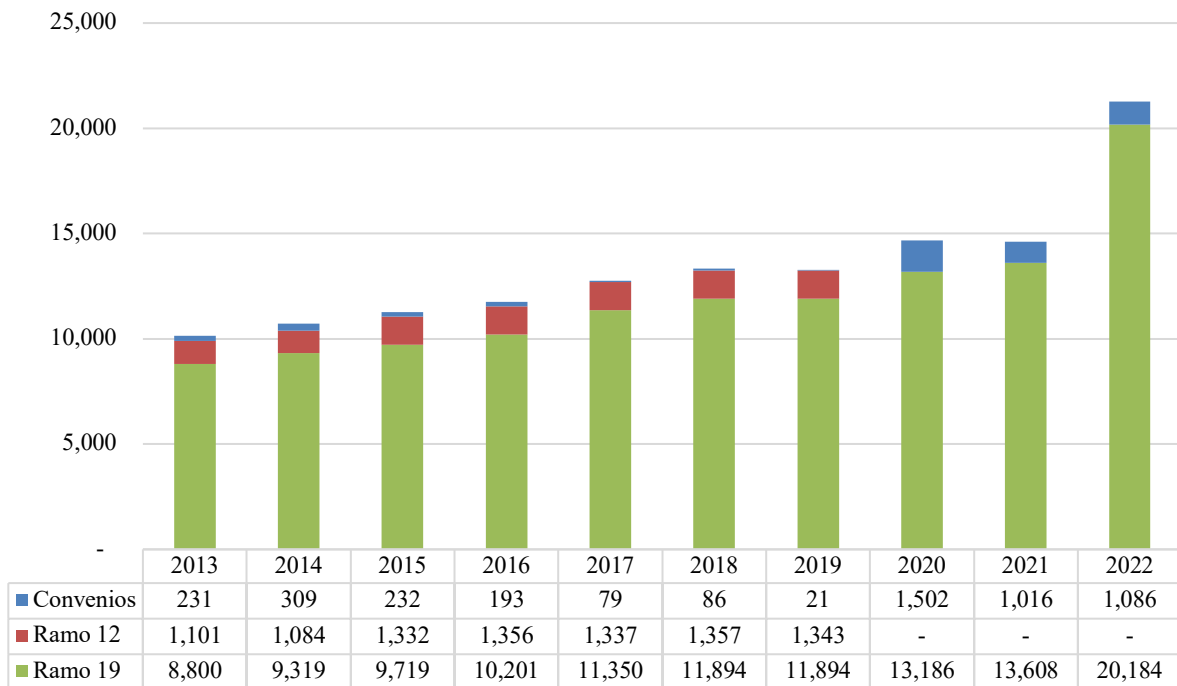
Los recursos para el ejercicio fiscal 2022 ascendieron a 21,270 millones de pesos, cuyo desglose comprendió 20,184 millones de pesos del Ramo 19, a partir de los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación y 1,086 millones de pesos de convenios.

Como se observa en la gráfica 2.5, la evolución del presupuesto autorizado al Programa fue inercial hasta el ejercicio 2021, lo cual no permitió atender plenamente aspectos como la conservación de sus inmuebles o la sustitución de equipo médico y electromecánico con término de vida útil; esto aunado a que fue a partir del ejercicio 2017 que, por primera vez, se destinaron recursos para el pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, lo cual redujo el margen de operación del Programa.

De los recursos asignados en el ejercicio fiscal 2022 para el Programa IMSS-Bienestar, 69.9% se destinó al capítulo de Servicios de personal (incluye el pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones), 14.5% al capítulo de Consumo de bienes, del cual la mayor parte fue utilizada para el gasto en medicamentos, vacunas, servicios de laboratorio, instrumental y accesorios médicos, así como víveres. El capítulo de Servicios generales representó 9% y el de Conservación 2% del presupuesto. En total, se alcanzó 95.5% del ejercicio presupuestal. Así, 84.4% del presupuesto fue ejercido en la atención directa de las personas beneficiarias y 11% en servicios indispensables para la operación. Destaca que, del total de ingresos, solo fue posible destinar 4.5% de los recursos disponibles al capítulo de Inversión física (cuadro 2.2).

Hasta el 11 de abril de 2023, 24 estados se habían sumado al IMSS-Bienestar y ya se han rehabilitado 30 quirófanos en 24 hospitales de once estados y contratado 2 713 médicos especialistas. (IMSS, 2023)

Gráfica 2.5
Presupuesto IMSS-Bienestar, 2013-2022
(millones de pesos)



Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023 del IMSS, (p. 62).

2.6 Importancia de la Atención Médica Privada y el Mercado de Seguros de Gastos Médicos Mayores

Como es conocido, en el sistema mexicano de salud existen diversos esquemas para la provisión de estos servicios, mismos que están divididos en tres grandes sectores: la seguridad social, las instituciones de servicio a la población abierta y la atención médica privada. En México el sector de la medicina privada está compuesto por numerosas unidades heterogéneas en cuanto a capacidad, calidad, y costo del servicio. Es posible suponer que parte de la población mexicana usa los servicios médicos privados de manera alterna a la seguridad social. Al respecto, Vidal (2020) argumenta,

El modelo de práctica médica privada en los tres niveles (consulta externa, especialidades y atención hospitalaria) ha venido creciendo muy rápidamente, aunque cubre a una porción muy pequeña de la población. Mientras que una parte de la población cada vez más numerosa está siendo atendida en sencillos dispensarios privados conducidos por las propias empresas minoristas de medicamentos.

Cuadro 2.2
Presupuesto Ejercido en el Programa IMSS-Bienestar, 2013-2022
(Millones de pesos)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Servicios de personal	6,698.1	6,975.0	8,119.5	8,424.2	9,697.2	10,482.4	10,176.2	10,810.5	11,107.7	14,219.7
Consumo de bienes	2,034.0	2,072.3	1,606.2	1,910.8	2,047.8	1,963.5	2,251.8	2,418.9	1,966.4	2,955.9
Servicios generales	839.9	1,147.70	941.2	950.1	878.7	666	655	826	428.5	1,837.0
Conservación	325.1	322.5	263	242.7	107.3	100	153.2	415.9	85	414.7
Gasto corriente	9,897.1	10,517.5	10,929.9	11,527.8	12,731.0	13,211.9	13,236.2	14,471.3	13,587.6	19,427.3
Bienes muebles e inmuebles	160.6	61.6	212.5	161.6	34.8	100.4	21	104.4	15	699
Obra pública	39.9	126	126.5	57.4	-	24.1	-	111.1	13.4	226.8
Inversión física	200.5	187.6	339	219	34.8	124.5	21	215.5	28.3	925.8
Total	10,097.6	10,705.1	11,268.9	11,746.8	12,765.8	13,336.4	13,257.2	14,686.8	13,616.0	20,353.1

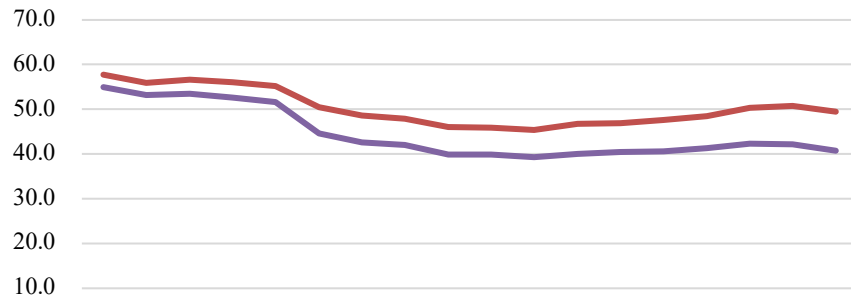
Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023 del IMSS (p. 63).

Mucho del financiamiento de la atención a la salud está recayendo sobre la población. Aquellos en la formalidad pagan sus derechos a las instituciones públicas, pero no reciben un servicio de calidad y de amplia cobertura. Este proceso de transferencia de costos hacia la población no es exclusivo de México, sino que se presenta desde años atrás en Reino Unido, Canadá, España y muchos otros países, más, aun cuando una parte de la inversión en el sector ahora se organiza a través de los esquemas de asociaciones público-privadas, donde el sector privado construye e incluso administra las instalaciones de atención a la salud a cambio de una mezcla de cuotas del gobierno y los usuarios. Puede observarse la menor participación en servicios de salud de las instituciones vinculadas a las prestaciones de los trabajadores, propiamente como derechohabientes, mientras que tienen una importante presencia los servicios médicos privados. Cabe subrayar que no se trata únicamente de esquemas de seguros médicos privados, sino también de otros servicios (p. 77)

De acuerdo con el Panorama de Salud para Latinoamérica y el Caribe 2020 de la OCDE, el gasto privado en salud se refiere al gasto en salud proveniente de agentes no públicos, y suele dividirse entre el Gasto de Bolsillo en Salud (GBS), los esquemas de pago voluntario, y las fuentes externas. El GBS se refiere a los pagos efectuados para costear directamente la atención de la salud. Un ejemplo son los pagos realizados por la compra de medicamentos y que no están relacionados con algún mecanismo de seguro, otro ejemplo son los co-pagos y los deducibles. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el gasto realizado por los hogares en México, entre los años 1992–1996, representó el 65% del gasto total, que en esos años fue de 898.4 millones de pesos (SHCP,1996).

Como se puede observar en la gráfica 2.6, de 2003 a 2007, a pesar de la creación del seguro popular, el GBS de los hogares representaba más del 50% del gasto total en salud. A partir del 2008, se da una ligera reducción en este rubro debido a uno de los cuatro objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS), que se propuso “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud” y reducirlo al 44% del Gasto Total en Salud Nacional (GTS NAL).

Gráfica 2.6
Gasto Privado en Salud



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020/e
— GPrivS cómo % del GTS	57	56	56	56	55	50	48	48	46	45	45	46	46	47	48	50	51	49
— Gasto de Bolsillo en Salud de los Hogares como % del GTS	55	53	53	52	51	44	42	42	39	39	39	40	40	40	41	42	42	41

e/ cifra estimada

Fuente: Dirección General de Información en Salud (2003-2017) y OCDE (2018-2020)

Sin embargo, dadas las crisis financieras de las instituciones de salud públicas, en 2014 se vuelve a presentar un repunte en este gasto, debido a la expectativa general de un incremento continuo de los costos de los servicios de salud, además los servicios de bienestar privados están creciendo en términos de cobertura y ofrecer algunos de estos servicios se ha vuelto una práctica común en todo el país. Es común sostener que la medicina privada está diseñada para prestar servicios a quien puede pagarlos, o bien cuenta con los medios para adquirir un Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM) que implica cubrir una prima inicial, o disfruta de la prestación de algún empleo al que no toda la sociedad tiene acceso.

Los SGMM se han venido ofreciendo y adquiriendo en México desde hace más de 40 años. Su crecimiento fue muy lento en las primeras décadas, para incrementarse significativamente en la última década por el creciente aumento del costo del cuidado integral de la salud. Hasta la década de los años ochenta los seguros se operaban bajo la modalidad de pago por evento, pero en los años noventa las políticas, sistema y modelos de operación cambiaron radicalmente a partir de que las compañías de Seguros Nacionales se asociaron con empresas transnacionales, adoptando las Reglas de Operación de la Medicina Administrada (*Managed Care*) para contener los costos y obtener más ganancias.

El Sector Asegurador – incluido el segmento de SGMM – considerado como parte del Sector Financiero Mexicano está regulado y supervisado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) por medio de la Dirección General de Seguros y Valores (DGSV), la cual es responsable de la normatividad y por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), órgano desconcentrado responsable de la inspección y vigilancia del sector. Hasta 2021, en México operan alrededor de 83 compañías de seguros con una cobertura en el ramo de accidentes y enfermedades (A y E), accidentes personales (AP), gastos médicos (GM) y salud. Este tipo de productos se promueven y venden con coberturas y costos diferentes, precios ajustados a la edad y género del comprador, montos variables del deducible y del coaseguro pactados en el contrato.

El contrato del SGMM debe especificar la prima, suma asegurada, los riesgos cubiertos, las excepciones, el deducible y el copago correspondiente para hacer uso de la cobertura. Es importante tomar en cuenta que hay padecimientos que deben pasar por un tiempo de espera. Es decir, que para poder hacer válido el seguro, la aseguradora deberá dejar transcurrir un cierto periodo de tiempo antes de hacer válida la cobertura.

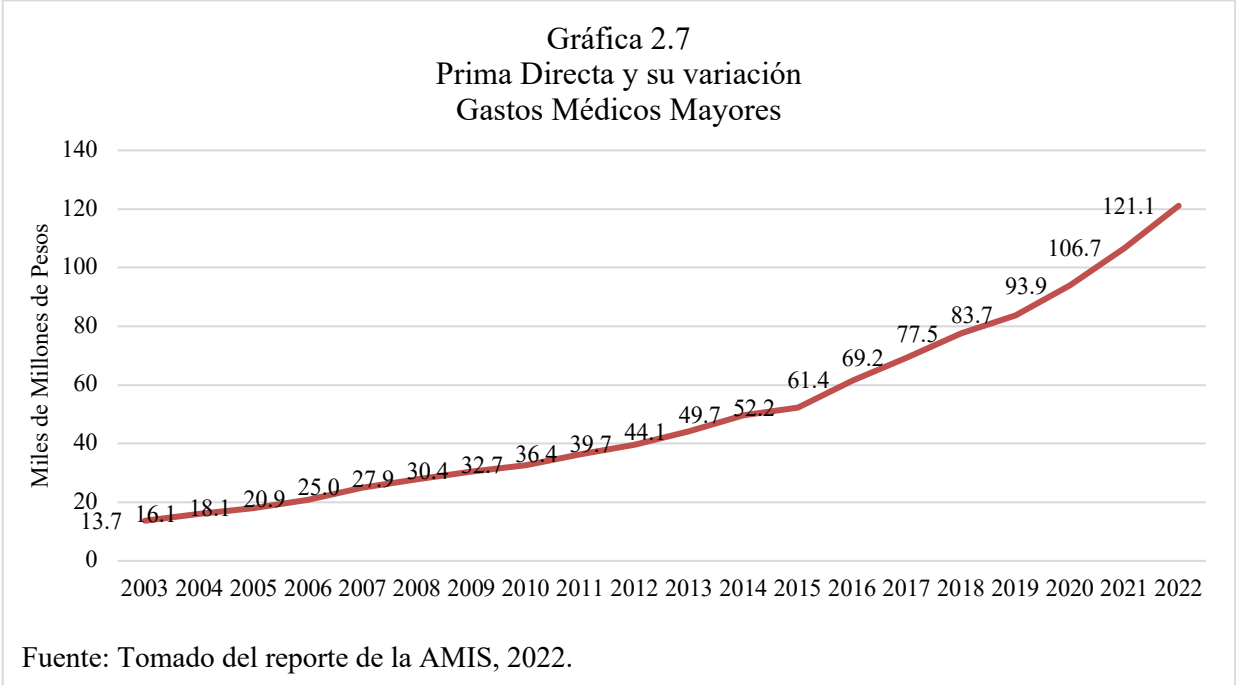
Es fundamental que las primas de los seguros reflejen adecuadamente el riesgo que se está cubriendo y sean lo suficientemente sólidas. Esto significa que las primas deben ser capaces de cubrir todas las reclamaciones de la cartera asegurada. Además, las primas cobradas deben incluir los costos de adquisición,¹⁸ los gastos operativos¹⁹ y el margen de ganancia para la aseguradora. En resumen, las primas de seguro deben ser calculadas de manera que sean adecuadas para cubrir los riesgos, los costos asociados y garantizar la sostenibilidad financiera de la aseguradora.

En línea con lo anterior, la grafica 2.7 muestra el rápido crecimiento del mercado de Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) en México. Si bien su crecimiento fue muy lento a inicios de los 2000, las primas se incrementaron significativamente desde el 2010. Como se observa, hasta el 2020, el valor de las primas emitidas ascendía a 94mil millones de pesos lo que representaba un crecimiento de 270% en los últimos 12 años (2010-2022), por el creciente aumento del costo del cuidado integral de la salud. La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), reporta que la mayor contratación de SGMM son colectivos, contratado por empresas publicas o privadas,

¹⁸ Este costo se refiere a los gastos relacionados con la comercialización de seguros, que incluyen las comisiones pagadas a los agentes, los gastos de publicidad y, en general, los costos derivados de promover y vender pólizas de seguro.

¹⁹ Estos costos son necesarios para atraer clientes y mantener una red de agentes de seguros, así como para promocionar los productos y servicios de la aseguradora en el mercado. Estos gastos de comercialización se reflejan en las primas cobradas a los asegurados.

y que se promueven equivocadamente como una prestación a los trabajadores formales y una protección económica a los hogares, cuando la única protección que brindan es a los empleadores quienes utilizan la contratación de SGMM colectivos para poder pagar menos impuestos, evidenciando así la limitada acción del estado. Con ello, la utilización de los SGMM solo representa las ganancias millonarias que estos instrumentos puramente financieros han tenido en la última década gracias al pago de primas, coaseguros y deducibles.



El costo de los seguros de gastos médicos mayores (SGMM) es proporcionalmente elevado, está sujeto a incrementos anuales desproporcionadamente altos con relación al incremento de los salarios. En un entorno macroeconómico inestable como el actual, el precio se convierte en el principal factor que influye en la demanda de seguros, especialmente en el caso de los seguros individuales. A medida que los precios de los seguros aumentan más allá de la tasa de inflación, los asegurados se enfrentan a decisiones difíciles; pueden optar por reducir las coberturas de sus seguros o incluso cancelar completamente sus pólizas de Gastos Médicos y Salud con el fin de contar con una mayor disponibilidad de recursos financieros.

Los SGMM se rigen mediante un tabulador de honorarios médicos, que determina el monto máximo que la aseguradora pagará a los médicos con una lista larga de procedimientos médicos.

Esta lista es generada por las compañías aseguradoras y describe cada uno de los procedimientos que la Secretaría de Salud tiene autorizados para que se realicen en México. La mayoría de los procedimientos enlistados se refieren a intervenciones quirúrgicas, este valor es el máximo que la compañía de seguros acepta pagar para el procedimiento respectivo. Cada aseguradora de gastos médicos tiene sus propios tabuladores. En este sentido, los médicos mexicanos tienen que decidir si aceptan trabajar en la red médica de alguna compañía de seguros o no. Al ser parte de una red de médicos en convenio se acepta que el pago de los honorarios médicos se hará de acuerdo con los tabuladores impuestos por la aseguradora.

Este sistema mercantil sacrifica la calidad, la equidad y la eficiencia, lo que compromete el futuro del desarrollo y progreso de las ciencias de atención a la salud al eliminar el apoyo económico esencial para la investigación y la enseñanza. Estos sistemas y modelos trastocan los valores fundamentales de la relación médico-paciente y la convierten en “un contrato de negocios”.

Veamos entonces algunas estadísticas que ilustren lo que ya hemos mencionado. En 2016 la CONDUSEF reportaba que, de 2004 a 2016, el número de asegurados (gastos médicos y accidentes) creció a una tasa media del 9% al pasar de 4 a 10.8 miles de pólizas. Y en promedio, el 70% son pólizas contratadas por empresas públicas o privadas (colectivos). Por otro lado, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), reporta que para 2019 el valor de las primas emitidas ascendió a 83 692 millones de pesos, lo que representaba un crecimiento de 93% en los últimos 10 años (2009-2019). De igual forma, la AMIS reporta que hasta el año 2019 se tenían 11 365 pólizas de seguros de gastos médicos: 2,057 pólizas en seguros dentales, 6,162 pólizas en seguros colectivos y 3,147 pólizas individuales con un crecimiento del 39.6% en los últimos 10 años para los seguros individuales y del 55.8% para los SGMM colectivos. Respecto al porcentaje de asegurados con respecto a la población total, se reportan que para 2019 este porcentaje fue de 9%. En esta misma línea, los siniestros más atendidos por este tipo de pólizas son: parto único y cesárea, seguido por luxaciones, esguinces y torceduras, y finalmente trastorno interno de rodilla. También la Asociación reveló que este seguro ha ayudado a la detección de enfermedades del aparato digestivo, neoplasias, padecimientos del sistema circulatorio, osteomuscular y trastornos del tejido conectivo, así como traumatismos y envenenamientos. Además, reveló que el 30% de los casos que se tratan en el seguro de Gastos Médicos Mayores corresponden a tratamientos por cáncer de mama.

Desde la década de los años setenta, la medicina privada ha fortalecido su capacidad para prestar servicios debido al abandono del Estado, quien ha sido incapaz de ampliar los servicios de salud conforme al aumento de la población, por ejemplo, en el año 2000 había 97.4 millones de mexicanos y la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) señaló que, en ese año, la medicina privada atendió al 27% de la población mexicana, pero de ese total el 35% era derechohabiente de alguna institución de seguridad social estatal.

Ahora bien, a raíz de la pandemia ocasionada por el COVID-19, la contratación de seguros de gastos médicos mayores ha tenido un incremento de 16.8% en el país. El aumento de la demanda por servicios de salud, tanto públicos como privados, produjo un crecimiento en sus costos y, dado que constituye un componente importante de la siniestralidad en los SGMM, impactó directamente en el incremento del precio de este tipo de seguros. Al cierre de diciembre de 2021, se reportaron 44,785 casos de personas con seguro de gastos médicos infectados por COVID-19, con un costo promedio por atención hospitalaria de \$514 094. El Costo Medio de Siniestralidad aumentó en 7 p.p., para ubicarse en 79.3% debido a que el crecimiento en siniestralidad fue de 15.7%, sobrepasando al observado en prima de 6% (CNSF, 2022, p. 4).

Lo anterior es una situación de la que las aseguradoras privadas han tomado ventaja para enfatizar las carencias del sector público y promover la importancia de contar con un SGMM como un beneficio para brindar tranquilidad a nuestras vidas, especialmente cuando no contamos con ningún tipo de protección por ser autoempleados o no contar con un empleo que proporcione esa prestación.

Los seguros en general, y en particular los de gastos médicos mayores (SGMM) son apreciados como una inversión, un individuo, una familia o empresa suponen que pueden perder su estabilidad ante una situación difícil por no estar asegurados. Las aseguradoras, a través de los SGMM buscan alcanzar una mayor participación del asegurado en el costo de la atención a la salud, instrumentando esquemas de aseguramiento que incentiven el uso de servicios médicos y con ello puedan enfocarse los esfuerzos al desarrollo de productos de seguros dirigidos a cubrir la indemnización de enfermedades graves o reembolso de gastos con mayor participación del asegurado en el riesgo.

Capítulo 3

Seguridad social y sistema de pensiones

Resumen

El propósito fundamental de este capítulo es llevar a cabo un análisis exhaustivo de la evolución de los sistemas de seguridad social y el proceso de múltiples reformas que han afectado a la Ley del Seguro Social en lo que respecta a pensiones y jubilaciones. Estas reformas han tenido un impacto significativo en la población que depende del empleo formal para su sustento y bienestar financiero. En particular, este capítulo se centrará en el papel fundamental que han desempeñado las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) en la gestión y administración de los ahorros de esta población, delineando cómo su participación ha influido en la seguridad financiera de los trabajadores y jubilados.

El primer apartado es la parte introductoria al capítulo, el segundo apartado desglosa los antecedentes que dieron forma a la creación de un sistema de pensiones en el país. Se analiza cómo surgieron las primeras iniciativas para proporcionar seguridad económica a los trabajadores y jubilados por parte del Estado, y cómo estos sistemas evolucionaron a un sistema administrado por las AFORES. El tercer apartado considera el impacto de las reformas legislativas en el sistema de seguridad social y en los sistemas de ahorro para el retiro, con un enfoque en cómo estas reformas han moldeado las dinámicas relacionadas con las pensiones en México. Finalmente, en el cuarto apartado se exploran las motivaciones detrás de estas reformas y se evalúan sus consecuencias en términos de beneficios para los trabajadores y jubilados, así como las estrategias de ahorro para la jubilación. Este apartado arroja luz sobre la evolución y los desafíos que enfrenta el sistema de pensiones mexicano en la actualidad, y proporciona una comprensión completa de su desarrollo.

3.1 Introducción

La seguridad social surge como una necesidad de los productores capitalistas para salvaguardar la integridad física de su fuerza de trabajo para su explotación y aprovechamiento. De aquí deriva que la seguridad social se relacione con la salud pública, pues la exigencia de un sistema de seguridad social se hace al Estado.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la seguridad social es la protección que una sociedad, a través de la institucionalidad estatal, proporciona a los individuos

y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso (así los trabajadores pueden conservar su fuerza de trabajo al estar saludables, y pueden ser más productivos), en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia, de acuerdo con el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la seguridad social es

(...)un derecho fundamental para garantizar el ingreso cuando se presentan circunstancias que les priven de sus capacidades físicas o mentales. El derecho a la seguridad social incluye el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo (2017, p.2).

La filosofía de bienestar de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) define a la seguridad social como

Un concepto integrado de la suma de varias dimensiones, cuyo fin es dignificar la vida de las personas. Por lo que parte de un concepto de seguridad social más incluyente, el cual involucra la satisfacción de seguridad en los temas de salud, economía, oportunidades de desarrollo humano y disminución de la desigualdad, pero con el argumento de que dicho concepto no debe ser privativo de aquellas personas que se desenvuelven en un mercado laboral formal. Además de que la considera como una poderosa herramienta para la eliminación de la desigualdad, la pobreza, y como una inversión en el bienestar, en donde la universalización juega como uno de los principios clave, entendiendo que la seguridad social no es el fin, sino el medio para lograr el bienestar de la población, asegurar la calidad y el acceso a los servicios y transferencias que el Estado otorga para la protección, distribuyendo o redistribuyendo recursos para que las personas puedan vivir con certeza (CIESS, 2022, p. 4).

En el caso de México, Macías Santos et al. (1993, p. 1) definen el concepto de seguridad social como

(...) un sistema general y homogéneo de prestaciones, de derecho público y supervisión estatal, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, mediante

la redistribución de la riqueza nacional, especialmente dirigida a corregir supuestos de infortunio.

La importancia de la seguridad social radica en su capacidad para proporcionar una red de protección y bienestar a los individuos dentro de una sociedad. Debe ser un sistema que garantice el acceso universal a servicios de salud, pensiones, seguro por desempleo y otras prestaciones, contribuyendo así a mitigar la desigualdad, promover la estabilidad económica y mejorar la calidad de vida. La seguridad social no solo actúa como un amortiguador frente a eventos adversos como enfermedades, accidentes o pérdida de empleo, sino que también fomenta la cohesión social al asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso equitativo a servicios esenciales. Además, al aliviar las preocupaciones financieras, permite a las personas participar activamente en la sociedad, invertir en su educación y contribuir al desarrollo económico sostenible. En última instancia, la seguridad social es un pilar fundamental para construir sociedades más justas, resilientes y orientadas al bienestar colectivo.

Ya hemos visibilizado como la inserción de la economía mexicana al proceso de financiarización reestructuro el desarrollo del país, dejó de lado el pacto social, volcó su función al libre mercado a medida que lo requiera la expansión del capital e impuso al Estado a reducir su papel impulsor. La nueva función del Estado consiste en adaptarse a los requerimientos de la reproducción, la tecnología, la financiarización y el dinamismo del comercio internacional. Los paquetes de política pública están conformados por reformas de carácter meramente estructural en materia fiscal, comercial, productiva y financiera, afectando el desarrollo social.

Por tanto, esta serie de reformas en la infraestructura económica y social de México generó una metamorfosis en los servicios de salud y bienestar de su población, así como en sus instituciones de salud y seguridad social, sobre todo en las administradas por el gobierno. Estas se vieron en la necesidad de ajustarse a las nuevas y crecientes demandas provocadas por la globalización del capital. Adicionalmente, en materia de pensiones y jubilaciones, se implementaron medidas de previsión social basados en la capitalización individual, para crear “sistemas financieramente viables” que protegieran el valor del ahorro de los trabajadores para garantizarles un retiro digno. Esta reforma puramente financiera confiaba en que las administradoras de fondos para el retiro privadas harían un manejo competitivo del ahorro social y reditarían ingresos reales que fortalecieran el sistema financiero en el largo plazo.

3.2 Sistema de Pensiones en México

La Constitución de 1917 debe considerar una gran importancia histórica. El artículo 123 se originó como una concepción de los derechos laborales y una doctrina que proporcionó fundamentos para la reestructuración y la creación de leyes del Estado posrevolucionario. “El Congreso de la Unión deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán: obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo” (CPEUM, 1917, p. 135).

En 1925, se promulgó la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, con el propósito de garantizar la protección de “los encargados de servicio público que no sea militar, incluyendo los docentes, cuyos cargos y remuneraciones estén en las leyes orgánicas del respectivo servicio o en el Presupuesto de Egresos, o que en virtud de la disposición legal, sean pagados con cargo al Erario Federal” (Art. 3, p. 324). En relación con esto Martínez señala:

Con esta ley se creó un fondo de pensiones en el que se depositaban las aportaciones de los trabajadores y del Estado, y se establecía que la jubilación podría ser por cesantía en edad avanzada, sobrevivencia e invalidez, y la edad mínima para acceder a esta prestación sería de 60 años. El ingreso de los jubilados sería un porcentaje del promedio del sueldo percibido en los últimos cinco años de su vida laboral (Martínez, 2020, p. 24).

Casi dos décadas después en 1942, se presentó en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, para la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el anteproyecto de la Ley del Seguro Social, “en este documento se establecía que el seguro de vejez, invalidez y muerte (VIM) debía basarse en el sistema de prima media general, y que se integraría en un fondo único a toda la colectividad asegurada de esa primera generación y de las venideras” (Martínez 2020, p. 26).

Con la promulgación de la Ley del Seguro Social en 1943, se definieron los diversos seguros a los que los trabajadores podían acceder, y se restringió la elegibilidad a empleados en empresas estatales, privadas o comunitarias bajo el régimen obligatorio. Entre estos seguros estaban los de invalidez, vejez y muerte; accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; cesantía involuntaria en edad avanzada, así como enfermedades no profesionales y maternidad.

La incorporación de los trabajadores a la seguridad social fue parte del papel que desempeñó el Estado en el periodo benefactor con el objetivo de cubrir las necesidades de salud y protección social de la población. De acuerdo con Gutiérrez, este sistema de protección laboral:

(...)se dio especialmente en sectores considerados estratégicos para el desarrollo económico del país, tanto por su importancia económica como por su número de trabajadores y la trascendencia de su organización sindical, situación que creó las condiciones para el establecimiento de una estructura muy diversificada (Gutiérrez 2002, p. 101).

No obstante, con la creación de organismos como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), se establecieron igualmente entidades a nivel estatal y municipal que gestionaban de forma autónoma las normativas relacionadas con la concesión de pensiones. Este enfoque fragmentado condujo a la descentralización de la administración, ya que los procesos de pago, recaudo y prestación de servicios estaban vinculados al tipo de entidad empleadora, sin contar con una regulación uniforme, a excepción de la base de la Ley del Seguro Social (LSS).

Por otro lado, la influencia que han tenido los tratados internacionales en la Seguridad Social Mexicana, el más destacado de todos es el elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT): El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima núm. 102) de 1952 sentó un precedente para la implementación de nuevas normas de protección a la población, y su propuesta es presentada a continuación:

- Regímenes universales;
- Regímenes de seguridad social con componentes relacionados con los ingresos o de tasa fija o ambos;
- Regímenes de asistencia social.

Los principios establecidos en el Convenio núm. 102 son:

- La garantía de prestaciones definidas;
- La participación de los empleadores y de los trabajadores en la administración de los regímenes;

- La responsabilidad general del Estado en lo que se refiere a las prestaciones concedidas y a la buena administración de las instituciones; y
- El financiamiento colectivo de las prestaciones por medio de cotizaciones o de impuestos.

Para lograr una cobertura en las siguientes ramas de la seguridad social:

- Asistencia Médica
- Prestaciones Monetarias De Enfermedad
- Prestaciones De Desempleo
- Prestaciones De Vejez
- Prestaciones En Caso De Accidentes Del Trabajo y Enfermedad Profesional
- Prestaciones Familiares
- Prestaciones De Maternidad
- Prestaciones De Invalidez
- Prestaciones De Sobrevivientes

El Convenio núm. 102 es considerado como una herramienta para la extensión de la cobertura de la seguridad social, y proporciona un incentivo a los países que lo han ratificado por ofrecerles flexibilidad en su aplicación en función de sus niveles socioeconómicos (OIT, 2022).

México, ratificó el Convenio núm. 102 el 12 de octubre de 1961, así como otros 77 convenios adoptados por la OIT (de los cuales 67 están en vigor). En el rubro de derechos fundamentales nuestro país ha ratificado seis convenios sobre trabajo forzoso, libertad sindical y protección del derecho de sindicación, igualdad de remuneración, abolición del trabajo forzoso, discriminación y peores formas de trabajo infantil (STPS, 2022).

En 1973, se promulgó una nueva Ley del Seguro Social con el propósito de lograr una cobertura más amplia y mejorar las prestaciones y ventajas ofrecidas a los asegurados. Con este fin, se introdujo un capítulo que permitía la incorporación voluntaria al régimen obligatorio de seguro social, con un enfoque particular en la posible inclusión de trabajadoras del hogar, trabajadores independientes y aquellos en industrias familiares. Además, se estableció el seguro de guarderías, se aumentaron las pensiones otorgadas por viudez e incapacidad permanente parcial y total, y se mantuvo el principio de redistribución para garantizar mayores beneficios a los asegurados con ingresos bajos.

Con la Ley del Seguro Social de 1973 aumentó la cobertura de las ramas de seguro que integraban al régimen obligatorio y se crearon otras prestaciones sociales. Con la ley anterior, solo se contemplaban tres tipos de seguros: Seguro De Riesgos De Trabajo, Enfermedades Generales y Maternidad e Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte; se agregó un cuarto: el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales para el cuidado de los hijos de trabajadores derechohabientes.

Los requisitos que cualquier asegurado debe cumplir para pensionarse bajo el Régimen de la Ley del Seguro Social 1973 son:

- Tener cumplidos al menos 60 años de edad al momento de presentar la solicitud de pensión de cesantía en edad avanzada y 65 años para la pensión de vejez.
- Haber causado baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.
- Encontrarse privado de trabajo remunerado.
- Haber estado inscrito al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997.
- Tener registradas ante el Instituto un mínimo de 500 semanas de cotización.
- Estar vigente en sus derechos ante el Instituto o dentro del periodo de conservación de derechos que prevé la Ley.

En línea con lo anterior, Villarreal indica que:

(...)el monto de la pensión depende del promedio del salario base de cotización de los últimos cinco años laborales del asegurado y de la edad de retiro. Si el trabajador se pensiona a los 60 años recibirá 75% del salario base de cotización promedio; a los 61 el 80% y así aumentará cinco puntos porcentuales por cada año que se retrase la edad de pensionarse hasta llegar a 65, con 100% (H. Villarreal, 2020, p. 17).

A partir del 1º de mayo de 1992²⁰ se creó un nuevo ramo de seguro para el régimen de seguro obligatorio: el SAR-IMSS 92²¹, mismo que originó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), basado en el establecimiento de cuentas individuales de ahorro de aportación patronal obligatoria

²⁰ Año en el que se firma el Tratado de Libre Comercio (TLC) de América del Norte entre Estados Unidos, Canadá y México.

²¹ Vigente entre mayo de 1992 y junio de 1997.

equivalente al 2% del salario base de cotización con tope máximo de 25 veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal para trabajadores tanto integrados al sector privado como al público a través de las leyes del IMSS y el ISSSTE.

El objetivo del SAR de complementar al sistema público de reparto tenía algunos recovecos meramente financieros, como el que las aportaciones se depositaran en cuentas administradas por bancos comerciales que quedaban como responsables de llevar su registro, generación de estados de cuenta y hacer los ajustes necesarios para lo cual cobraban por gastos de operación el 0.8% anual sobre el saldo acumulado de la subcuenta. Asimismo, las instituciones involucradas en el sistema podían mantener los fondos del SAR hasta por cuatro días con objeto de cobrar un *floating* sobre el servicio para después enviar los recibos al Banco de México. Por su parte, el gobierno pagaba una tasa de interés por estas aportaciones no inferior al 2% anual, con una periodicidad mensual sobre el saldo ajustado por la inflación²².

El SAR inició juntamente con la aportación patronal equivalente al 5% del salario base de cotización para el Instituto del Fondo para la Vivienda del Trabajador (Infonavit). El Infonavit dejó de constituir el Fondo de Ahorro con las aportaciones de sus derechohabientes y comenzó a integrar con éstas la Subcuenta de Vivienda²³ (Infonavit, 2022).

Esta legislación (vigente hasta el 30 de junio de 1997) incorporó un régimen voluntario, mediante el seguro facultativo y los seguros adicionales, logrando así un enorme avance en los esquemas de protección social para los trabajadores y su núcleo familiar, extendiéndose a otros sectores sociales desprotegidos no necesariamente vinculados a una relación laboral.

3.3 Reformas a la Ley de Seguridad Social y a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro

En 1994, el informe titulado “Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de las personas de edad avanzada y fomento del crecimiento”²⁴ emitido por el Banco Mundial (BM) fue

²² Lo que condujo a que en 1994 se creara la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y con ello, la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

²³ La Ley del Infonavit también se reformó en 1997 para establecer la suspensión de los descuentos del uno por ciento para el mantenimiento de unidades habitacionales; se reforma el artículo 43 Bis para permitir que el saldo de la Subcuenta de Vivienda pueda ser la garantía para obtener un crédito con una entidad financiera o en cofinanciamiento, y para permitir aportaciones voluntarias a la cuenta individual que puedan ser transferidas a la Subcuenta de Vivienda.

²⁴ Disponible en

<https://documents1.worldbank.org/curated/es/204101468190731858/pdf/135840PUB00SPANISH00Box074505B0PUBLIC0.pdf>

ampliamente reconocido como un análisis fundamental en lo que respecta a las estrategias destinadas a la reestructuración y la transferencia a manos privadas de los sistemas de pensiones.

De acuerdo con Correa, este documento:

Argumenta que la reforma es necesaria debido a los cambios demográficos que muestran un aumento en la esperanza de vida y una disminución en la tasa de fertilidad, además de la tendencia al alza de la deuda pública, la cual podría llevar a una nueva crisis financiera y al empobrecimiento de los pensionados. El informe llama a actuar de manera urgente, pues se cuenta con un tiempo escaso para la aprobación de reformas antes de que surja una crisis financiera y social (Correa, 2022, p. 86).

Dada las recomendaciones del Banco Mundial, durante el sexenio de 1994 - 2000, se presentó un estudio que evidenciaba problemas financieros en el IMSS, así como un deterioro en el sistema de pensiones. El trabajo decía que entre 1990 y 1995 se experimentó un estancamiento en la afiliación por lo que eran necesarios nuevos mecanismos para reactivarlo. De igual forma, el Instituto tenía serios problemas en la administración de la información y de los recursos. Esta situación conjugada con: el crecimiento en la esperanza de vida, la disminución de la tasa de mortalidad y un descenso en la tasa de fertilidad, fueron elementos agregados y justificados por los organismos internacionales para implementar cambios importantes en el esquema de pensiones, pensando en el sostenimiento de corto y largo plazo del Instituto.

En 1995 se envió al Congreso una propuesta para una nueva Ley de Seguridad Social, cuya finalidad primordial sería: lograr viabilidad financiera para el IMSS. También incentivar la afiliación, disminuir la economía informal y elevar la productividad del trabajo, además de que introduciría instrumentos para combatir la subdeclaración de ingresos mediante la disminución de los impuestos marginales al trabajo, así como promover mecanismos que impulsaran el desarrollo y crecimiento de la seguridad social.

El 1 de julio de 1997, se implementó la Ley del Seguro Social de 1997 (LSS 97), la cual derogó la Ley del Seguro Social de 1973 (LSS 73). La LSS 97 introdujo un nuevo modelo de pensiones que reemplazó el sistema de beneficios definidos, que se basaba principalmente en el salario del trabajador al final de su carrera laboral, por un sistema de contribuciones definidas. En este nuevo enfoque, las contribuciones provienen de tres fuentes: el empleador, el trabajador y el Estado, y se

destinan a una cuenta individual gestionada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE). La cantidad de la pensión dependerá de los fondos acumulados en esta cuenta individual. El propósito de esta reforma era asegurar la estabilidad financiera del sistema de pensiones al tiempo que brindaba transparencia en la gestión de los ahorros individuales. (Banxico, 2021).

Es decir, la LSS 97 decía que cada cuenta individual para el retiro estaría constituida por dos subcuentas: el seguro de Retiro, Cesantía y Vejez (RCV) y la subcuenta de vivienda, ambas administradas por Administradoras de Fondos para el Retiro (AFOREs). El trabajador tendría una tercera cuenta destinada para las aportaciones voluntarias. El seguro de Invalidez y Vida (IV) seguiría administrado por el IMSS, pero la prestación sería otorgada por una compañía de seguros.

A partir de la entrada en vigor de la nueva LSS en julio de 1997 hubo cambios trascendentes para el futuro de los trabajadores afiliados. Uno, fue el abrir la posibilidad a que las Instituciones Privadas de Seguros llevaran a cabo la administración y pago de las pensiones derivadas de la Seguridad Social, actividad que desarrollaba anteriormente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Otro fue que el mercado laboral de trabajadores inscritos al IMSS se segmentó en dos: trabajadores que tendrían la opción de pensionarse con la Ley 73 y trabajadores que se pensionaran forzosamente con la Ley 97, lo cual implicó que, aun así el flujo de las aportaciones de los trabajadores se iría a una Administradora de Fondos para el Retiro (Afore), y al final de su etapa laboral en caso de optar por el régimen de la Ley 73 tendrían que entregar los recursos al Gobierno y se recibiría la pensión correspondiente.

Pero, la principal diferencia entre ambos esquemas pensionarios fue que se cambió la forma como se financiarían las pensiones al pasar de un sistema de beneficio definido (Ley73) a uno de contribución definida (Ley 97) como lo describen Solís y Villagómez (1999 pp. 108-109):

- i) **Beneficio Definido (BD):** en el que se especifica por adelantado el monto del beneficio al cual será acreedor un afiliado al momento de su retiro; este beneficio se determina a partir de una fórmula que depende del salario obtenido por el trabajador durante los últimos años de su vida laboral, realizándose ajustes por el tiempo de

- servicio excedente de un periodo mínimo de contribución, aunque es posible que en algunos casos se considere el salario obtenido durante toda la vida laboral, y
- ii) **Contribución Definida (CD)** en la que se especifica el monto de las contribuciones, pero no el de los beneficios; éstos dependerán de la acumulación de las contribuciones y de su capitalización.

En general estos sistemas incluyen alguna garantía de una pensión mínima conforme al principio de solidaridad social. En cuanto a la clasificación es el financiamiento del plan, tenemos:

- a. **Planes de reparto:** en los que las contribuciones son canalizadas a un fondo común, que es utilizado para pagar los beneficios de los jubilados actuales del plan; en consecuencia, no existe un fondo de reserva que se invierta y capitalice.
- b. **Planes de capitalización:** en los que las contribuciones pasan a formar parte de un fondo de reserva, el cual es invertido, y cuyos rendimientos serán parte de los beneficios a pagar a los jubilados. Este plan puede ser colectivo o individual, por lo que la reserva se ubica en un fondo mancomunado o en cuentas individuales.

Es relevante recordar la razón que permitió que el esquema BD y los planes de reparto funcionaran, fueron factores como el crecimiento económico y la generación de empleos formales. Como hemos descrito ya, México se vio beneficiado durante y después de la Segunda Guerra mundial con la entrada en marcha del modelo ISI. Esto llevó a nuestra economía a lograr un progreso social palpable pues el proceso de industrialización.

El mercado de trabajo es un referente medular para observar el comportamiento de los sistemas de previsión social, puesto que para tener acceso a algún servicio de seguridad social se debe tener con un empleo formal, en otras palabras, un empleo con derechos a las prestaciones que impone la Ley Federal del Trabajo. Como se observa en la gráfica 3.1 el comportamiento de la Población Económicamente Activa (PEA) y la PEA Ocupada de la década de los años sesenta, setenta y ochenta crecían prácticamente al mismo nivel, lo que refleja que para las décadas donde se producía bajo el modelo ISI, el mercado laboral se encontraba en pleno empleo, lo que permitió que funcionaran los sistemas de previsión social de reparto.

No obstante, esa brecha se empezó a ampliar después de la década del año 2000. Con las reformas a la Ley de Seguridad Social emergieron ciertos fenómenos de desprotección que en paralelo a la globalización modificaron las formas de vinculación de la fuerza de trabajo con empresas e instituciones tanto público como privadas. El proceso de contratación se llevaba a cabo “fuera de nómina”, principalmente con el propósito de evitar el pago de las contribuciones del empleador a la seguridad social. Esta práctica podía observarse en empresas de cualquier tamaño o en diversos sectores económicos. Al respecto en su documento titulado “La informalidad laboral: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo: marco conceptual y metodológico” el INEGI describe que:

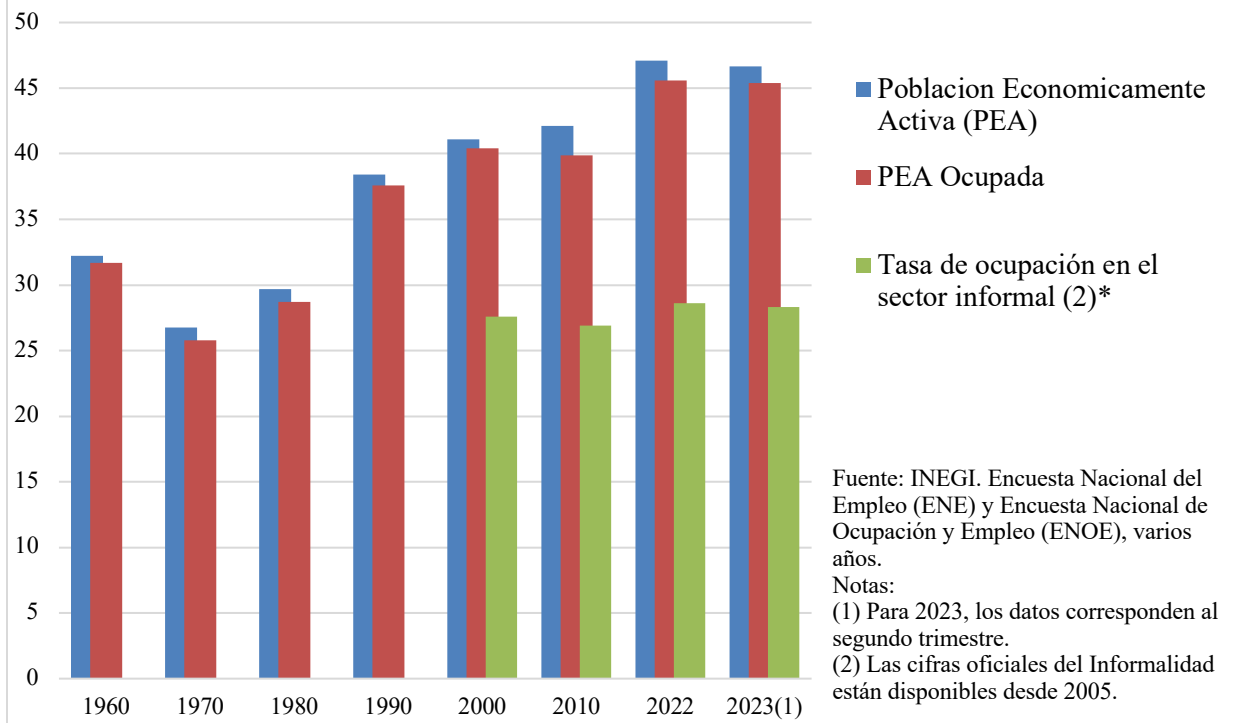
Los trabajadores bajo esta situación pueden estar recibiendo un salario o manejando la relación laboral como si fuera mercantil (trabajadores por comisión u honorarios) pero el hecho es que como también sucede en el servicio doméstico, no pueden hacer efectivos ciertos derechos laborales (seguridad social, beneficios no salariales, liquidación o finiquito al término de la relación de trabajo) ni tener acceso a las instituciones de salud comprendidas dentro de esos derechos. Estos casos no caen dentro del ámbito del Sector Informal, porque la empresa o institución para las que aportan sus servicios están perfectamente constituidas como tales o, como mínimo, el negocio ya está registrado ante la autoridad fiscal. (INEGI, 2014, p. 5).

En relación con lo anterior Martínez plantea que:

(...)la informalidad laboral conlleva relaciones de trabajos irregulares que, en algunos casos, están determinadas por el incumplimiento de la legislación fiscal y laboral que de manera deliberada realizan las empresas; aunque en otros casos, como en las actividades de autoempleo, son producto de las limitaciones del sistema institucional para incorporar a la seguridad social a los trabajadores por cuenta propia que, ya sea por voluntad o por exclusión del mercado, desarrollan actividades productivas al margen de la normatividad (Martínez, 2017, p. 5).

Como se observa en la gráfica 3.1, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 28 de agosto de 2023), la tasa de ocupación en el sector informal observa niveles altos y relativamente estables para los últimos veintitrés años, 27.6% para la década del 2000, 26.9% para 2010, 28.6% y 28.3% para 2022 y 2023 respectivamente, lo que indica que en su motivación subyacen factores estructurales de la economía mexicana y del mercado de trabajo.

Gráfica 3.1
PEA y PEA Ocupada 1960-2023
(Porcentajes)



Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) el principal problema del sistema de pensiones es justamente esta transición del sistema de Beneficio Definido (BD) al sistema de Contribución Definida (CD) pues, en su estudio sobre las pensiones de 2016 argumenta que:

La fórmula de BD del sistema antiguo ofrece un beneficio pensionario que no corresponde con el fondeo de las contribuciones, ya que es mucho mayor de lo que los ahorros acumulados pueden otorgar. Por lo tanto, una persona que haya trabajado y aportado al sistema de pensiones un mes antes de la introducción del nuevo sistema, recibirá un beneficio pensionario mucho mayor que aquel individuo que ingresó al sistema un mes después, aunque ambos aportaran lo mismo y tengan la misma carrera laboral. Esta diferencia, obviamente, puede producir desaliento y oposición a la nueva pensión de CD (OCDE, 2016, p. 4).

Por lo que, la OCDE propone eliminar la fragmentación de todos los planes de pensiones mediante el incremento de las contribuciones obligatorias, a través de un mecanismo “pro-rata” para allanar

la transición del “viejo” sistema de beneficio definido al “nuevo” sistema de contribución definida con el objetivo de establecer un sistema de pensiones realmente nacional e igual para todos los mexicanos. De igual forma, justifica y ratifica el éxito de la reforma de los años 1990 al decir que se ha mejorado la sostenibilidad financiera.²⁵

Finalmente, la reforma más reciente fue la del año 2020 que entró en vigor en 2021. De acuerdo con lo publicado por el Banco de México (2021), los principales elementos de esta reforma son:

- a. Un incremento en el porcentaje de las aportaciones, en particular las realizadas por los patrones, a las cuentas para el retiro de los trabajadores de 6.5% a 15% del Salario Base de Cotización (SBC), mismo que se realizará de forma gradual a partir de 2023 y concluyendo en 2030;
- b. Un esquema flexible para la obtención de la pensión mínima garantizada (PMG), la cual ahora varía en función de la edad, el salario promedio del trabajador y las semanas de cotización y que, en general, es mayor a la anterior PMG fija;
- c. La reducción en el número de semanas que un trabajador debe haber cotizado al IMSS durante su vida laboral para tener derecho a una pensión; y,
- d. El establecimiento de un límite máximo a las comisiones que cobran las administradoras de fondos para el retiro.

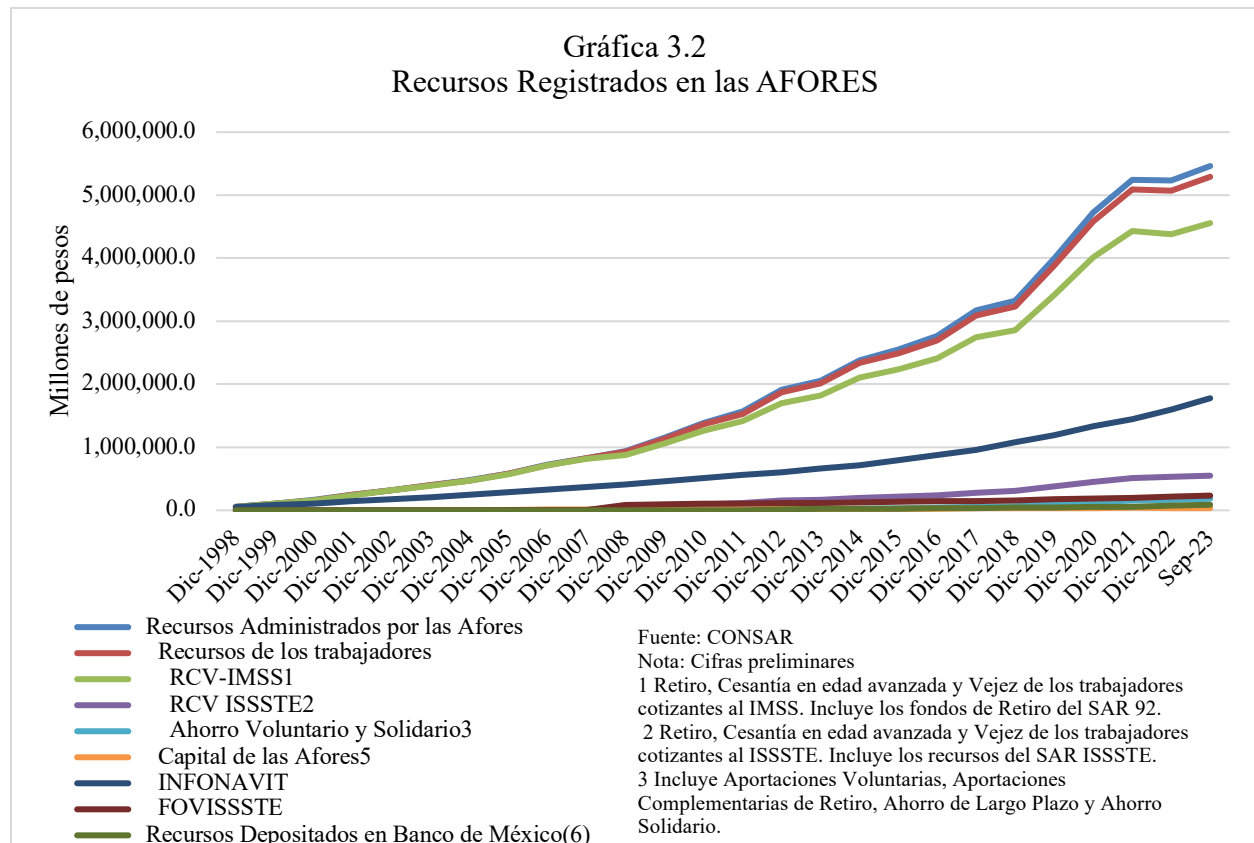
En resumen, se aprobó un aumento en las contribuciones de los empleadores. De esta manera, el total de las aportaciones para las pensiones aumentará gradualmente. Además, se redujo el número de semanas cotizadas necesario para calificar para una pensión, se incrementó el monto de la pensión garantizada y se disminuyeron las comisiones que las Afores cobran.

De acuerdo con el balance 2021 de la CONSAR, debido a la reducción transitoria de las semanas cotizadas de 1,200 a 750, fue posible que 27 mil 396 personas se pensionaron, cifra superior a los 12 mil trabajadores que estimaron las autoridades antes de que se aprobara la reforma al Sistema de Pensiones para el Retiro (SAR) en diciembre de 2020. De las 40 mil personas que se estimaba que llegarían a los 65 años en el 2021, sólo el 30 por ciento iba a alcanzar una pensión, dado que no todos alcanzaban las mil 250 semanas de cotización que se requerían. Ese porcentaje aumentó a 68.5 por ciento como consecuencia de la reforma al SAR (Zepeda, 2022).

²⁵ Véase <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/sistema-de-pensiones-de-mexico-ocde.htm>

Sin embargo, esta reforma no garantiza un retiro temprano, pues, aunque los trabajadores verán reducidas las semanas de cotización en casi 45 por ciento; las semanas de cotización se incrementarán en 25 semanas cada año para acumular al menos mil semanas de cotización.

Este trabajo considera importante revisar los montos que son administrados por las AFORES y sobre todo como son invertidos. Como lo muestra la gráfica 3.2, el SAR administró alrededor 73.1 millones de cuentas de las cuales 340,000 corresponden a los trabajadores independientes. El monto administrado suma 5 billones 550,945 millones de pesos, es decir el 18.92 por ciento del PIB nacional en el 2022 y en comparación con el mismo periodo de 2022 el saldo observó un incremento de 575,268 millones de pesos. Estos recursos representan alrededor del 31.4% del total de activos en el sistema financiero mexicano.



De acuerdo con la CONSAR (2023), del conjunto de fondos acumulados en el sistema, el 49.9% (equivalente a 2.74 billones) proviene de los rendimientos netos generados a lo largo del tiempo, mientras que el restante corresponde a las contribuciones compartidas por empleadores, empleados y el Estado. El sistema ha logrado ofrecer una tasa de rendimiento anual nominal del 10.48% y un

4.68% en términos reales. Estos resultados se deben a las inversiones a las que los trabajadores pueden acceder a través de las Siefores.²⁶

En cuanto a los instrumentos financieros en donde están invertidos los recursos administrados por las AFORES, en la gráfica 3.3 se puede observar que en promedio para el periodo de diciembre de 2019 a septiembre de 2023, las SIEFORES están conformados en los siguientes porcentajes: 6.8% está invertido en instrumentos de renta variable nacional, 12.31% en instrumentos de renta variable internacional, 0.32% en mercancías²⁷ (a través de vehículos con exposición física a oro y plata), 15.15% está en deuda de empresas privadas, siendo infraestructura, empresas productivas del estado y banca de desarrollo con mayor inversión en este ramo, 7.37% se invierte en instrumentos estructurados; 2.78% se destina a inversiones en fideicomisos inmobiliarios en bienes raíces (FIBRAS), 1.04% en deuda internacional, el mayor porcentaje de inversión están en deuda del Gobierno Federal con el 51.17% siendo los UDIBONOS y los BONDES D los de mayor inversión, finalmente el 2.92% restantes está en otros activos (CKD'es²⁸).

Estas reformas han tenido implicaciones particularmente financieras en distintas dimensiones, además de variaciones en el número de trabajadores que podrán alcanzar una pensión, en el monto de las mismas, en los activos bajo administración de las Sociedades de Inversión de los Fondos para el Retiro (SIEFORES) y en las finanzas públicas. Dichas implicaciones y elementos se analizan a continuación.

3.4 Reforma Financiera del Sistema de Pensiones

En el capítulo 1 se ha vislumbrado como las directrices impulsadas por el Consenso de Washington, con el respaldo de instituciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los grandes bancos estadounidenses, e incluso por fracciones de grandes corporaciones y conglomerados financieros en América Latina, han ocasionado alteraciones fundamentales en los cimientos económicos de la zona. Sin embargo, el resultado más sobresaliente de casi cuatro décadas de reformas estructurales, ha sido la notable reducción de la independencia económica en la mayor parte de la región.

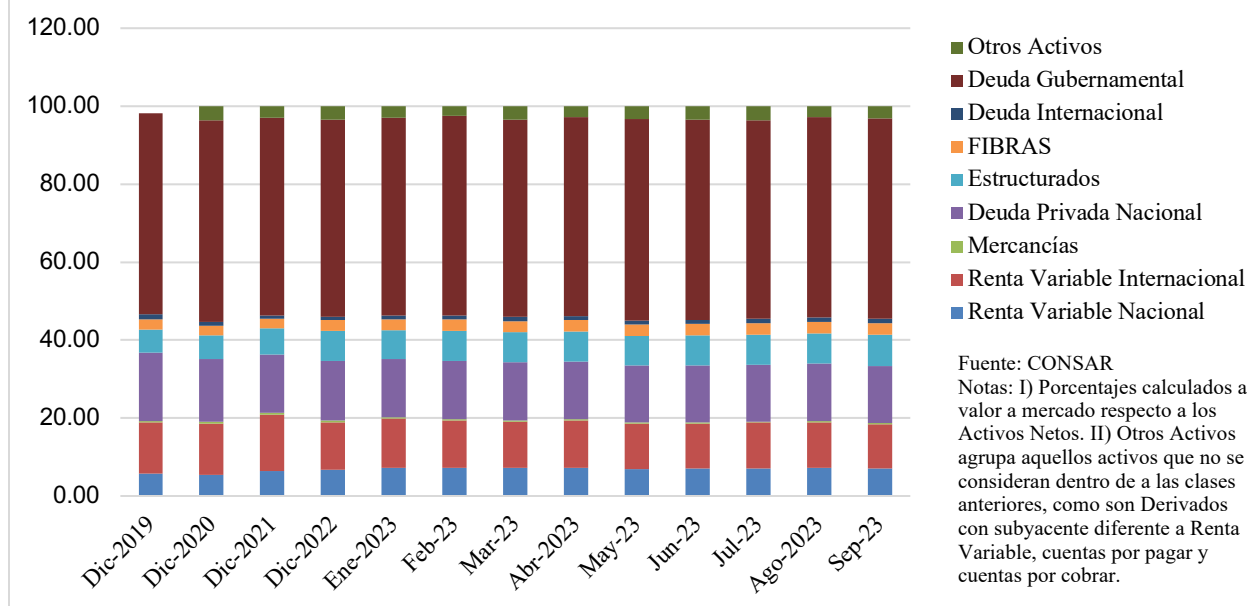
²⁶ <https://www.gob.mx/consar/articulos/el-sistema-de-ahorro-para-el-retiro-a-26-anos-de-su-implementacion>

²⁷ En lo referente a la inversión en mercancías, la CONSAR indica que la inversión en este tipo de instrumentos fue aprobada por el Comité Consultivo y de Vigilancia, y la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) en julio de 2011. Véase <https://www.gob.mx/consar/prensa/se-realiza-primerainversion-en-mercancias-en-el-sar>

²⁸ Mercado de Capital de Desarrollo CKD'es. Véase

https://www.bmv.com.mx/es/Grupo_BMV/Instrumentos_disponibles/_rid/965/_mod/TAB_MERCADO

Gráfica 3.3
Composición de las Inversiones del Sistema de Pensiones (Porcentajes)



Específicamente, la reforma al sistema de pensiones refirió cambios significativos en su estructura y regulación que afectaron directamente a la seguridad financiera de la población trabajadora en aras de la ganancia financiera. Al respecto Vidal y Marshall escriben:

Las formas de constitución de la ganancia financiera de las corporaciones y los grupos financieros están en el centro del origen y del desarrollo de la crisis. Ello sucede en Estados Unidos, como en Europa y en América Latina. Desde hace años avanza un capitalismo dominado por las finanzas, un régimen de acumulación con dominación financiera. No se trata únicamente de la multiplicación de las colocaciones de recursos en multitud de títulos, como los que constituyen los mercados de derivados, acción que realizan lo mismo las tesorías de algunas firmas transnacionales, como fondos de inversión, bancos y hasta hace poco la banca de inversión. Además de ello, dominan las operaciones de fusiones y adquisiciones por sobre la inversión en nueva capacidad de producción. También implica el avance del financiamiento de las corporaciones con fondos propios, es decir a partir de la colocación de acciones, el manejo de la tesorería y la emisión de títulos de deuda y otros medios de titulación (Vidal y Marshall, 2009, p. 36).

En relación a lo anterior, la globalización de los mercados financieros que se consolidó en la década de 1990, permitió a los rentistas diversificar sus carteras invirtiendo en una variedad de activos y regiones geográficas, aumentando la volatilidad y la vulnerabilidad hacia las crisis económicas.

En esta misma idea, Vidal explica:

Conforme avanzaron los años noventa, los restos de las reglamentaciones creadas para limitar los efectos negativos de los años veinte, incluida la gran depresión, como también la separación y distinción por tipos de mercado entre las instituciones financieras, fueron suprimidas. Las familias desplazaron sus ahorros desde depósitos bancarios hacia activos financieros, se multiplicaron las instituciones financieras no bancarias, y las restricciones para la colocación de recursos desde los fondos de pensiones se han ido eliminando. Las leyes y reglamentaciones que no permitían a las sociedades de inversión y a los fondos de pensiones comprar papeles en el extranjero se han ido flexibilizando o anulando (Vidal 2007, p. 69).

La expectativa de un futuro más prometedor para América Latina en la década de 1990 se basaba en una mezcla de reformas políticas que buscaban la liberalización y estabilización, el Plan Brady²⁹ para aliviar la deuda y el proceso de democratización. Ya en 1986, México se había unido al GATT, y se habían observado importantes esfuerzos de reforma en varios países durante la conferencia del Instituto de Economía Internacional en noviembre de 1989. No obstante, el año 1989 marcó un punto de cambio significativo. La privatización se inició de manera sustancial con la venta de la participación mayoritaria del Estado en Teléfonos de México a un consorcio privado, y México logró la primera reestructuración de deuda de Brady en septiembre de ese mismo año. (Kuczynski, y Williamson 2003).

Para el año de 1994, México cerró las negociaciones para la apertura comercial con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), al respecto Kuczynski, y Williamson mencionan:

México completó su entrada en el Tratado de Libre Comercio después de largas negociaciones con Canadá y Estados Unidos, sentando las bases para la cuadruplicación de sus ingresos por exportaciones en los siguientes 6 años.

Sin embargo, ese mismo año presencié el regreso de la crisis a la región. Poco después de la inauguración de una nueva administración en México en diciembre de 1994, el déficit insostenible de la cuenta corriente de los años 1992-1994 creó una crisis de confianza que finalmente condujo a una devaluación importante y

²⁹ El Plan Brady, fue una estrategia financiera implementada en 1989 para abordar la crisis de la deuda de los países en desarrollo, en particular de América Latina. El plan incluyó varios componentes importantes: 1) Reducción de la deuda: Se ofrecieron a los países deudores la opción de canjear sus viejos bonos de deuda por nuevos bonos con términos más favorables, como tasas de interés más bajas o plazos más largos. 2) Apoyo financiero: Los países deudores recibieron apoyo financiero adicional, a menudo en forma de préstamos y asistencia técnica para ayudar en la reestructuración económica y la implementación de reformas. 3) Compromiso de reforma: Los países se comprometieron a llevar a cabo reformas económicas y políticas destinadas a estabilizar sus economías y fomentar el crecimiento sostenible. Estas reformas a menudo incluyeron medidas para mejorar la gestión fiscal, reducir la inflación y promover la inversión extranjera.

desordenada. Para evitar un incumplimiento de la deuda, se tuvo que organizar un paquete de rescate internacional masivo que en principio ascendió a casi 50 mil millones de dólares, lo que generó mucha controversia en el Congreso de los Estados Unidos porque ocurrió poco después de la adhesión de México al TLCAN (Kuczynski, y Williamson, 2003, p. 26).

Durante la crisis financiera de 1995 en México, el FMI planteó la necesidad de una reforma en los mercados financieros nacionales para incrementar el ahorro interno. Argumentaron que esto era esencial para contrarrestar la caída de los precios de los activos cuando se producía una importante salida de capitales de estos mercados, fenómeno conocido como *hot money*. Según el FMI, en el contexto de América Latina, las estructuras de mercado carecían de competencia, ya que existía un reducido número de grandes inversores con capacidad para influir en los precios de los activos financieros. Sin embargo, al mismo tiempo, aumentar el número de grandes inversores podría intensificar la inestabilidad de los mercados. En consecuencia, la propuesta de permitir que los bancos principales administraran los fondos de ahorro de los trabajadores se consideraba una forma de gestionar el equilibrio y mitigar las posibles pérdidas resultantes de la disminución de los precios de los activos financieros (Correa, 2022).

La privatización del sistema de pensiones fue inminente, sobre ello Correa sustena:

En realidad la privatización de los fondos de pensión de los trabajadores proporciona a los mercados de títulos un flujo periódico y seguro de recursos adicionales, lo que ha venido configurando un monto creciente de fondos que, combinados con los títulos de deuda interna también crecientes, provee un soporte de liquidez al mercado de valores. Un mayor número de participantes, unos con capital propio, otros con los ahorros de los trabajadores, necesarios para los momentos en que una parte de ellos requiere dejar ciertos títulos o el mercado doméstico, manteniendo sin merma sus ganancias financieras.

Una reforma financiera perfecta, pero una contrarreforma social que nuevamente configura una fuerza de contracción económica, pues las aportaciones de los trabajadores que bajo el sistema de reparto contribuían a incrementar la demanda y el consumo de los trabajadores, en este caso pensionados, ahora se trata de ahorro forzoso que sustrae un monto constante del salario y del consumo de los trabajadores (Correa 2010, p. 97).

Por su parte, Villagómez (2010) presenta evidencia de los efectos de la reforma de pensiones en el ahorro público y privado, escribe que, a más de diez años de la implementación de esta reforma, aún es poco claro si los objetivos planteados se han alcanzado. Argumenta que “el análisis suele

ser complicado por diversas razones, de las cuales destaca el hecho de que los efectos que genera el cambio en el sistema de pensiones son acompañados por aquellos ocasionados por otras reformas estructurales que generalmente se implementan de manera simultánea” (Villagómez 2010, p. 274).

Su estudio se basa en analizar econométricamente los efectos de la reforma sobre el ahorro nacional a través de cuatro posibles canales y agregar dichos efectos:

- a. El cambio en el ahorro público.
- b. La forma en que el ahorro privado responde a modificaciones en el déficit público.
- c. El nuevo ahorro contractual³⁰ de los hogares que es generado por el cambio de régimen provisional.
- d. Los cambios en el ahorro voluntario de los hogares, causados como respuesta al ahorro contractual que éstos deben realizar.

Al respecto, el autor comenta:

La suma de los cuatro efectos determina el impacto de la reforma en el ahorro nacional. El *primer canal* se debe a que esta reforma estructural afecta directamente el gasto o deuda del sector público, pues genera un déficit de transición en el corto y mediano plazos. Al abandonarse el antiguo sistema de pensiones, el pago a los ya pensionados bajo el programa anterior recae directamente en el Estado, que deja de contar con las aportaciones de los trabajadores actuales tras la reforma. El financiamiento de este déficit se puede obtener mediante el intercambio de deuda implícita por explícita (en forma de otro tipo de activo gubernamental o préstamo), o puede darse por un reajuste en el déficit, destinando recursos fiscales a cubrir la deuda de transición, ya sea disminuyendo el gasto en otras áreas del presupuesto o aumentando los impuestos. En el largo plazo puede aumentar el ahorro público al reducirse los recursos necesarios para cubrir el pago de pensiones, y sólo tener la responsabilidad de la cuota social y la pensión mínima garantizada. Además, este cambio institucional puede reducir la necesidad de ajustes en el sistema de seguridad social y, por lo tanto, reducir costos futuros. La forma como se financie este déficit afecta también el ahorro privado (*segundo canal*), dependiendo del efecto desplazamiento que la deuda pública ocasione en el ahorro privado y en el posible cumplimiento de la equivalencia ricardiana por parte de los agentes privados.

El *tercer canal* hace referencia a los efectos sobre el ahorro privado como consecuencia de la respuesta de los individuos al ahorro forzoso, introducido por

³⁰ “Aportaciones de los trabajadores, los patrones y el gobierno a las cuentas de ahorro para el retiro, de las comisiones cobradas por la administración privada de dichos fondos, y de los rendimientos que obtienen las inversiones del capital previsual.” (Villagómez 2010, pág. 299)

el nuevo plan de pensiones. Dentro de la literatura se asume que en un sistema de capitalización en cuentas individuales existiría un mayor rendimiento sobre el ahorro obligatorio, lo que propiciaría un cambio en las restricciones presupuestales intertemporales, y afectaría el ahorro y el consumo de los hogares. Esto es posible debido a tres causas. Primera, porque la tasa de rendimiento sobre el capital real es mayor que la tasa de interés de mercado. Esto significa que se pueden obtener ganancias en el ingreso a través de diferentes generaciones, debido a la formación de nuevo capital. La segunda es cuando la tasa de descuento de los individuos es menor que la tasa de mercado. Finalmente, la exposición a un portafolio más diversificado podría permitir mayores rendimientos en los fondos de retiro y, por lo tanto, generar incrementos adicionales en el ingreso al hacer crecer el ahorro obligatorio. Sin embargo, en teoría el ahorro obligatorio podría quedar neutralizado totalmente por una reducción del ahorro voluntario, lo que ocasionaría una reestructuración del ahorro individual y lo dejaría inalterado. Este efecto corresponde al cuarto canal. Las condiciones necesarias para la “neutralización” son la inexistencia de miopía (tasas de descuento subjetivas relativamente bajas), mercados financieros perfectos y lejanía de niveles de consumo de subsistencia (Villagómez, 2010, pp. 275-276).

Respecto al canal que mide los cambios en el ahorro voluntario, Villagómez demuestra que “el ahorro contractual es, en general, similar o menor a las aportaciones brutas canalizadas al sistema de ahorro para el retiro y la vivienda, lo que muestra en particular un efecto de altas comisiones durante los primeros años del sistema” (2010, p. 299). Y, que “el ahorro creado por el sistema de ahorro para el retiro y la vivienda puede producir efectos positivos en el ahorro privado, ya que los agentes privados no reestructuran su ahorro voluntario” (2010, p. 300).

Dentro de sus hallazgos, el autor concluye que como el ahorro público es uno de los dos componentes del ahorro nacional, el costo de la reforma tiene un efecto directo en este último. Pero, el cambio en el ahorro público puede afectar también de forma indirecta el ahorro nacional, por medio de la respuesta del ahorro privado al déficit del Estado. La tercera manera en que la reforma afecta el ahorro nacional es la introducción del ahorro contractual, aquí se demuestra que este ahorro es similar o menor a las aportaciones brutas canalizadas al sistema de ahorro para el retiro y la vivienda, lo que muestra un efecto de altas comisiones durante los primeros años del sistema (Villagómez, 2010).

De acuerdo con los resultados finales, muestra que el efecto total de la reforma en el ahorro es:

(...)un aumento de 2.6 por ciento del PIB en el ahorro cuando se cumplen las condiciones de un escenario optimista (ajuste fiscal total, alta respuesta del ahorro privado a cambios en el ahorro público, y no neutralización del ahorro

contractual). El otro extremo es un incremento de 0.1 por ciento del PIB cuando las condiciones son las de un escenario completamente pesimista (mayor conversión de déficit de transición en deuda explícita, una reacción nula del ahorro privado al cambio del déficit, y neutralización parcial del ahorro contractual). (Villagómez, 2010, p. 300).

El autor recomienda mantener políticas que coadyuven a una reducción de comisiones y a un aumento en rendimientos para favorecer un mayor ahorro contractual de los afiliados.

A manera de reflexión, sería importante cuestionarse ¿Qué problemas ha presentado y persisten la reforma en pensiones? Posiblemente involucre a la baja aportación del estado y los empleadores a la seguridad social y el tiempo necesario de cotización para tener acceso a una pensión. La reforma de 2020 a la ley del IMSS señala que, para tener derecho a una pensión, se requiere cotizar durante mil semanas, lo que representa casi 20 años. Pero, si tenemos un mercado laboral con subcontratación, gran movilidad (individuos que cambian constantemente de trabajo o que van de la formalidad a la informalidad), altas tasas de informalidad, entre otros, va a ser muy complicado lograr cotizar para una pensión digna que solo se otorga bajo un trabajo formal y fijo durante 20 años. Para aquellos que logren mantenerse en un trabajo en el puedan cotizar, lograr un ingreso alto al pensionarse podría llevarle al trabajador hasta 40 años de vida.

Otra cuestión es la imposibilidad del trabajador para ahorrar para su retiro, datos de la Consar demuestran que el saldo del ahorro voluntario representa 2.1% de los más de 5.4 billones de pesos administrados por las afores³¹, de aquí podemos derivar que aun cuando la rentabilidad sea muy buena, las pensiones serán bajas porque se derivan del nivel de ingreso con el que se está cotizando. El último aspecto problemático son las altas comisiones que cobran las AFORES, por ejemplo: si una afore cobra el 1.5% de comisiones indica que de cada peso que el trabajador aporta a su cuenta, solamente ingresan 75 centavos y lo demás corresponde a las comisiones, situación que solo ha fortalecido el mercado financiero a costa de profundizar la problemática social. Este es un elemento que hay que discutir y regular por medio de la política económica para poder re fundear al sistema público de seguridad social y dar mayor certeza y dignidad al retiro de los trabajadores.

³¹ Al cierre de septiembre de 2023.

Capítulo 4

Situación Económica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Resumen

Este capítulo presenta la situación financiera al cierre de 2022 del Instituto Mexicano del Seguro Social³², así como las principales acciones realizadas y los programas implementados. De acuerdo con lo reportado por el IMSS, su situación financiera continúa siendo presionada por una demanda creciente de servicios de salud y por el gasto en pensiones y jubilaciones que enfrenta, aunado al mandato de siempre cuidar y mantener el equilibrio financiero.

La situación financiera del IMSS puede variar con el tiempo y está sujeta a cambios dependiendo de múltiples factores. La forma en que se financia el IMSS, a través de las contribuciones de los trabajadores y los patrones, así como el apoyo del gobierno, puede enfrentar desafíos si las tasas de desempleo aumentan o si las contribuciones no cubren adecuadamente las necesidades del sistema. En respuesta a estos desafíos, el gobierno y las autoridades del IMSS han tomado medidas para abordar las presiones financieras y garantizar viabilidad financiera hasta el año 2037 para que la institución siga brindando servicios de salud y seguridad social a la población. El IMSS está obligado a mantener el equilibrio financiero, lo que significa que debe administrar sus recursos de manera eficiente para garantizar que los gastos no superen los ingresos. Por lo que, depende del rendimiento financiero de sus inversiones para mantener su estabilidad económica.

El primer apartado es la parte introductoria al capítulo, en el segundo apartado se aborda el tema de la transición demográfica y como este factor tiene un impacto directo en los costos de atención médica y pensiones. A medida que las personas viven más tiempo, es necesario proporcionar atención médica y beneficios de jubilación durante un período más prolongado. El tercer apartado aborda la situación financiera general del Instituto, se describen los ingresos, las fuentes de financiamiento y la manera en que se ejerce el gasto para la prestación de servicios. El cuarto apartado muestra el Balance General del Instituto y revisa su evolución de los últimos 5 años. El quinto apartado describe el Balance de Operación y explica como el Instituto pasó de balances deficitarios a cumplir con las metas de reservas y fondos laborales. El sexto apartado demuestra como el IMSS ha implementado políticas para la contención del gasto administrativo y de

³² Se utiliza Instituto o IMSS de manera indistinta para referirse al Instituto Mexicano del Seguro Social.

operación mediante compras consolidadas de medicamentos, subrogación de servicios y asociaciones publico-privadas. Por último, el apartado siete revisita la situación de las unidades médicas, equipo e instalaciones

Es importante destacar que en su mayoría este capítulo recupera fragmentos y replica información meramente estadística de los Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social publicados en su portal web³³.

4.1 Introducción

Con las reformas a la Ley del Seguro Social (LSS) en 2001 y 2004, los trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) se convirtió en un grupo cerrado. La aplicación del Convenio de octubre de 2005 y del respectivo de junio de 2008, el RJP significó una reducción de los pasivos laborales para el Instituto y un retroceso en las prestaciones económicas y de seguridad social de los trabajadores.

Sin embargo, la alta tasa de informalidad laboral en el país y, por tanto, menor tasa anual de ingreso por pago de cuotas obrero-patronales infiere al hecho de que el gasto destinado para cubrir la nómina de sus empleados jubilados y pensionados bajo el RJP sea una proporción mayor de su presupuesto año tras año, situación que aunado a la obligación de mantener finanzas superavitarias ha originado una disminución importante de los recursos que se destinan a la prestación de servicios a sus derechohabientes.

La situación antes descrita, sumado a la transición demográfica y epidemiológica de nuestro país, así como el crecimiento de su población afiliada, ha hecho que el Instituto pierda capacidad física y económica para brindar atención oportuna, al verse rebasados por las necesidades médicas y sociales de los derechohabientes.

A pesar de que el Instituto haga uso del Fondo Laboral disponible (Subcuenta 1 y Subcuenta 2), la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) y la Reserva Financiera y Actuarial (RFA) del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el IMSS seguirá enfrentando insuficiencia financiera, como consecuencia de la implementación de políticas de austeridad que le obligan a contener sus niveles de gasto.

³³ <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-antiores>

Por lo que, el Instituto se ha visto obligado a invertir sus reservas y fondo laboral en instrumentos financieros altamente especulativos, llevar a cabo programas de compras consolidadas, contratos con asociaciones público-privadas, delegar funciones a entes privados mediante la subrogación de servicios médicos y sociales, arrendar equipos médicos y de transporte, entre otras acciones encaminadas a lograr el tan anhelado saneamiento financiero.

Si bien el Instituto brinda servicios a la población derechohabiente en un contexto demográfico, social y económico más complejo, el IMSS sigue siendo un pilar fundamental para la seguridad social en México pues representa el instrumento más importante de la política social del estado mexicano, por lo que se considera necesaria una transformación y reestructuración financiera y de operación que fortalezcan y solidifiquen al Instituto para hacerlo más eficiente y sobre todo más humano.

4.2 Transición demográfica y presupuesto

Los cambios en los componentes demográficos como la tasa de natalidad, mortalidad y migración, han determinado el volumen y la estructura de la población mexicana, que pasó de aproximadamente 16.5 millones de habitantes en la década de 1930, a alrededor de 126 millones en 2020 (INEGI. Censo de población y vivienda, 2020). Se espera que su volumen aumente hasta llegar a 148.2 millones en 2050, según indican las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018).

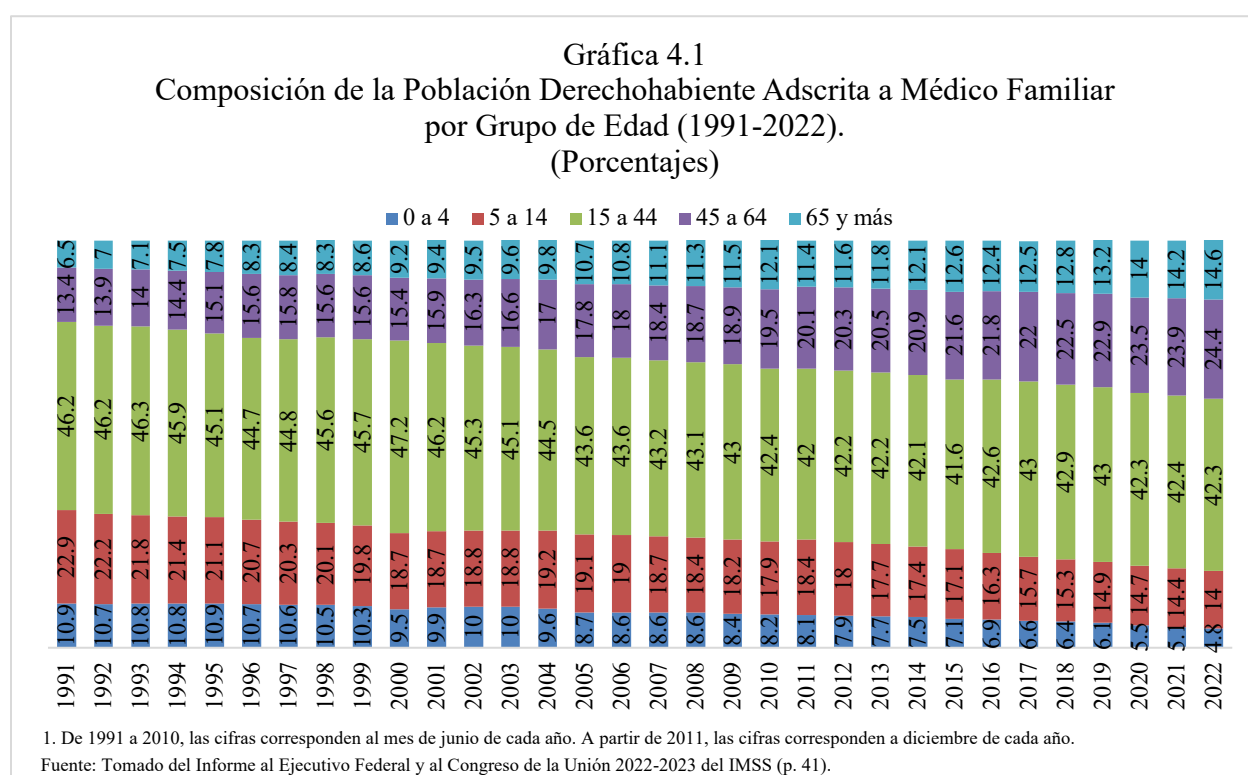
La transición demográfica es:

(...)un proceso que se caracteriza por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad. En México, la primera fase de esta transición comienza en los años treinta del siglo XX con un descenso de la mortalidad que, junto con elevados niveles de natalidad, provocaron un periodo de elevado crecimiento demográfico. La segunda etapa de este proceso se dio en los años setenta con un acelerado descenso de la fecundidad, en parte como resultado de las políticas de población de aquella década que tenían como objetivo frenar el acelerado crecimiento de la población. En conjunto, la baja en la mortalidad y en la fecundidad dieron pie al predominio de la población adulta y de edades avanzadas. (INMUJERES 2015, p. 3)

Específicamente, la población derechohabiente del IMSS se muestra cada vez más envejecida, lo que conlleva a una mayor necesidad de presupuesto para el Instituto, pues en la vejez no solo se

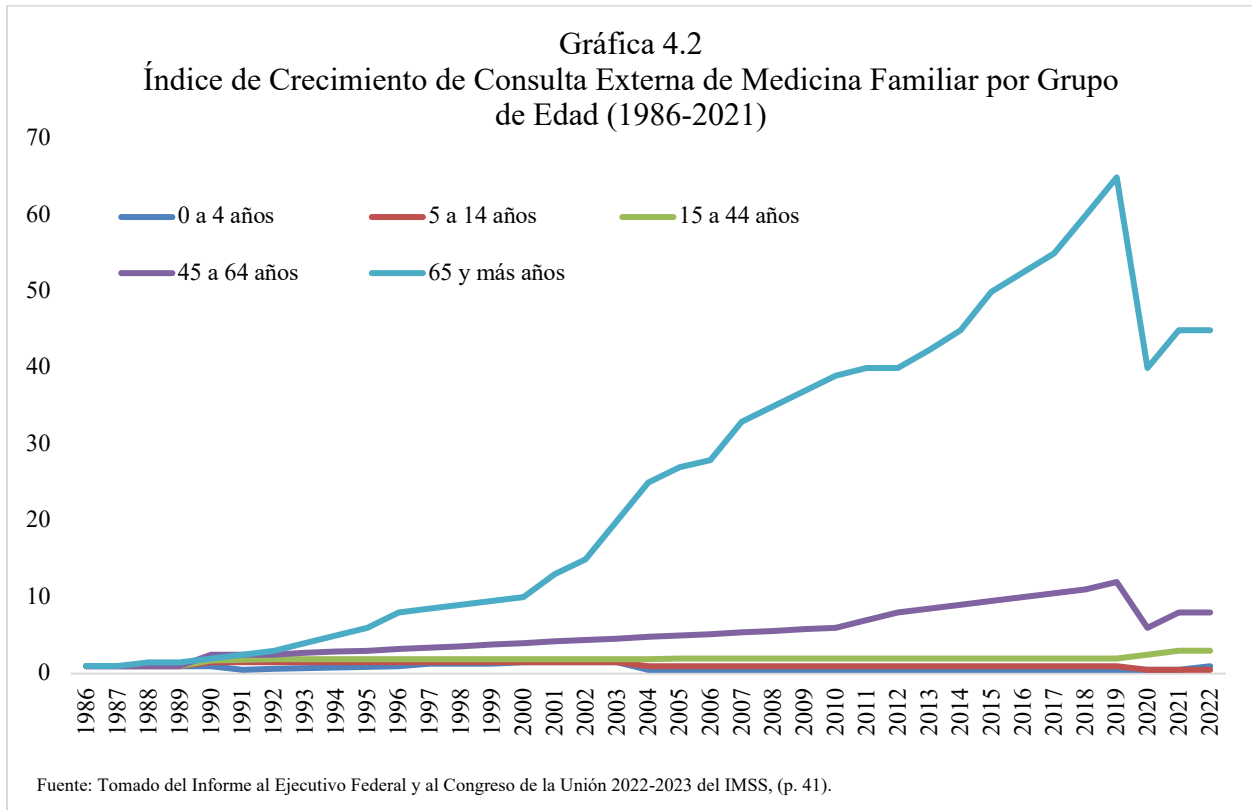
demandan más prestaciones, sino que también se enfrentan enfermedades más complejas, se viven más años con enfermedades crónicas (y comorbilidades), y en muchos casos existen niveles de discapacidad y dependencia importantes.

Como se observa en la gráfica 4.1, la atención de primer nivel en los adultos mayores se ha incrementado en alrededor de 60% en los últimos treinta años. Así como el porcentaje de asegurados de 65 años o más se ha incrementado de 6.5% en 1991 a 14.2% en 2021. Este fenómeno conlleva una profunda transformación al respecto de necesidades de atención médica y de problemática social, así como la reestructuración y reorganización del Instituto.



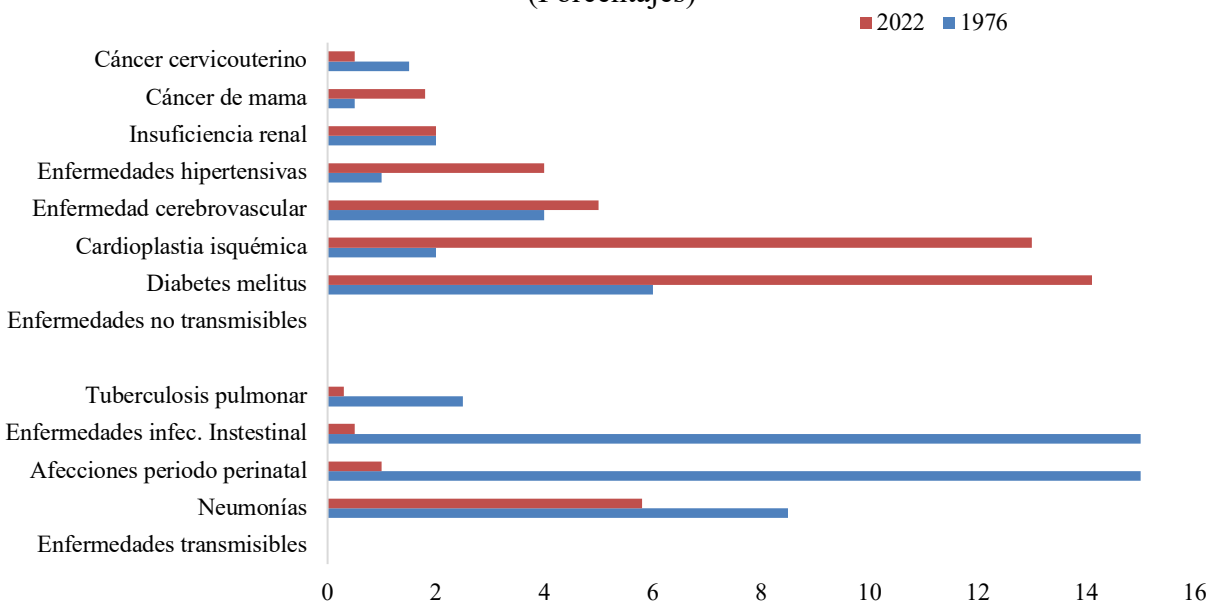
Por su parte, la gráfica 4.2 muestra como en los últimos 35 años la atención en Medicina Familiar y en las unidades hospitalarias se ha incrementado de forma exponencial, producto del envejecimiento de la población derechohabiente, esto conlleva un mayor presupuesto para el Instituto, porque la población de la tercera edad no solo se demandan más prestaciones, también se enfrentan enfermedades más complejas, y con una esperanza de vida mayor se viven más años con enfermedades crónicas, y por tanto mayor consumo de medicamentos. La gráfica 4.2 también

hacer notar que en 2020 y 2021 la reducción en la consulta externa cayó drásticamente por el confinamiento derivado de la pandemia por COVID-19.



Otra situación importante que enfrenta el IMSS es la modificación en la estructura de las causas de muerte. La gráfica 4.3 muestra evidencia sobre el incremento de la incidencia y atención de las enfermedades no transmisibles, al mismo tiempo, la atención de algunas enfermedades transmisibles (infecciosas) y otras materno-infantiles que aún prevalecen en la población en general en nuestro país. Esta cuestión ha adquirido gran relevancia por la demanda de atención médica que genera y que se traduce en una necesidad mayor de especialistas y recursos económicos, que no se alcanzan a cubrir del todo mediante las cuotas obrero-patronales debido a las condiciones flexibles que presenta el trabajo formal.

Gráfica 4.3
Defunciones por Causas Seleccionadas, Comparación 1976 con 2022.
(Porcentajes)



Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023 del IMSS (p. 42).

En línea con lo anterior, el propio IMSS reconoce:

Uno de los principales desafíos del Instituto para los siguientes años, será tomar acciones que permitan atenuar las consecuencias del rezago en la atención de las enfermedades crónicas provocado por el confinamiento producto de la pandemia, así como los efectos financieros que ha dejado la atención de la misma. Estas acciones implicarán el desarrollo de planes y proyectos con el objeto de lograr una mayor eficiencia en el manejo de los recursos, que se traduzca en mejores condiciones de seguridad social para la población derechohabiente (IMSS 2022, p. 34)

4.3 Situación Financiera del IMSS

4.3.1 Ingresos propios

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de cuatro fuentes de financiamiento:

- i. De las cuotas y aportaciones tripartitas a la seguridad social que se reciben por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal;
- ii. De las ventas y servicios en tiendas y centros vacacionales;

- iii. De los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades,
y
- iv. Del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto.

El total de ingresos del IMSS para 2022 ascendió a 641,159 millones de pesos, cifra superior en 64,589 millones de pesos respecto al año anterior. El incremento en los ingresos totales se explica primordialmente por el aumento en la recaudación, situación que se ve reflejada en las cuotas obrero-patronales y en las aportaciones del gobierno federal.

En este respecto, el cuadro 4.1 destaca las principales variaciones en los ingresos propios del Instituto del año 2022 con respecto a tres periodos anteriores, de aquí se deriva que:

- i) Cuotas obrero-patronales con un aumento promedio de 14% con respecto a 2021 y un crecimiento promedio desde 2018 de 9.2%, este rubro corresponde en promedio al 73.04% de los ingresos propios.
- ii) Las aportaciones del Gobierno Federal por concepto de contribuciones a la seguridad social tuvieron un decremento de 5.7% respecto a 2020 y una recuperación de 6.79% para el año 2022, como consecuencia este rubro tan solo ha crecido 6.7% en promedio desde 2018 y ha representados alrededor del 20.5% de los ingresos propios del IMSS.
- iii) Los ingresos financieros generados por la inversión de las reservas y por concepto de otros ingresos representan el rubro con mayor crecimiento desde el 2018 con porcentaje de 31.5 promedio. Los ingresos por rendimientos en inversiones significan un 6.1% del total de ingresos propios en 2022 del IMSS.
- iv) Finalmente, se verifica el uso de reservas por 8,074 millones de pesos, que representaron 1.2% del ingreso total de 2022.

Cuadro 4.1
Flujo de Efectivo: Cierre de 2018 a 2022
(Millones de Pesos)

Concepto	2018	2019	2020	2021	2022
Ingresos propios del IMSS					
1. Cuotas obrero-patronales	333,471	378,572	402,144	414,688	472,415
2. Aportaciones del Gobierno Federal	94,654	110,022	120,446	113,568	121,283
3. Ingresos financieros de las Reservas y otros	16,341	33,980	34,367	31,295	39,387
4. Usos de reservas, fondo laboral y otros	205	-	-	17,019	8,074
Total de ingresos propios del IMSS	444,671	522,585	556,956	576,570	641,159
Egresos propios del IMSS					
5. Gasto de ley y contractual	341,056	356,181	400,881	410,925	449,408
5.1 Servicio de personal	193,205	212,870	243,454	246,465	262,463
5.2 Nómina del RJP	87,834	106,329	116,274	111,621	136,880
5.3 Prestaciones económicas	60,017	36,982	41,153	52,839	50,064
6. Gasto Corriente	105,396	109,555	120,481	128,838	156,416
6.1 Materiales y sumistros	61,842	65,097	73,778	75,637	82,205
6.2 Servicios generales	42,070	38,885	41,496	48,472	64,212
6.3 Conservación	1,484	5,573	5,197	4,729	9,999
7. Inversión física	9,237	4,258	7,968	3,693	8,044
7.1 Equipamiento	5,757	2,242	5,920	2,683	5,740
7.2 Obra pública	3,480	2,017	2,048	1,010	2,303
8. Operaciones ajenas	(4,255)	(9,055)	(15,773)	(12,287)	-6,102
Total de egresos propias del IMSS	455,689	460,940	513,557	531,169	607,765
Ingresos menos egresos	(11,018)	61,646	43,399	45,401	32,913

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión del IMSS (varios años).

4.3.2 Gastos

El gasto del Instituto comprende todas las erogaciones realizadas para llevar a cabo la prestación de sus servicios y tiene tres componentes importantes:

- i) El 61.7% del total los gastos para su funcionamiento, involucra los servicios personales (nómina a trabajadores del Instituto), materiales y suministros (medicamentos, materiales de curación, entre otros) y servicios generales;
- ii) transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas, que considera subsidios (prestaciones a los derechohabientes), ayudas sociales, donativos y transferencias al exterior, pagos a jubilados y pensionados del IMSS, que representan el 28.6%, y
- iii) El 9.7% restante es representado por otros gastos y pérdidas extraordinarias, que considera estimaciones, depreciaciones y deterioros, así como la creación de reservas financieras y de contingencia de acuerdo con la propia Ley de Seguro Social (LSS).

Para 2022 los egresos ascendieron a 607,765 mdp, cifra superior en 76,596 mdp con respecto al ejercicio de 2021 (Cuadro 4.2) En línea con lo reportado por el propio IMSS este aumento corresponde:

(...)los incrementos en los gastos de funcionamiento y en el rubro de pensiones y jubilaciones del IMSS. Adicionalmente, uno de los factores relevantes para este crecimiento está reflejado en el renglón de Otros gastos y al registro de la provisión para incrementar las reservas financieras, con el fin de favorecer el cumplimiento de obligaciones futuras, en cumplimiento del Artículo 279 de la LSS.

Se estima que el gasto por pagos a personas pensionadas y jubiladas del IMSS, derivado de las obligaciones laborales adquiridas por el Instituto en su carácter de patrón, seguirá creciendo en los próximos años³⁴. Este gasto, al 31 de diciembre de 2022, es equivalente a 28.3% del total del gasto del Instituto; la proporción permaneció constante respecto al gasto de 2021 (IMSS, 2023, p. 45)

4.4 Estado de situación financiera

El cuadro 4.2 muestra el Balance General del Instituto para el cierre de los últimos 6 años (2017-2022). Se observa que el comportamiento de los activos ha tenido un crecimiento promedio del 9% en el periodo, lo cual se explica principalmente por:

³⁴ Véase el apartado 6.1

- a. Un incremento de 94% en el rango de bienes inmuebles para el periodo, que significan las instalaciones médicas, los equipos médicos que prestan servicios de salud y seguridad social a los derechohabientes. El IMSS clasifica los servicios de salud en tres niveles de atención.³⁵ Para el año 2022 el IMSS reportó que cuenta con 1,838 unidades médicas por nivel de atención de las cuales, 1,535 pertenecen al primer nivel, 249 de segundo nivel y 36 de tercer nivel.
- b. El incremento promedio de 315% en el derechos a recibir bienes o servicios, sobre todo por el incremento de 1,725% de 2021 debido a los anticipos para la adquisición de medicamentos y material de curación efectuados en el marco del Convenio de colaboración para participar en la adquisición de medicamentos y demás insumos para la salud a través de los mecanismos de colaboración que tienen establecidos los organismos intergubernamentales internacionales, que suscribieron el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y el IMSS, durante el ejercicio 2021.
- c. El incremento sostenido de 25% promedio para el periodo en el rubro de inversiones financieras a largo plazo.

En lo que respecta al pasivo del Instituto, este ha tenido una variación porcentual promedio del 12% para el periodo 2017-2022, explicado principalmente por el incremento del 45% en promedio en las cuentas por pagar a corto plazo (proveedores). Finalmente, el patrimonio se ha mantenido casi sin cambios durante todo el periodo, esto se debe a las pérdidas contables (desahorro) de -205% obtenidas durante el periodo.

³⁵ Primer nivel. La atención se proporciona principalmente en Unidades de Medicina Familiar (UMF), en las cuales cada persona derechohabiente tiene asignado a personal médico específico para atender servicios básicos de salud en un consultorio y turno determinados.

Segundo nivel. La atención se proporciona principalmente en hospitales con Medicina Familiar, hospitales con Atención Ambulatoria y Hospitales Generales de Zona, Subzona y Regionales. En estas instalaciones se brindan consultas externas de especialidades, así como servicios de hospitalización, urgencias y procedimientos quirúrgicos.

Tercer nivel. La atención se proporciona principalmente en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), donde se atienden padecimientos de mayor complejidad (IMSS 2022, p. 214).

Cuadro 4.2
Estado situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2017 a 2022.

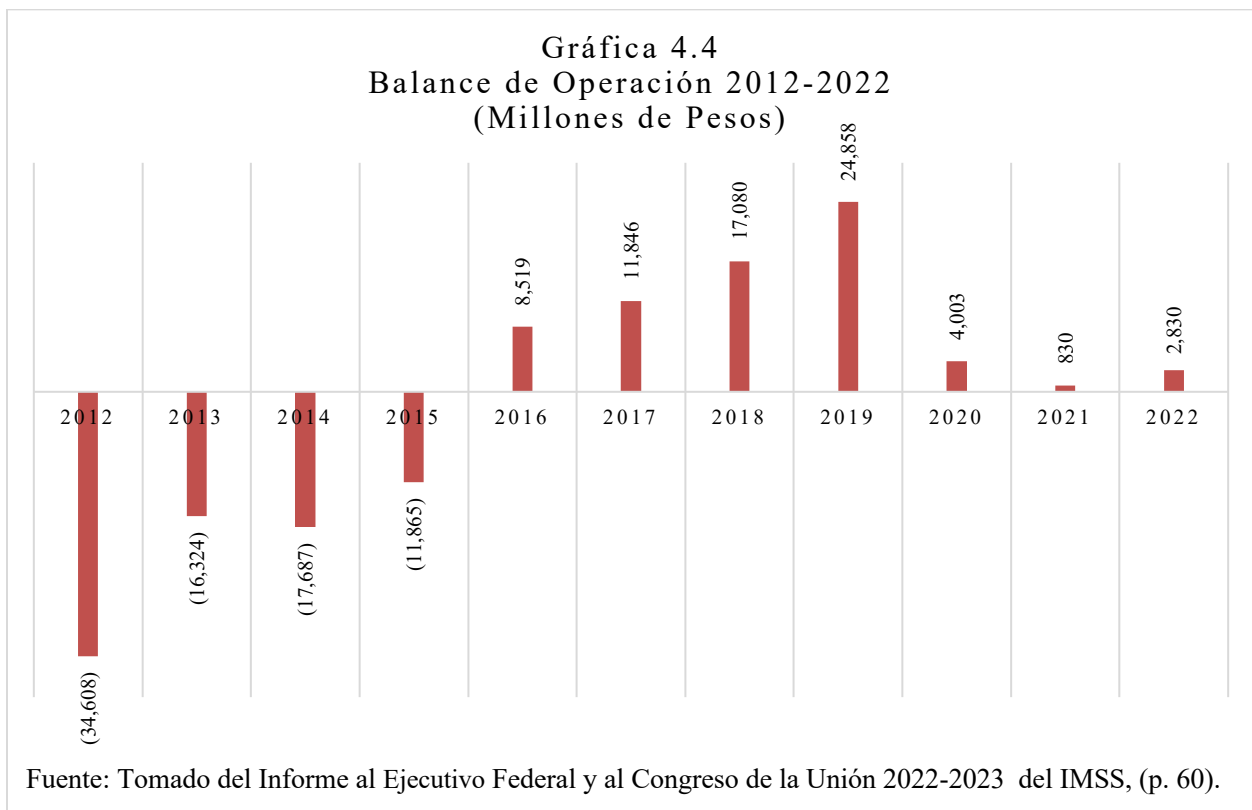
Concepto	(Millones de pesos)						Concepto	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	2017	2018	2019	2020	2021	2022							
Activo circulante							Pasivo circulante						
Efectivo y equivalentes	11,165	16,660	62,332	55,529	118,975	54,746	Cuentas por pagar a corto plazo	6,323	4,835	9,581	20,981	36,507	20,061
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	131,188	162,057	181,466	189,123	125,554	143,237	Fondos y bienes de terceros en garantía y/o administración a corto plazo	-	-	1,284	1,392	2,262	3,138
Derechos a recibir bienes o servicios	8,457	8,831	627	601	10,968	4,431	Provisiones a corto plazo	2,828	2,251	8,747	9,824	11,612	12,456
Inventarios	188	161	141	130	139	175	Otros pasivos a corto plazo	14,064	16,206	8,368	9,584	16,287	9,845
Almacenes	8,466	8,831	12,259	17,643	20,906	23,867	Total de pasivos circulantes	20,387	21,041	27,980	41,781	66,668	45,500
Estimación por pérdida o deterioro de activos circulantes	-	-	(23,884)	(33,464)	(39,420)	(40,048)	Pasivo no circulante						
Otros activos circulantes	2,106	2,233	-	-	-	-	Fondos y bienes de terceros en garantía y/o en administración a largo plazo	79,052	79,061	83,159	94,450	111,546	122,239
Total de activos circulantes	161,570	198,773	232,941	229,562	237,122	186,408	Provisiones a largo plazo	161,052	190,298	236,849	281,722	290,845	289,848
Activo no circulante							Total de pasivos no circulantes	240,103	269,359	320,008	376,172	402,391	412,087
Inversiones financieras a largo plazo	93,428	99,805	126,048	175,542	211,397	282,597	Total del pasivo	260,490	290,400	347,988	417,953	469,059	457,587
Derechos a recibir efectivo o equivalentes a largo plazo	-	-	24,463	26,040	27,587	29,764	Patrimonio						
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones	95,174	98,036	125,633	127,484	128,628	130,455	Patrimonio contribuido						
Bienes muebles	6,430	8,396	43,580	46,437	48,619	52,779	Donaciones de capital	2,885	3,068	3,231	3,627	3,764	4,778
Activos intangibles	78,924	78,925	77,388	75,934	74,536	73,211	Patrimonio generado						
Depreciación, deterioro y amortización acumulada de bienes	-	-	(61,781)	(65,378)	(69,344)	(72,619)	Resultados del ejercicio (ahorro/desahorro)	11,537	20,187	10,075	(19,377)	(6,623)	39,231
Activos diferidos	-	-	20	-	-	-	Resultados de ejercicios anteriores	104,479	116,016	136,202	146,277	126,900	120,276
Otros activos no circulantes	18,513	20,573	-	-	-	-	Revalúos	554	378	1,161	1,455	(309)	5,103
Total de activos no circulantes	292,469	305,735	335,351	386,059	421,423	496,187	Rectificación de resultados de ejercicios anteriores	-	-	7	58	173	246
Total de activos	454,039	504,508	564,292	615,621	658,545	682,595	Exceso o insuficiencia en la actualización del patrimonio						
							Resultado por tenencia de activos no monetarios	-	-	65,628	65,628	65,581	65,580
							Total Patrimonio	185,082	205,276	216,303	197,668	189,486	225,008
							Total de pasivo y patrimonio	445,573	495,676	564,292	615,621	658,545	682,595

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión del IMSS (varios años).

4.6 Balance de operación

Como se observa en la gráfica 4.4 y de conformidad con lo reportado por el mismo IMSS:

Al cierre de 2022, el Instituto obtuvo un superávit de 2,830 millones de pesos, el cual consideró el cumplimiento de la meta de reservas y fondos estipulada en el Artículo 5 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal 2022. De esta manera, al finalizar el ejercicio se realizó su traspaso a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento con base en el Artículo 277 C de la LSS y autorizado por el Honorable Consejo Técnico con Acuerdo ACDO.AS3.HCT.240123/4.P.DF del 24 de enero de 2023. De esta manera, se acumularon 69,673 millones de pesos por superávit de 2016 a 2019 y 2022, mientras que de 2020 a 2021 se obtuvieron remanentes de operación por 5,185 millones de pesos (IMSS, 2023, p. 60)



Sin embargo, para lograr balances superavitarios (2016-2022), el Instituto ha implementado desde 2013 estrategias de saneamiento financiero que permitan acortar la brecha entre ingresos y gastos. Esta estrategia se ha impuesto reducir el déficit como proporción del gasto, en la gráfica 4.4 se puede ver como de 2012 este déficit fue de 8.1%, mientras que en 2015 fue de 2.6%, y para 2016 en adelante ya no existió déficit.

El Instituto siempre ha alegado que el origen de los desequilibrios financieros ha estado en su Régimen de Jubilaciones y Pensiones e incluso lo denomina un pasivo laboral que en el año 2012 ascendía a 1.9 billones de pesos próximo a agotarse en 2013. En ese año, el Instituto estimaba que para 2034 su pasivo laboral llegara a más de 95 mil millones de pesos (IMSS 2012, p. 218).

Para hacer frente a esta situación, en 2011 la Ley de Ingresos de la Federación autorizó la transferencia de excedentes de los saldos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) de los Seguros de Invalidez y Vida (SIV) y de Riesgos de Trabajo (SRT) a la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM). Pero a pesar de los movimientos, el Instituto anunció que, si los gastos seguían siendo mayor a los ingresos, las reservas y el fondo laboral se agotarían a mediados de 2016.

Por lo que, a partir del año 2013, el Instituto implemento una agresiva política de austeridad que denomino “saneamiento financiero”, donde dejo de gastar 24,568 millones de pesos de las reservas en 2012, las principales medidas llevadas a cabo han sido las siguientes:

- Se eliminaron las compras emergentes de medicamentos.³⁶
- Reducción de los niveles de inventario de medicamentos.
- Compras consolidadas de medicamentos.³⁷
- Se inició un proceso de cambio estructural en la subrogación de servicios integrales.³⁸
- Se introdujo el programa de receta resurtible.³⁹
- Se puso en marcha un sistema que permite a los patrones pagar sus cuotas de seguridad social a través de Internet.
- Inició el proceso de digitalización trámites.
- Se implementó un programa de austeridad y eficiencia administrativa.
- Se racionaron los servicios de personal. (IMSS, 2013, p. 23)

³⁶ El Instituto, como una estrategia para evitar el desabasto, llevaba a cabo compras emergentes de medicamentos y material de curación a través de las delegaciones y sus Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ).

³⁷ Véase el apartado 5.6.1

³⁸ Véase el apartado 5.6.2

³⁹ Con la finalidad de aminorar el número de consultas por conceptos de enfermedades crónico-degenerativas, los médicos familiares tienen la facultad de expedir recetas resurtibles que cubra los medicamentos por los siguientes 3 meses.

Las políticas y directrices para la sustentabilidad financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social señalan que, “En el transcurso del año, las Unidades Responsables del Gasto deberán revisar el comportamiento de todos los rubros y cuentas de gasto para proceder a realizar los ajustes que sean necesarios para ejercer en forma eficiente el Programa de Ingresos y Gastos”. (IMSS 2021, p. 21)

Así, con estos números y políticas financieras el IMSS cumple con la meta de reservas y fondos estipulada en el Artículo 5 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación⁴⁰, así como el fortalecimiento de la Reserva Operativa en términos de lo dispuesto en el Artículo 281 de la LSS⁴¹.

4.7 Contención del gasto administrativo y de operación

Para la contención del gasto administrativo y de operación, el IMSS implemento un Programa Anual de Operación (PAO) donde se destacan las siguientes acciones:

1. Se elaboró un plan de modernización de ambulancias mediante el esquema de arrendamiento privado,
2. Se arrancó un programa para hacer eficiente el gasto de conservación de instalaciones y de equipo médico,
3. Se implemento un programa incentivo a las delegaciones a invertir en proyectos de equipamiento y mejora de las instalaciones (remodelación y mantenimiento de baños, salas de espera, luminarias, pintura e impermeabilización, así como adquisiciones de equipo médico) que mejoren la percepción e imagen de los derechohabientes pero que no se conviertan en gastos recurrentes,

⁴⁰ Para los efectos del artículo 277 G de la Ley del Seguro Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social deberá sujetarse a las normas de austeridad y disciplina presupuestaria contenidas en este Decreto, en los términos propuestos por el Consejo Técnico de dicho Instituto las cuales se aplicarán sin afectar el servicio público que está obligado a prestar a sus derechohabientes; asimismo, conforme al mismo artículo 277 G, dichas normas no deberán afectar las metas de constitución o incremento de reservas establecidas en este Decreto. (PEF 2022, p. 6)

⁴¹ El Artículo 281 de la LSS marca que se establecerá una Reserva Operativa para cada uno de los siguientes seguros y coberturas: I. Enfermedades y Maternidad; II. Gastos Médicos para Pensionados; III. Invalidez y Vida; IV. Riesgos de Trabajo; V. Guarderías y Prestaciones Sociales; VI. Seguro de Salud para la Familia, y VII. Para otros seguros o coberturas, que, en su caso, se establezcan con base en esta Ley. Las Reservas Operativas recibirán la totalidad de los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones federales, así como por las cuotas y contribuciones de los seguros voluntarios y otros que se establezcan, salvo lo dispuesto en la fracción VI del artículo 15 de la LSS. Sólo se podrá disponer de ellas para hacer frente al pago de prestaciones, gastos administrativos y constitución de las Reservas Financieras y Actuariales del seguro y cobertura a que correspondan, y para la aportación correspondiente para la constitución de las Reservas de Operación para Contingencias y Financiamiento y General Financiera y Actuarial. *Artículo reformado DOF 20-12-2001 (LSS 2022, p. 87)*

4. Se homologaron criterios para evitar incrementos de renta sin sustento técnico-jurídico y se optimizó la administración de espacios arrendados y
5. Se racionalizó el gasto en personal bajo el argumento de que representa cerca de la tercera parte del gasto total del Instituto. (IMSS 2013, pp. 275-276)

Así, desde el año 2014 se le ha dado continuidad a este proceso de conservación y servicios generales, mediante acciones de conservación, mantenimiento preventivo y correctivo a equipos médicos en clínicas y hospitales. De igual forma, se ha continuado con el esquema de arrendamiento de vehículos administrativos, operativos y ambulancias, donde el proveedor es el responsable de la administración, mantenimiento preventivo y correctivo de la plantilla vehicular, su aseguramiento y cualquier costo asociado al mismo; esta estrategia ha permitido reducir el gasto en 8.1 millones de pesos hasta 2018, principalmente por mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos, en las pólizas de seguro e impuestos. (IMSS 2019, p. 288)

Con este esquema de contratación, actualmente el Instituto cuenta con 816 ambulancias de traslados programados, de las 1,286 ambulancias que operan en el Instituto. Referente a vehículos para servicios administrativos de operación y carga, actualmente el Instituto cuenta con 783 vehículos arrendados a nivel nacional, que se utilizan para el traslado de medicamentos, el surtimiento de recetas en las unidades médicas y, el manejo de vacunas.

También continuó la contratación de mantenimiento a equipo médico para unidades de primer, segundo y tercer niveles de atención médica, para el año 2018 por ejemplo, se formalizaron 20 contratos por un periodo de tres años, que cubrió un universo total de 23,447 equipos médicos, por un monto que asciende a los 4,493 millones de pesos. (IMSS 2019, p. 286)

Al vencimiento de este acuerdo, en 2020 se hizo la renovación por los siguientes tres años (abril de 2020 a marzo 2023) y abarcó 27,533 equipos médicos también de los tres niveles de atención, cuyo monto —formalizado a través de 18 contratos— asciende a 5,211 millones de pesos. Para 2020, la cobertura total fue de 8,603 equipos, por un monto de 1,481 millones de pesos. (IMSS 2021, p. 334)

Estas contrataciones se realizaron atendiendo lo establecido en el artículo 10⁴² de la Ley Federal de Austeridad Republicana (en la cual se mandata a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y a la Secretaría de la Función Pública (SFP) dirigir las compras consolidadas para los entes públicos), que se impuso en el gobierno actual (2018-2024) (IMSS 2021, p. 336).

4.7 Compras consolidadas de medicamentos, vacunas y material de curación

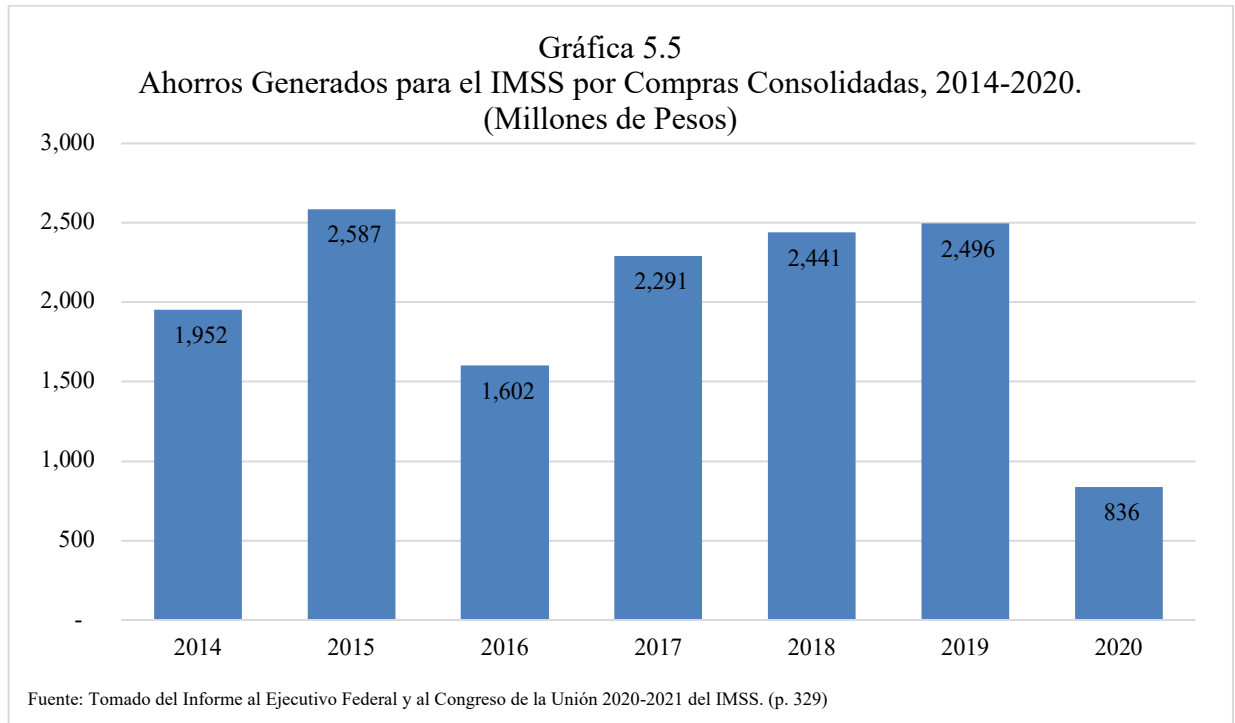
Una de las principales estrategias de compra implementadas desde 2013, fueron las compras consolidadas de medicamentos e insumos médicos, cabe destacar que esta política fue impuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) al propio IMSS en el año 2011⁴³. Así, como se observa en la gráfica 5.6, el Instituto ha dejado de gastar 15,109 millones de pesos por conceptos de compras consolidadas⁴⁴ de 2014 a 2020 (IMSS 2020, p. 329). Las compras consolidadas hasta el 2019 era lideradas por el IMSS mediante “Ofertas Subsecuentes de Descuento” (subastas electrónicas) y permitían que un solo distribuidor pujara 4 veces, así llevaban a cabo licitaciones para adjudicar cierto número de claves de medicamentos y materiales - 48,491 millones de pesos y se incluyeron 1,340 claves en 2017- a cierto número de proveedores. Por lo que en 2018 se identificó que este mecanismo de compra había representado un reto de implementación al interior del Instituto y en su relación con los proveedores, intentando liberar en 2019 este tipo de compras a nivel local a través de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y Delegaciones. Sin embargo, a partir de 2020 la compra consolidada se centralizó a la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (OM-SHCP) mantuvo la contratación consolidada de las necesidades generalizadas de medicamentos, material de curación y vacunas, fungiendo como el área consolidadora y contratante, designando de manera excepcional a la Secretaría de Salud, ISSSTE e IMSS como áreas contratantes y, en el caso del Instituto, la contratación de insumos destinados a la atención cardiovascular. En la compra realizada por la Oficialía Mayor para el Instituto Mexicano del Seguro Social, se adjudicaron 591 claves, que

⁴² Artículo 10 de la Ley Federal de Austeridad Republicana “secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, en sus respectivos ámbitos de competencia, emitirán los lineamientos para la adquisición de bienes y servicios de uso generalizado de los entes públicos, de manera consolidada, con objeto de obtener las mejores condiciones con relación a precio, calidad y oportunidad, pudiendo ampliar los supuestos regulados en este artículo, en caso de estimarlo conveniente, sin perjuicio de lo previsto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y otros ordenamientos legales”.

⁴³ <https://www.oecd.org/daf/competition/fightingbidrigginginpublicprocurementinmexico2011.htm>

⁴⁴ Estas compras se dividen en medicamentos, vacunas y material de curación.

ascienden a 11,399 millones de pesos, tanto para medicamentos como para material de curación. (IMSS, 2021)



Por último cabe destacar que la implementación de un Programa de Austeridad Institucional en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en cumplimiento con la Ley del Seguro Social (LSS) tiene como objetivo lograr un equilibrio financiero a través de Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del IMSS, las cuales fueron aprobadas por el Consejo Técnico. Estas políticas se centran en la eficiencia operativa y buscan optimizar el uso de recursos a través de diversas medidas, como una administración eficiente de las compras consolidadas, la diversificación e innovación en la prestación de servicios médicos, y la digitalización de trámites y servicios, entre otras acciones..

Capítulo 5

Infraestructura, Servicios Médicos y Servicios Personales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Resumen

En el presente capítulo se realiza un análisis exhaustivo sobre la infraestructura médica, servicios médicos y de personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El primer apartado es la parte introductoria, el segundo apartado abarca el número y tipo de unidades y equipo médicos con que cuenta el IMSS, el tercer apartado ofrece estadísticas sobre el estado de las unidades médicas que brindan atención al derechohabiente. Por su parte, el cuarto apartado aborda la inversión en infraestructura que mantiene el Instituto mediante la Ley de Asociaciones Público-Privadas (LAPP), el quinto apartado presenta el escenario para la subrogación de servicios médicos y el sexto apartado muestra todo lo relacionado con la administración de los servicios personales. Cada sección se enfocará en proporcionar una visión detallada y crítica, contribuyendo así a comprender la complejidad y los desafíos que enfrenta el IMSS en su compromiso de brindar atención médica integral a sus derechohabientes.

5.1 Introducción

Los conceptos abordados en este capítulo se dividen en las siguientes categorías:

- i) Bienes inmuebles: las unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel destinados a brindar servicios médicos a los derechohabientes.
- ii) Infraestructura: comprende elementos adicionales en los bienes inmuebles que forman parte de las redes de canalización, distribución y control para proveer las comodidades necesarias para su operación.
- iii) Equipo: abarcando elementos y sistemas integrados en cada bien inmueble, utilizados para generar el correcto funcionamiento de los espacios que brindan atención médica
- iv) Asociación Público-Privada (APP): las APP involucran la participación activa del sector privado en la planificación, financiamiento, diseño, construcción, operación y/o mantenimiento de proyectos o servicios que tradicionalmente han sido responsabilidad del sector público. y

- v) Servicios Médicos Subrogados: proceso mediante el cual una entidad, generalmente del sector público, contrata a una entidad privada para que brinde servicios médicos en lugar de realizarlos directamente.

5.2 Situación de las Unidades Médicas, Equipo e Instalaciones

Como se mencionó en el apartado 4.4, el IMSS clasifica los servicios médicos para la población derechohabiente en tres niveles de atención, a través de los cuales se ofrecen consulta médica preventiva, curativa, de rehabilitación, así como servicios de hospitalización, urgencias y procedimientos quirúrgicos ambulatorios o de mayor especialidad. Explicado por el IMSS:

El número esperado de derechohabientes por cada médico familiar fue planeado originalmente en 2,400 y, hasta 2019, el número de derechohabientes asignados a cada uno era de 3,000. Estos derechohabientes se encuentran en listas que son actualizadas de manera continua, de tal manera que el médico familiar en teoría conoce la población de la que es responsable del cuidado de su salud. En las UMF se otorgan los servicios básicos de atención a la salud que incluyen: salud reproductiva, cuidado del crecimiento y desarrollo del niño sano, promoción de la salud, servicios preventivos (vacunación), detección de enfermedades, atención curativa y control de enfermedades crónicas. En el segundo nivel de atención se ofrecen servicios especializados en una red hospitalaria que apoya la consulta externa de especialidad, hospitalización y servicios quirúrgicos. La atención de Urgencias o de atención médica continua se ofrece en algunas UMF, en todos los hospitales de segundo nivel y en algunas UMAEs (IMSS, 2020, p. 293).

En el cuadro 5.1 se enlistan a detalle las 1,838 unidades médicas de los tres niveles de atención, así como las unidades complementarias y de apoyo a la atención médica donde el Instituto brinda servicios de salud. Por su parte, en el cuadro 5.2 se muestran las cinco unidades médicas de primer y segundo nivel que iniciaron operación en el año 2022 y que forman parte del cuadro 5.1.

Para mayor precisión sobre las unidades médicas, el IMSS detalla:

Cuadro 5.1
Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2022

Tipo de Unidad	Unidades
Unidad de Medicina Familiar (UMF)	1,049
Unidad de Medicina Familiar con Hospitalización	82
Unidad Medica de Regimen Modificado	2
Unidad Auxiliar de Medicina Familiar	381
Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria	21
Primer Nivel	1,535
Hospitales con Medicina Familiar	108
Hospital General de Zona (HGZ) con Medicina Familiar	50
Hospital General de Subzona (HGS) con Medicina Familiar	53
Hospital General Regional (HGR) con Medicina Familiar	1
Hospital de Gineco Obstetricia (HGO) con Medicina Familiar	2
Hospital de Gineco Pediatría (HGP) con Medicina Familiar	1
Hospital de Psiquiatría con Medicina Familiar	1
Hospitales con Unidades Medicas de Atencion Ambulatoria (UMAA)	4
Hospital General de Zona con Atención Ambulatoria	4
Hospitales sin UMFs	128
Hospital General de Zona (HGZ)	79
Hospital General de Subzona (HGS)	27
Hospital General Regional (HGR)	14
Hospital de Gineco Obstetricia (HGO)	2
Hospital de Gineco Pediatría (HGP)	4
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación	1
Centro Comunitario de Salud Mental	1
Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA)	9
Segundo Nivel	249
Unidades Medicas de Alta Especialidad (UMAEs)	25
Hospital de Especialidades	10
Hospital de Gineco Obstetricia	4
Hospital de Gineco Pediatría	1
Hospital de Traumatología y Ortopedia	4
Hospital de Pediatría	2
Hospital General	1
Hospital de Cardiología	2
Hospital de Oncología	1
Unidades complementarias a las UMAEs	11
Hospital de Psiquiatría	3
Banco de Sangre	3
Hospital de Ortopedia	1
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación	3
Hospital de Infectología	1
Tercer Nivel	36
Unidad de Control Metabólico Ambulatorio	1
Unidad de Detección y Diagnóstico	10
Unidades Temporales COVID	5
Laboratorio de Citología Exfoliativa	1
Consulta Externa del CMN "La Raza"	1
Apoyo a la atención médica	18
Total	1,838

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023 del IMSS. (p. 221)

Las unidades médicas de primer y segundo niveles se encuentran organizadas en 35 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD)⁴⁵, mientras que el tercer nivel de atención se encuentra organizado en cuatro regiones que otorgan atención de alta especialidad a los OOAD, a través de las UMAE y sus Unidades Médicas Complementarias (IMSS 2022, p. 214).

De manera complementaria, hasta 2020 el IMSS contaba con 438 unidades de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud, entre las que destacan 370 Unidades de Información⁴⁶, 7 Escuelas de Enfermería, 13 Centros de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD), 2 Centros de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica (CeSiECQ), 21 Centros de Investigación Médica, 10 de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, nueve de Investigación en Epidemiología Clínica y cinco Centros de Investigación Biomédica. (IMSS 2021, p. 473)

Cuadro 5.2
Unidades Médicas de Recien Operación, 2022

Nivel de Atención	OOAD	Denominación	Fecha de Inicio
Primer	CDMX Sur	UMF No. 26 Condesa	Marzo
Primer	Quintana Roo	UMF No. 19 Los Héroes de la Salud	Marzo
Primer	Nuevo León	UMF No. 72 Buena Vista	Abril
Primer	Yucatán	UMF No. 61 Los Héroes de la Salud	Marzo
Primer	CDMX		
Primer	Norte	UMF No. 15 Lindavista	Junio
Primer	Hidalgo	UMF No. 9 Cruz Azul	Diciembre

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023 del IMSS. (p. 222)

Por otro lado, como se muestra en el cuadro 5.3, el IMSS posee un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 599 mil bienes muebles destinados a la atención médica, quirúrgica y, a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes. De igual forma, en 2020 el Instituto reporto: “una inversión de 4,537 millones de pesos para adquirir equipo para hacer frente a la pandemia por COVID-19” (IMSS 2021, p. 353).

⁴⁵ Los OOAD son las Delegaciones estatales y regionales y las Unidades Médicas de Alta Especialidad, subordinados jerárquicamente a la Dirección General, con autonomía de gestión en los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios.

⁴⁶ Centro Nacional de Investigación Documental en Salud (Cenaid), Centros de documentación en salud, salas de consulta electrónica y salas de lectura. Nota: Para el caso de Bibliotecas, durante 2015 se dieron de baja salas de lectura o salas de consulta electrónica del sistema bibliotecario del IMSS, derivado del reordenamiento de espacios físicos en las unidades médicas (IMSS 2020, p. 473).

Cuadro 5.3	
Inventario destinado a la atención médica, 2022	
Categoría funcional	Número de bienes
Aparato médico	169,166
Aparato e instrumental de laboratorio	22,957
Instrumental de cirugía general	6,913
Instrumental de cirugía de especialidad	152,911
Aparato médico COVID19	10,773
Mobiliario médico	215,555
Mobiliario de laboratorio	18,219
Mobiliario médico COVID19	1,377
Mobiliario médico influenza A H1N1	1,666
Total	599,537

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023 del IMSS. (p. 222)

5.3 Estado de las Unidades Médicas que Brindan Servicios Médicos al Derechohabiente

Para cumplir con lo establecido en el último párrafo del Artículo 273⁴⁷ de la Ley del Seguro Social, el Instituto hace valoraciones anuales para determinar el estado físico que guardan los equipos propios, las instalaciones e inmuebles del Instituto

Ahora, con el propósito de diagnosticar el estado que guardan la infraestructura y los equipos mencionados en el apartado anterior, el IMSS clasifica esta evaluación bajo los siguientes criterios:

- 1) **Bueno.** Son aquellos inmuebles, instalaciones o equipos que presentan un grado adecuado de operación y funcionalidad, en los cuales está presente la seguridad, continuidad, confiabilidad de la prestación de los servicios, preservando una imagen institucional adecuada.

⁴⁷ El Instituto deberá presentar al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión, a más tardar el 30 de junio de cada año, un informe dictaminado por auditor externo que incluya, al menos, los siguientes elementos:

- I. La situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto.
- II. Los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro.
- III. Estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero-patronales y a las cuotas, contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro.
- IV. La situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.

El informe, asimismo, deberá contener información sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, para poder atender de forma satisfactoria a sus derechohabientes.

- 2) **Regular.** Son aquellos inmuebles, instalaciones o equipos que presentan una afectación menor, primordialmente en acabados e imágenes, y descomposturas en equipos, manteniendo la seguridad y operación en la prestación de los servicios.
- 3) **Malo.** Son aquellos inmuebles, instalaciones o equipos que, por su estado de deterioro u obsolescencia, pudieran poner en riesgo la continuidad y seguridad de los servicios, demandando gastos mayores por concepto de operación y conservación. (IMSS, 2022, p. 214).

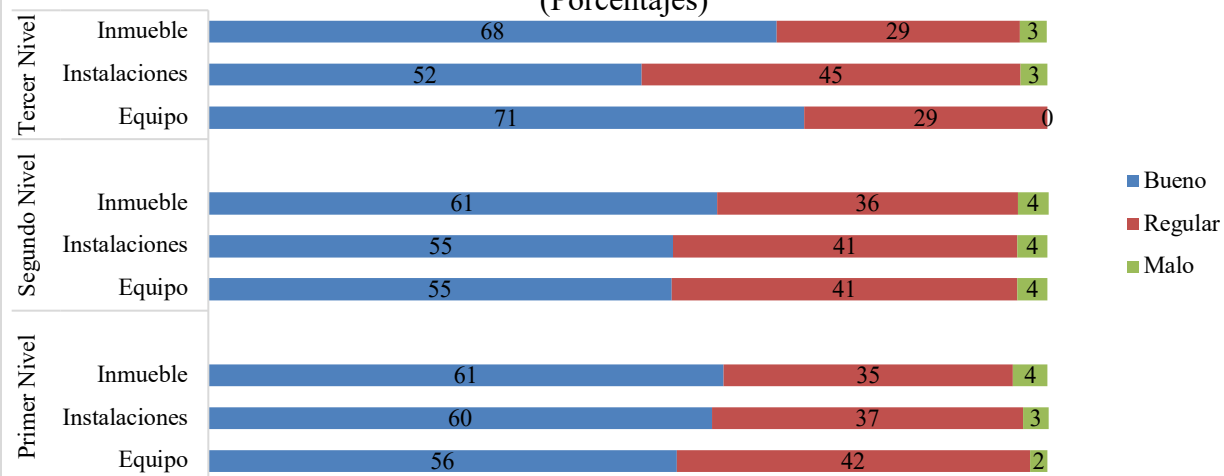
Las gráficas 5.1 a 5.6 muestran el resultado de la evaluación de los inmuebles, instalaciones y equipos de las unidades médicas del IMSS para el periodo 2017-2022. A grandes rasgos, se puede observar que el equipo médico de primer nivel de atención tiene el 48% de buena conservación, 47% de regular conservación y 5% de mal estado; sus instalaciones guardan un 52% en promedio de buen estado, 44% están en condiciones regulares y 5% en mal estado; finalmente los inmuebles están con un 54% promedio para el periodo de estudio en buenas condiciones, 41% se encuentran en condiciones regulares y 5% en malas condiciones. Respecto a esta evaluación en 2019 el IMSS reporto que “la antigüedad promedio de las unidades de primer nivel es de 38 años para las UMFs y 21 años para las unidades auxiliares” (IMSS, 2020, p. 294)

El segundo nivel de atención guarda el 43% de su equipo, el 44% de sus instalaciones y el 54% de sus inmuebles en buenas condiciones, en estado regular están el 46% de su equipo, 47% de sus instalaciones y el 40% de sus inmuebles. Según el IMSS: “la antigüedad promedio es de 38 años para las unidades médicas y de 19 años para las UMAAs” (IMSS, 2020, p.. 294).

Finalmente, el 48% del equipo de las UMAEs se encuentra en buen estado, el 50% en nivel regular y 2% en mal estado, las instalaciones médicas reportan el 38% en buen estado, 59% en estado regular y 3% en mal estado, los inmuebles reportan el 50% promedio para el periodo en buenas condiciones, 46% en condiciones regulares y el 4% en malas condiciones. Según el IMSS: “la infraestructura de tercer nivel tiene 42 años de antigüedad en promedio” (IMSS, 2020, p. 296).

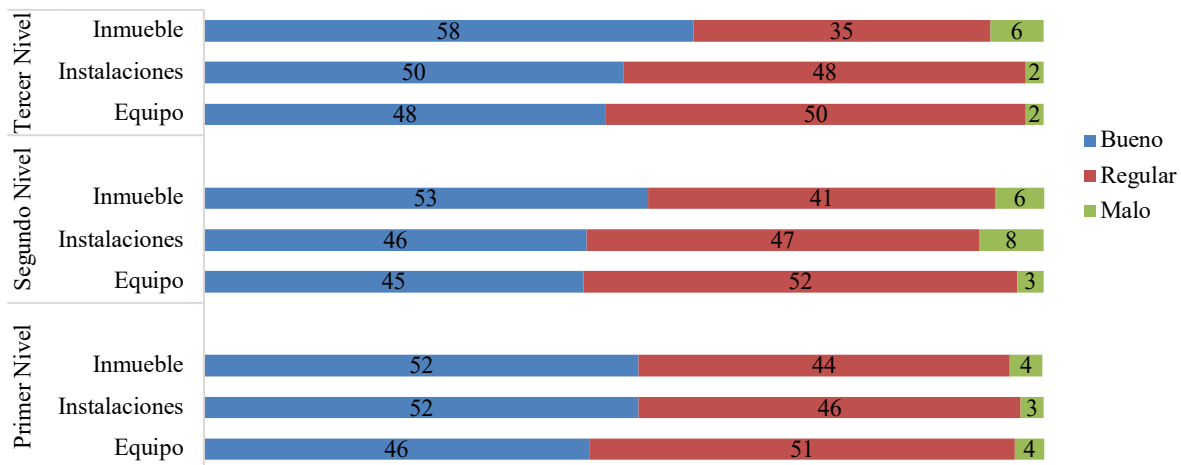
En conclusión, los datos y graficas (5.1 a 5.6) presentados indican la necesidad de implementación de políticas de gasto público encaminadas a la rehabilitación de infraestructura y mejora en el mantenimiento en los equipos e inmuebles, para evitar mayores problemas de insuficiencia en los servicios de salud.

Gráfica 5.1
Estado de Conservación de los Inmuebles, Instalaciones y Equipos de las Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2017.
(Porcentajes)



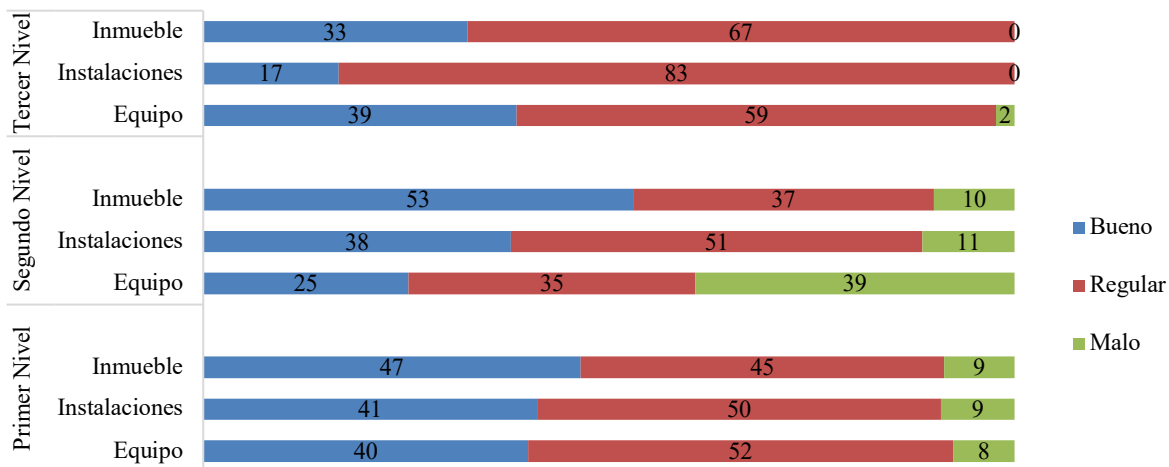
Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2017-2018 del IMSS.

Gráfica 5.2
Estado de Conservación de los Inmuebles, Instalaciones y Equipos de las Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2018.
(Porcentajes)



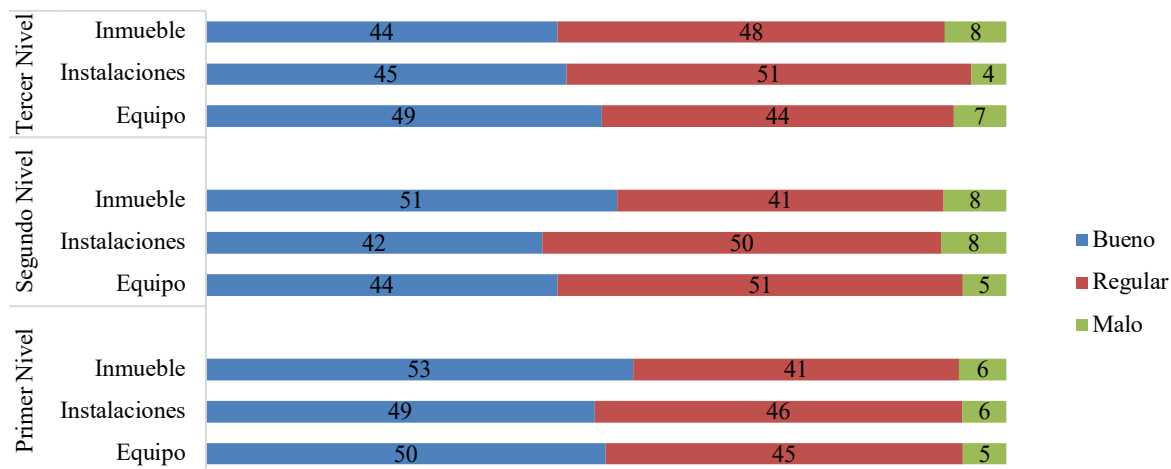
Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2018-2019 del IMSS.

Gráfica 5.3
Estado de Conservación de los inmuebles, Instalaciones y Equipos de las Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2019.
(Porcentajes)



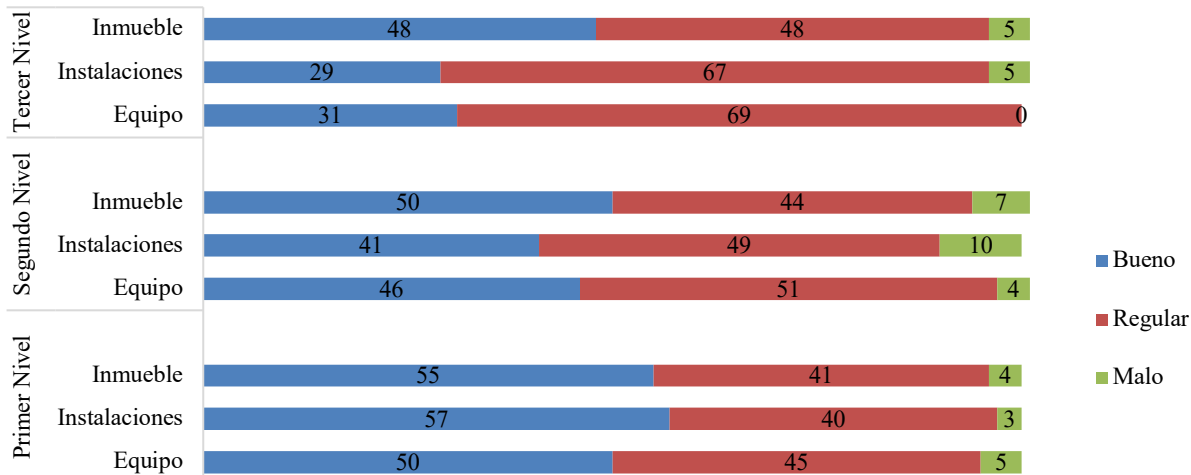
Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2019-2020 del IMSS.

Gráfica 5.4
Estado de Conservación de los inmuebles, Instalaciones y Equipos de las Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2020.
(Porcentajes)



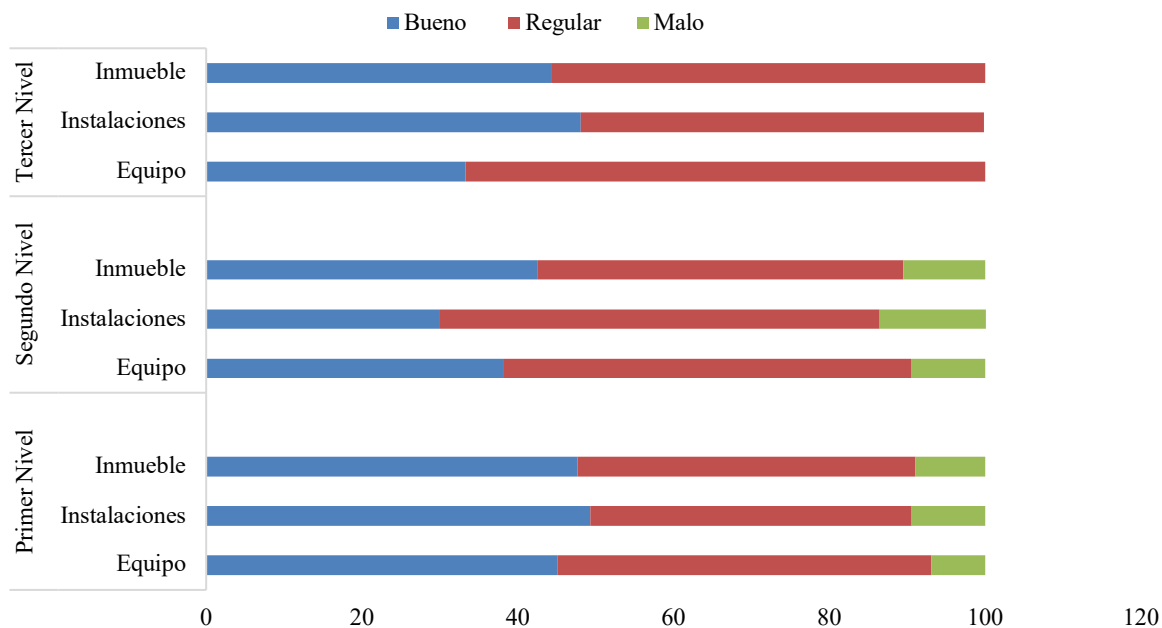
Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2020-2021 del IMSS.

Gráfica 5.5
Estado de Conservación de los Inmuebles, Instalaciones y Equipos de las Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2021.
(Porcentajes)



Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2021-2022 del IMSS.

Gráfica 5.6
Estado de Conservación de los inmuebles, Instalaciones y Equipos de las Unidades Médicas del IMSS por Nivel de Atención, 2022.
(Porcentajes)



Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2022-2023 del IMSS.

5.4 Inversión en Infraestructura mediante la Ley de Asociaciones Público Privadas (LAPP)

De acuerdo con Witker (2015), los proyectos de asociación público-privada regulados por la LAPP se definen como,

aquellos que se realicen mediante cualquier esquema que permita establecer una relación contractual de largo plazo entre instancias del sector público y del sector privado, para la prestación de servicios al sector público o al usuario final, y en los que se utilice infraestructura provista total o parcialmente por el sector privado.
(p. 76)

Así, entre julio de 2017 y febrero de 2018 el IMSS celebró cuatro contratos bajo el esquema de asociación público-privada (Contratos APP), para la prestación de servicios complementarios a los servicios médicos que presta el Instituto, que incluyen el diseño, construcción, equipamiento, operación y mantenimiento de los siguientes hospitales de segundo nivel de atención:

- i. Hospital General de Zona de 180 camas, en el municipio de Tapachula, Chiapas. Con una inversión total de 1,741,000,000 pesos.
- ii. Hospital General de Zona de 144 camas, en el municipio de Bahía de Banderas, Nayarit. Con una inversión total de 1,584,600,000 pesos.
- iii. Hospital General Regional de 260 camas, en el municipio de García, Nuevo León. Con una inversión total de 1,962,900,000 pesos.
- iv. Hospital General Regional de 260 camas, en el municipio de Tepetzotlán, Estado de México. Con una inversión de 1,899,800,000 pesos.

Los contratos celebrados con el Instituto bajo este esquema, “tienen una vigencia de 25 años (dos de obra y 23 de operación), y la infraestructura hospitalaria a desarrollar tiene por objeto atender la demanda de servicios médicos básicos y de especialidades de los derechohabientes del Instituto. Dichos proyectos consideran que los recursos para el pago de la prestación de servicios al sector público o al usuario final y los costos de inversión, operación y mantenimiento y conservación de la infraestructura, provienen en su totalidad de los recursos federales presupuestarios, lo anterior de conformidad con lo establecido en el Artículo 3, fracción III, inciso a del Reglamento de la LAPP” (IMSS, 2020, p. 287).

De los cuatro proyectos bajo este esquema, dos fueron concluidos, el Hospital General de Zona de 180 camas en Tapachula, Chiapas, que inició operaciones en el primer trimestre de 2020 y, el Hospital General de Zona de 144 camas en Bahía de Banderas, Nayarit, que entró en funcionamiento en el tercer trimestre de 2020.

De acuerdo con el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2019-2020,

Los otros dos proyectos fueron rescindidos, la causa para el HGR de García, Nuevo León fue la falta de obtención del cierre financiero, ya que el desarrollador notificó al Instituto que no era posible jurídica, material, ni financieramente llevar a cabo dicho cierre. Y en cuanto al HGR de Tepetzotlán, Estado de México, la causal fue la misma, derivado de diversas suspensiones como consecuencia de un juicio de nulidad en contra del fallo al concurso promovido por uno de los participantes, así como al otorgamiento de diversas prórrogas solicitadas por el desarrollador (IMSS 2020, pp. 287 y 288).

Por todo lo anterior es de alta relevancia evidenciar que la institución pública de salud más importante a nivel nacional celebre contratos bajo la LAPP, pues de acuerdo con Witker (2015), “esta ley suaviza la ya de por sí muy relajada normatividad de contratos administrativos de obra pública, adquisiciones, arrendamientos y servicios y de otorgamiento de concesiones, así como de deuda pública y de presupuesto y responsabilidad hacendaria” (p. 78).

La LAPP busca abrir completamente la puerta al capital privado y el control de una amplia gama de servicios públicos, que incluyen carreteras, hospitales, cárceles y escuelas. “No solo permite adquisición privada de los servicios gubernamentales existentes, sino que también crea incentivos para corporaciones privadas para proponer nuevos proyectos de construcción al gobierno que se financiaría con fondos públicos y privados” (Sandoval-Ballesteros, 2013, p. 45).

5.5 Subrogación de servicios médicos

La Ley del Seguro Social permite celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de servicios de salud y prestarlos a quienes no sean sus derechohabientes, en 2011 se creó el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios. Este acuerdo celebrado entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, así como diferentes instituciones y organismos públicos descentralizados del SNS, establece los lineamientos generales para formalizar los compromisos de prestación médica entre las instituciones, lo cual se realiza con base en un catálogo que

contempla 845 intervenciones homologadas con tarifas máximas de referencia para establecer los mecanismos y garantías de pago. Este convenio permitió detectar áreas que generan ahorros al Instituto. Se ha observado un ahorro aproximado de 50 por ciento al pasar de la subrogación de servicios privados al intercambio entre instituciones públicas. (IMSS 2013, p. 143)

Para su implementación, existe una Norma que establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Obtención y el Control de los Servicios Subrogados (SS) de Atención Médica, la cual dicta las disposiciones generales para celebrar estos convenios tanto para instituciones públicas como privadas, como sigue:

Las Unidades Médicas de primer, segundo, tercer nivel y sus Unidades Complementarias en las Delegaciones y las UMAE, deberán dar prioridad a la celebración de convenios de intercambio de servicios con instituciones del sector público; como segunda opción, podrán suscribir convenios con instituciones públicas, no alineados con el intercambio de servicios; y como tercera instancia podrán obtener un SS con el sector privado, siempre y cuando se cumpla alguno de los siguientes supuestos:

- a) Las instituciones públicas no cuentan o no puedan ofertar los servicios solicitados;
- b) Las instituciones públicas no tienen suficiente capacidad resolutive para atender la totalidad del volumen de servicios que demanda el IMSS o
- c) Las instituciones públicas no reúnen los requisitos de calidad, oportunidad, seguridad y eficiencia que el IMSS tiene comprometidos con sus derechohabientes. (IMSS 2019, p. 7)

Ahora, el servicio médico subrogado más solicitado por el Instituto es el de diálisis y hemodiálisis, y en una auditoría elaborada por la Auditoría Superior de la Federación (2011), se constató que este servicio es llevado a cabo principalmente por una institución externa y privada. La auditoría toma como muestra a las delegaciones Sur y Norte del D.F. y Estado de México Oriente del IMSS, por de 606,781.7 miles de pesos, todos adjudicados al proveedor Centro de Diagnóstico Ángeles, S.A. de C.V.

La auditoría encontró las siguientes irregularidades en el proceso de supervisión a las unidades de hemodiálisis:

- Falta de documentos que amparen la experiencia clínica del personal.
- Falta un área de lavado y esterilización.
- Faltan manuales de registro de morbimortalidad del servicio.

- La licencia de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 (Norma Oficial Mexicana de observancia obligatoria para el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos) estaba en trámite.
- En la unidad “Polanco” el proceso de desconexión de catéteres no cumplió con toda la normativa de antisepsia.
- La subestación eléctrica carece de iluminación suficiente y falta de mantenimiento.

De lo anterior, se determinó que, de 10 puntos por cubrir de las medidas de seguridad y protección civil, sólo se cumplieron 3, y las otras 7 fueron reportadas “en proceso”. Dichos incumplimientos debieron ser motivo de rescisión del contrato, lo que no concretó el IMSS porque el prestador de servicios presentó pruebas de atención y evaluó los avances, así como la importancia del servicio como soporte de vida. (ASF, 2011, p. 6)

De igual forma, y como parte de las acciones para la atención de la pandemia ocasionada por el virus SARS-COV-2, el 13 de abril de 2020, los integrantes del SNS firmaron un Convenio con la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP) y el Consorcio Mexicano de Hospitales (CMH), con la finalidad de brindar a derechohabientes y beneficiarios del IMSS, ISSSTE, INSABI, PEMEX, SEDENA y SEMAR, servicios médicos y hospitalarios subrogados.

En línea con lo anterior, “ante el incremento de casos y aplicación de medidas de contingencia en el país, el Instituto subrogo servicios de laboratorios particulares avalados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, para dar la atención a la población derechohabiente” (IMSS, 2021, p. 297).

Finalmente, el IMSS subroga otro tipo de servicios que competen al seguro de guardería y prestaciones sociales, por ejemplo, durante 2018 mediante los procedimientos previstos en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se adjudicaron 6,840 lugares en 31 guarderías con la finalidad de ampliar esta prestación social y así asegurar la continuidad del servicio. Otro ejemplo es el arrendamiento de espacios institucionales dentro de los centros vacacionales, tiendas IMSS-SNTSS y en los velatorios que, además de generar ingresos económicos al Instituto, posibilitan mantener en operación estos espacios siempre y cuando estas acciones permitan la contención del gasto, sin importar la calidad del servicio, equipamiento, mala ubicación y tamaño de estos servicios.

En cuanto al aprovechamiento de espacios institucionales dentro de las unidades médicas, administrativas y sociales del IMSS, se destaca aquí que el Instituto lleva a cabo un Programa de Uso Temporal Revocable y Contratos de Subarrendamiento, en el que renta espacios

institucionales con fines de comercialización de bienes y servicios, principalmente estos espacios son destinados a la venta de alimentos y bebidas, servicios de fotocopiado, banca comercial, entre otros. Tan solo en 2020, este programa provocó ingresos al IMSS por 84.2 millones de pesos (IMSS 2021, p. 338)

5.6 Administración de los Servicios Personales

A diciembre de 2022, el IMSS contaba con una fuerza laboral compuesta por 443,088 plazas presupuestarias y 32,378 plazas no presupuestarias, brindando servicio a 74,045,240 derechohabientes. Se recaudaron las cuotas obrero-patronales de más de un millón de registros patronales, se pagaron pensiones mensuales a más de 4.8 millones de pensionados y se ofrecieron servicios de guardería a 174,000 niñas y niños inscritos. En total, esta fuerza laboral alcanzó las 475,466 plazas.

Cabe destacar el aumento de plazas, especialmente con la contratación de 6,933 plazas de base. Se llevó a cabo un evento de reclutamiento y contratación de médicos egresados de la Residencia del IMSS, lo que permitió la contratación de 5,959 médicos especialistas, representando un incremento del 0.80% en comparación con 2021. Además, se registró el ingreso de médicos residentes, con un aumento del 0.18%.

En octubre de 2022, se logró un acuerdo con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) que incluyó la creación de 7,103 plazas nuevas, la cobertura de 23,278 plazas vacantes, un incremento salarial del 7.50% (el más alto en los últimos 20 años) y la reducción del ausentismo no programado.

5.6.1 Personal Activo

En el IMSS, el personal activo se encuentra dividido en dos grandes grupos, los cuales se definen de la siguiente manera:

- A) Plazas presupuestarias: Personal contratado al amparo del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT), o del Estatuto de Trabajadores de Confianza “A” del IMSS. Es decir, los trabajadores de base y confianza.
- B) Plazas no presupuestarias: Personal contratado de manera temporal, independiente y con remuneraciones diferentes a las del personal que ocupa una plaza presupuestaria.

Hasta 2022 el personal activo del IMSS registró un total de 475,469 trabajadoras y trabajadores a nivel nacional, lo que significó un aumento de 3,858. El 93.21% de ese nivel de ocupación estuvo conformado por plazas presupuestarias, en tanto que el 6.79% restante se conformó por plazas no presupuestarias (IMSS, 2023, p. 129)

La distribución de plazas presupuestarias y no presupuestarias por tipo de contratación se presentan en el cuadro 5.4:

Tipo de Contratación	2022
Total	475,466
Plazas presupuestarias	443,088
Base	366,627
Personal Sustituto ^{2/}	8,035
Médicos Residentes	23,166
Confianza	38,409
Personal con puestos de mando y homólogos	2,647
Temporales	4,204
Plazas no presupuestarias	32,378
Servicios profesionales por honorarios	735
Personal de afiliación y cobranza ^{3/}	5,023
Campañas de prevención y profilaxis	6,105
Prestadoras y Prestadores del servicio social ^{4/}	17,450
Voluntarias y voluntarios de prestadores sociales	3,065

1/No incluye las plazas de nómina ordinaria del Programa IMSS-BIENESTAR.

2/El total registrado representa al personal que cubrió una plaza vacante; adicional se contabilizan las contrataciones para la cobertura de ausentismos y plaza cero.

3/Notificador(a)/localizador(a), ejecutor(a), supervisor(a) de ejecutor, visitador(a), revisor(a), promotor(a) firma digital, promotor(a) del campo y promotor(a) clasificación de empresas, agente telefónico, supervisor(a) agente telefónico, apoyo a requerimientos de la Procuraduría de la Defensa del Contribuyente (PRODECON), apoyo administrativo y análisis fiscal.

4/Considera a los prestadores de servicio social administrativos y del Área Médica.

Fuente: Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2022 (p. 131)

Es importante mencionar que, con base a la composición de las plazas, el 68% corresponden a servicios médicos. La distribución total de plazas presupuestarias por tipo de servicio se muestra en el cuadro 5.5:

Cuadro 5.5
Distribución de Plazas Presupuestarias por Tipo de Servicio 2022

Tipo de Servicio	Plazas	Distribución Porcentual
Total ^{1/}	443,088	100%
Enfermeras	119,101	
Médicos	75,569	
Paramédicos	81,133	298,969
Médicos Residentes	23,166	68%
Becados	2,988	
Básicos	21,338	
Sustitutos	8,035	
Personal con puestos de mando y homólogos	2,647	
Otras categorías en atención de Áreas Médicas	59,497	144,119
Técnicos y Administrativos	49,614	32%

1/No incluye las plazas de nómina ordinaria del Programa IMSS-BIENESTAR.

Fuente: Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2022 (p. 132)

A su vez, el 86.6% del total de las plazas presupuestarias estuvieron adscritas a la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), distribuidas de la siguiente manera (cuadro 5.6):

Cuadro 5.6
Plazas Presupuestarias en la DPM

Área de Servicio	Plazas	Distribución porcentual
Total ^{1/}	383,658	100%
Segundo Nivel	199,055	51.88%
Unidades de Medicina Familiar	97,061	25.30%
Unidades Médicas de Alta Especialidad	51,539	13.43%
Médicos Residentes	23,166	6.04%
Sustitutos	6,524	1.70%
Becados	2,988	0.78%
Oficinas Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada	2,179	0.57%
Oficinas Centrales	1,063	0.28%
Personal con puestos de mando y homólogos	83	0.02%

1/No incluye las plazas de nómina ordinaria del Programa IMSS-BIENESTAR.

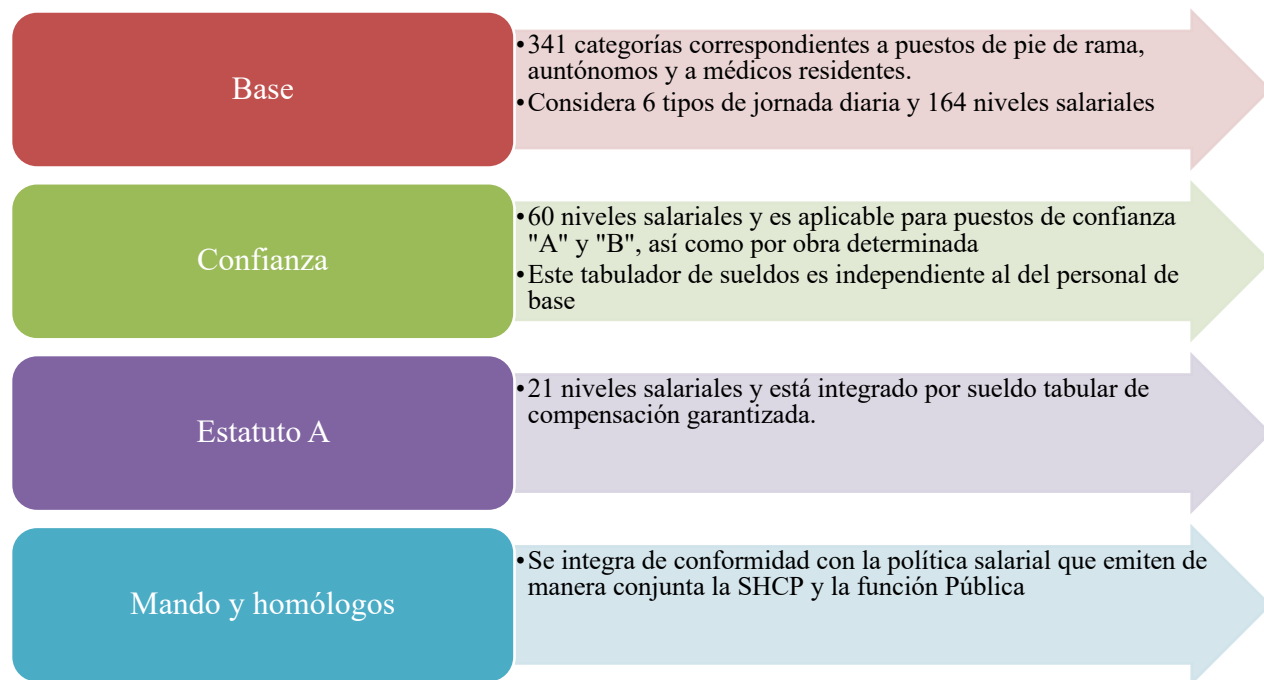
Fuente: Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2022 (p. 133)

De las 383,658 plazas vinculadas a la DPM, el 51.88% está asignado al Segundo Nivel de Atención, el 25.30% a UMF, el 13.43% a UMAE, y el 9.38% restante se divide entre médicos residentes, sustitutos, becados, personal en oficinas de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), oficinas centrales y personal de mando y homólogos (IMSS, 2023).

Durante el año 2022, en la nueva normalidad, se brindaron 80 millones 132 mil 409 consultas de medicina familiar, 18 millones 94 mil 577 consultas de especialidad y se llevaron a cabo aproximadamente un millón 226 mil 5 cirugías (IMSS,2023).

5.6.2 Sueldos y prestaciones al personal

El sueldo en el IMSS es la cuota mensual asignada a las trabajadoras y los trabajadores como pago por las actividades realizadas, de acuerdo con su categoría o nivel y jornada laboral. Existen cuatro tabuladores⁴⁸ para los diferentes tipos de contratación:



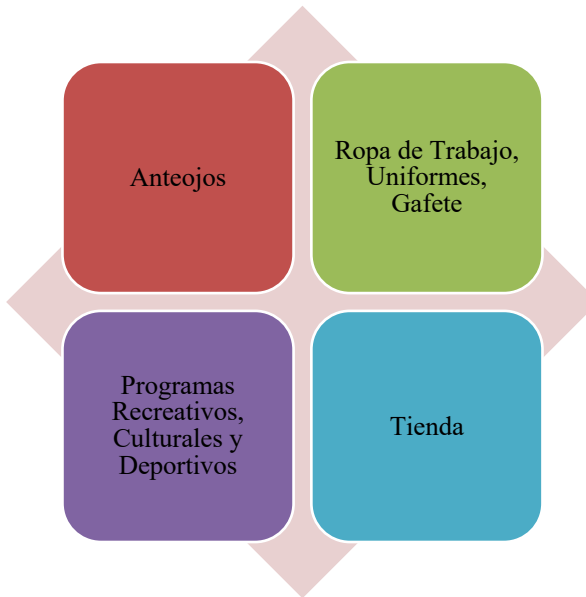
⁴⁸ Para consultar el sueldo de cada puesto de trabajo en el IMSS consulte el CCT 2023-2025 que celebran el IMSS y el SNTSS. Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/CCT-2023-2025.pdf>

En el IMSS, las prestaciones varían de acuerdo con el tipo de contratación. En este sentido, para el personal de base y confianza, sujetos al CCT, son percepciones de carácter legal y contractual. Existen dos tipos de prestaciones:

1. **Prestaciones en dinero.** Son adiciones al sueldo tabular de las trabajadoras y de los trabajadores, de acuerdo con las características asociadas a la plaza, localidad y ocupante, e inherentes a la categoría, jornada o servicio; se pagan a través de conceptos de nómina y se encuentran establecidas en el CCT.



2. **Prestaciones en especie.** Son aquellas que se otorgan a las trabajadoras y a los trabajadores mediante bienes o servicios:



Aunado a lo anterior, el personal del IMSS recibe beneficios vinculados a las contribuciones obrero-patronales que el instituto asume en su rol de empleador, en concordancia con la Ley del Seguro Social (LSS). Asimismo, se otorgan prestaciones conforme a las disposiciones de las Leyes del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), del Sistema de Ahorro para el Retiro, del Impuesto Sobre la Renta, y sus reglamentos respectivos, además de las estipuladas en el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT).

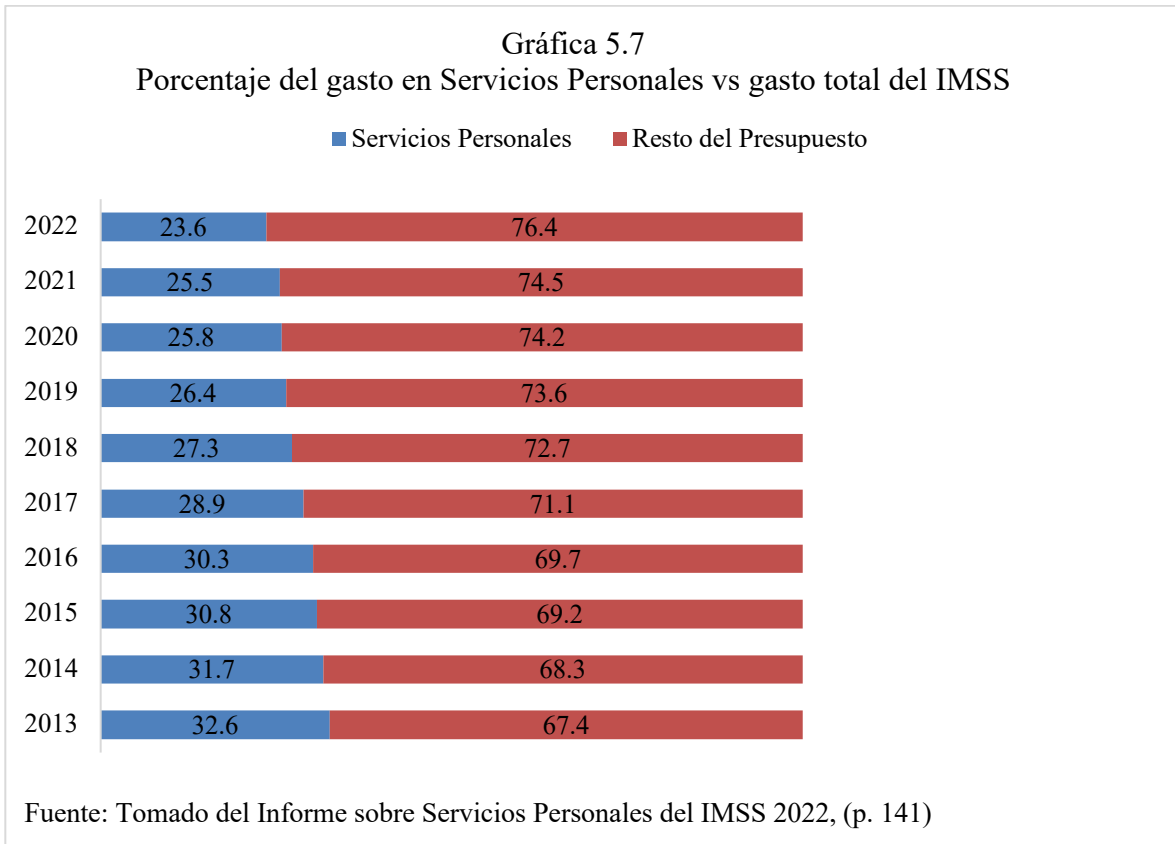
ISR a cargo del IMSS	Aportaciones Patronales	Seguridad Social
<ul style="list-style-type: none"> • Fondo de Ahorro • Estímulos y Ayuda de Renta • Aguinaldo • Compensación Garantizada • Percepción Médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesantía y Vejez (AFORE) • Seguro para el Retiro (AFORE) • INFONAVIT • Cuotas Obrero-Patronales 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad General • Riesgo de Trabajo • Previsión Social

6.2.3 Presupuesto ejercido en servicios personales

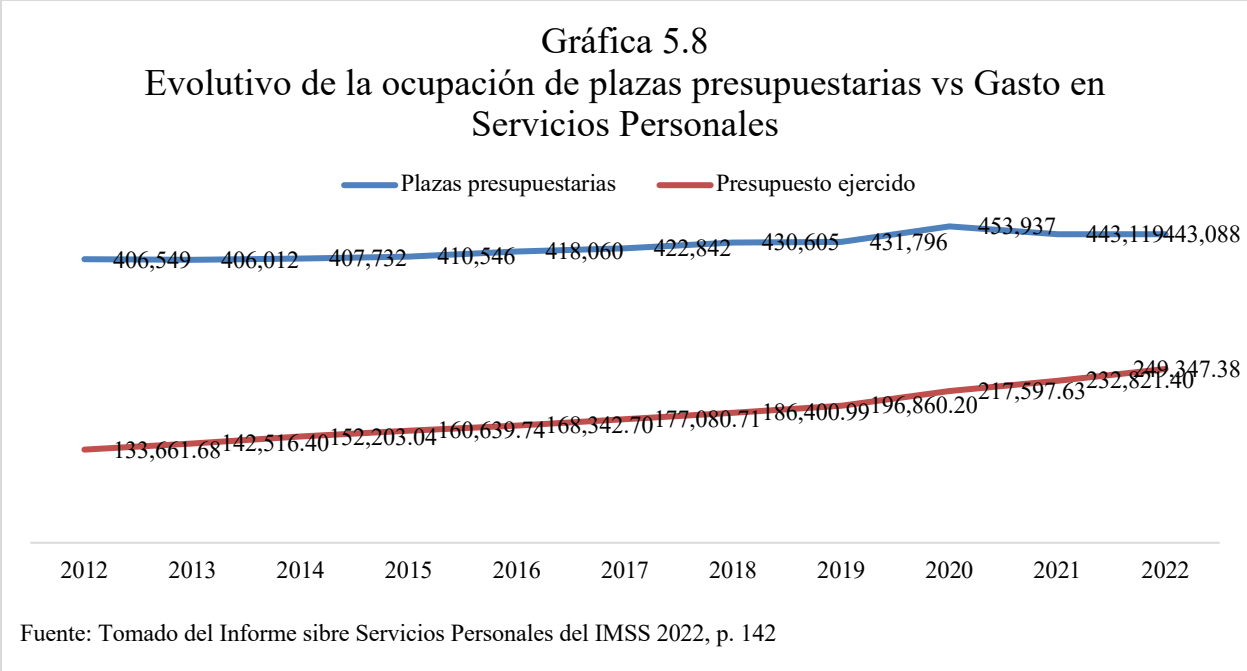
De acuerdo con lo reportado por el IMSS (2023) en su informe sobre servicios personales del ejercicio fiscal 2022, el presupuesto autorizado a Servicios Personales “ascendió a 232,771.9 mdp; representando el 23.0% del presupuesto total del IMSS. La administración de estos recursos tuvo como premisa garantizar los servicios médicos a la población derechohabiente, asimismo con el apoyo de las áreas tanto médicas como administrativas involucradas, se logró una disminución y regularización del presupuesto ejercido en 2022 para la atención de la emergencia sanitaria causada por el virus COVID-19” (p. 141).

“Del total de recursos ejercidos en el ejercicio fiscal 2022, 178,638.3 mdp fueron destinados al pago de sueldos, percepciones ordinarias y extraordinarias y 61,703.4 mdp para el pago de seguridad social e impuestos. Los dos primeros rubros, destinados a cubrir el costo de la nómina, representan 96.3% del total del presupuesto ejercido. El restante 3.7% de los recursos ejercidos fue integrado por los rubros de gastos complementarios y por erogaciones en plazas no presupuestarias, los cuales ascienden a 9,006 mdp” (IMSS, 2023, p. 143).

La gráfica 5.7 presenta una disminución promedio del 3.50% para el periodo 2013-2022 en el presupuesto ejercido en el ramo de servicios personales en comparación con el presupuesto total del IMSS.



La administración de los servicios personales se muestra en la gráfica 5.8, se observa que para el periodo 2012-2022, el incremento de las plazas presupuestarias solo tuvo un incremento de 0.88%, mientras que el presupuesto destinado a este ramo tan solo ha aumentado 6.44% en promedio para el periodo de estudio. Lo anterior derivado del Programa de Austeridad Institucional que ha implementado el Instituto desde hace más de una década, lo que puede aumentar la carga laboral de los trabajadores restantes, lo que puede afectar la eficiencia de los trabajadores de base y la calidad del trabajo.



De todo lo anterior, la evolución en el perfil epidemiológico implica mayores costos para el IMSS, ya que el tratamiento de estas enfermedades crónico-degenerativas es más costoso que el de las enfermedades transmisibles. Además, se señala que tanto factores externos como internos han contribuido a desequilibrios financieros significativos y presiones financieras en el IMSS, lo que lo llevo a incurrir en déficits financieros desde 2009, lo que llevo al Instituto a implementar medidas de control y austeridad⁴⁹ que optimizaran el uso de los recursos financieros, eliminando gastos que no sean necesarios para la prestación de servicios médicos y hospitalarios. La implementación de estas medidas liberó recursos que antes se destinaban a gastos administrativos y operativos y se redirigieron hacia la acumulación de reservas operativas y su inmersión en el mercado financiero. Esto implica que, en lugar de destinar recursos a mantener el funcionamiento regular de las instalaciones y actividades administrativas, se priorizará la especulación financiera con la finalidad obtener ingresos extraordinarios

⁴⁹ “Párrafo cuatro del Artículo 272 de la LSS: El Instituto deberá formular su proyecto de presupuesto y ejercer el gasto correspondiente, con estricto respeto a los criterios de disciplina, productividad, ahorro, austeridad, eficacia, eficiencia, desregulación presupuestaria y transparencia, debiendo aplicarlos en forma tal que no afecte la atención a sus derechohabientes.”

Capítulo 6

Análisis Financiero del Presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Resumen

En este capítulo se tiene como objetivo analizar y visibilizar el proceso mediante el cual el presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social se ha ido insertando en el mercado financiero internacional. Al destacar este fenómeno, se busca comprender sus implicaciones en la prestación de servicios de salud y seguridad social, así como en el bienestar de sus derechohabientes y trabajadores tanto activos como jubilados.

En el primer apartado se describe y revisa la evolución del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del IMSS en su carácter de patrón, régimen que el Instituto denomina como un pasivo, por lo que ha implementado acciones que lo extinguirán en el largo plazo. El segundo apartado muestra las inversiones de las reservas y el fondo laboral que mantiene el Instituto por mandato de la LSS. Finalmente, el tercer apartado busca demostrar mediante un modelo econométrico los efectos de la reducción del presupuesto del IMSS en su funcionamiento.

6.1 Introducción

En lugar de impulsar el crecimiento de la capacidad productiva y la generación de empleo, los sistemas financieros nacionales (que incluyen corporaciones, instituciones y políticas) se han convertido en un gigantesco y sofisticado sistema que favorece la concentración de la riqueza global. En consecuencia, no es exagerado afirmar que un reducido grupo de mega conglomerados financieros posee un inmenso poder económico y político, convirtiendo las áreas económicas nacionales en el escenario de sus disputas. (Correa, 2022)

La financiarización de las instituciones públicas de salud es un proceso en el cual el mercado financiero adquiere un papel cada vez más importante en el ámbito de la atención médica. Esto se manifiesta de diversas maneras, como el aumento de la inversión de empresas financieras en la industria de la salud, la introducción de modelos de negocio basados en la maximización de beneficios, la privatización de servicios de salud y el uso de instrumentos financieros complejos para financiar la seguridad social.

Si bien se argumenta que la financiarización de la salud puede mejorar la eficiencia de la atención médica, es imperante cuestionar su impacto en la equidad en la salud y en la disponibilidad de

servicios médicos asequibles y de calidad para todos los ciudadanos, especialmente en un país como el nuestro con un sistema de salud pública fragmentado. Además, la financiarización de la salud puede llevar a la medicalización excesiva y a la priorización de la rentabilidad sobre el bienestar de los pacientes.

Analizar la relación entre la salud y la financiarización, puede ayudar a identificar cómo la salud se está transformando en un activo vendible y negociable. Por ejemplo, uno de los efectos secundarios de esta transformación es el aumento en la utilización de fondos públicos por parte de instituciones y hospitales privados, a través de subsidios y préstamos.

6.2 Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón

En el caso del Instituto el pasivo laboral es la obligación con los trabajadores que deriva de las prestaciones establecidas en el Contrato Colectivo de Trabajo con motivo del plan de pensiones denominado Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de las obligaciones contractuales para el pago de la prima de antigüedad y de las indemnizaciones generadas por la muerte o la separación laboral de los trabajadores.

El IMSS tiene celebrado con sus trabajadores un RJP incluido en su Contrato Colectivo de Trabajo, el cual amplía el plan de pensiones determinado por la Ley del Seguro Social (LSS) en el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte⁵⁰, así como en el de Riesgos de Trabajo (SRT). (IMSS, 2012, p. 160)

A partir del 16 de octubre de 2005, las contrataciones de empleados efectuadas por el IMSS incluyen ventajas en cuanto a pensiones que se financian a través de los recursos de la seguridad social y las contribuciones de los propios trabajadores. Esto implica que, en su calidad de empleador, el IMSS no acumula una deuda laboral relacionada con estas pensiones. (IMSS, 2021) Bajo este contexto, el financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones proviene de tres fuentes:

⁵⁰ El Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte corresponde a la LSS de 1973, cuyos pasivos por pensiones están a cargo del Gobierno Federal, de acuerdo con el Artículo Duodécimo Transitorio de la LSS de 1997.

- i. Los recursos del IMSS en su carácter de asegurador, mismos que provienen de las pensiones de la Ley del Seguro Social.
- ii. Las aportaciones correspondientes a 3% del salario base y del fondo de ahorro que realizan a este Régimen los trabajadores en activo.
- iii. Los recursos que el IMSS aporta de su presupuesto para complementar el pago de las pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, es decir, la parte del IMSS en su carácter de patrón. (IMSS 2021, p. 251)

Es importante destacar que, a partir del 16 de octubre de 2005, el IMSS -a través de cuatro disposiciones que veremos a continuación-, decidió que el pasivo de este Régimen ya no aumentará debido a la contratación de nuevos trabajadores. Pues argumenta que, el pasivo de transición se mantendrá en los próximos años, lo cual implicará un aumento debido a los pagos de pensiones en curso y a las jubilaciones y pensiones que se otorguen a los trabajadores activos que tengan derecho al plan de pensiones.

Desde 2004, el IMSS implementó cuatro medidas para deslindarse del pasivo laboral derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones por motivo de las nuevas contrataciones:

- i. Hubo cambios en los Artículos 277 D⁵¹ y 286 K⁵² de la Ley del Seguro Social, a partir del 12 de agosto de 2004. Estos cambios tuvieron como efecto que el Instituto ya no puede crear, contratar o sustituir plazas sin el respaldo de los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y tampoco puede utilizar los recursos provenientes

⁵¹ Artículo 277 D. El Consejo Técnico, sujeto a las previsiones presupuestarias, aprobará los sueldos y prestaciones de los trabajadores de confianza a que se refiere el artículo 256 de esta Ley, y la contratación de servicios profesionales por honorarios, que resulten estrictamente necesarios, conforme a las bases de observancia obligatoria que el mismo emita. Los sueldos a que se refiere el párrafo anterior se determinarán considerando los tabuladores que para las dependencias y entidades del sector público federal expida la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y las condiciones imperantes en el mercado, conforme a un sistema de valuación de puestos. Los ajustes deberán guardar congruencia con los lineamientos que al efecto observe el Gobierno Federal, efecto para el cual el Instituto solicitará la opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (LSS, p. 87)

⁵² Artículo 286 K. El Instituto administrará y manejará, conforme a los lineamientos que al efecto emita el Consejo Técnico, un fondo que se denominará Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, con objeto de disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de sus trabajadores. Al efecto, el Consejo Técnico aprobará las reglas del referido Fondo a propuesta del director general, quien deberá escuchar previamente la opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. El manejo del Fondo deberá tomar en consideración las políticas y lineamientos que la Administración Pública Federal aplica en dicha materia. Dicho Fondo deberá registrarse en forma separada en la contabilidad del Instituto estableciendo dentro de él una cuenta especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del Instituto. Los recursos que se afecten en dicho Fondo y cuenta especial sólo podrán disponerse para los fines establecidos en este artículo. El Instituto, en su carácter de patrón, no podrá destinar a este Fondo, para el financiamiento de la cuenta especial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, recursos provenientes de las cuotas a cargo de los patrones y trabajadores establecidos en la Ley del Seguro Social. Tampoco podrá destinar recursos para dicho fin, de las contribuciones, cuotas y aportaciones que, conforme a la Ley del Seguro Social, son a cargo del Gobierno Federal; ni de las Reservas a que se refiere el artículo 280 de esta Ley o de los productos financieros que de ellas se obtengan.

- de los ingresos por cuotas que recibe el IMSS en su carácter de asegurador para ese propósito.
- ii. El IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social suscribieron el 14 de octubre de 2005 el Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso (Convenio de 2005), el cual establece nuevos requisitos de edad y antigüedad para tener derecho a la jubilación por años de servicio para los trabajadores de base contratados a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008. Este plan de pensiones es complementario a los beneficios que establece la Ley del Seguro Social, y el financiamiento de la parte complementaria se basa en un esquema de contribuciones a cargo únicamente de los trabajadores. Por tal motivo, para el Instituto no generará un pasivo laboral adicional derivado del plan de pensiones del Convenio de 2005. No obstante, el IMSS administra el fondo en el que se depositan las contribuciones de los trabajadores para el financiamiento de este plan de pensiones y cada año realiza la Valuación Actuarial correspondiente, con el propósito de evaluar el equilibrio financiero entre los costos futuros por las pensiones complementarias y los recursos destinados a su financiamiento, reportados en la sección X.2 de este capítulo.
 - iii. El Convenio suscrito el 27 de junio de 2008 (Convenio de 2008) entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social estableció un nuevo esquema de contribuciones aplicable a los trabajadores contratados por el IMSS a partir del 1 de agosto de 2008. Este esquema permite a los trabajadores acceder a un beneficio superior al que establece la Ley del Seguro Social. El importe superior a la seguridad social está financiado con los recursos que aportan los propios trabajadores a las cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro, que son de 15% del salario base y del fondo de ahorro. De tal forma que el IMSS, en su carácter de patrón, tampoco tiene un pasivo laboral por pensiones derivado de las nuevas contrataciones bajo este Convenio, por lo que no se realiza una Valuación Actuarial de estos beneficios.
 - iv. Finalmente, a partir del 1 de enero de 2012 entró en vigor el Estatuto A⁵³, el cual establece, para los trabajadores de Confianza A contratados a partir de esa fecha, que los beneficios por pensión son de acuerdo con lo dispuesto en el Apartado A del Artículo 123 Constitucional. Con este ordenamiento legal tampoco se genera un pasivo por pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón. (IMSS 2021, p. 252).

⁵³ Artículo 36, Inciso II. Fondo de Retiro Individual:

Este Fondo será establecido por el Instituto, y el trabajador podrá realizar aportaciones equivalentes al cinco o diez por ciento de su salario mensual, conforme a las disposiciones que para tal efecto emita el Área Administrativa del Instituto, el cual cubrirá un monto equivalente a la aportación del trabajador. Asimismo, el trabajador podrá aportar recursos adicionales, por los cuales el Instituto no aportará cantidad alguna. Los recursos aportados al Fondo serán invertidos en instrumentos financieros que garanticen los mejores rendimientos al menor riesgo, y no se cobrará comisión alguna al trabajador por este concepto, ya sea que utilice la infraestructura profesional y operativa con la que cuenta para ese efecto o que encomiende la administración de los recursos a alguna institución especializada. (Estatuto de Trabajadores de Confianza “A” del Instituto Mexicano del Seguro Social, pág. 14)

Estas disposiciones volvieron a los trabajadores que tienen derecho a los beneficios establecidos en el RJP en un grupo cerrado (no se admiten nuevos trabajadores en él). Como resultado, este grupo se reducirá año tras año debido a factores como jubilación, invalidez, incapacidad o fallecimiento. Entre todas estas razones, la jubilación es la principal causa que provoca un mayor impacto en la disminución de la población del grupo.

6.2.1 Proyección demográfica del RJP

Dado que la población activa con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones es un grupo cerrado, se espera que el comportamiento futuro de la población activa disminuya de forma gradual y con ello se extinga la prestación por jubilación para sus trabajadores. Como se puede observar en la gráfica 6.1 los trabajadores que obtuvieron esta prestación es el personal contratado a finales de las décadas de los años setenta y ochenta.

Por su parte, las proyecciones realizadas para estimar la forma de cómo se irá dando con el tiempo la incorporación de los nuevos pensionados, así como la permanencia y supervivencia de los pensionados vigentes desde diciembre de 2012 se muestran en el cuadro 6.1, del cual se desprende que del 2013 al 2020 el número de nuevos pensionados de trabajadores activos se incremento de 9 mil a 16 mil personas. Asimismo, en 2013 se estimaba que al final del 2035 habría 391,280 jubilados y pensionados.

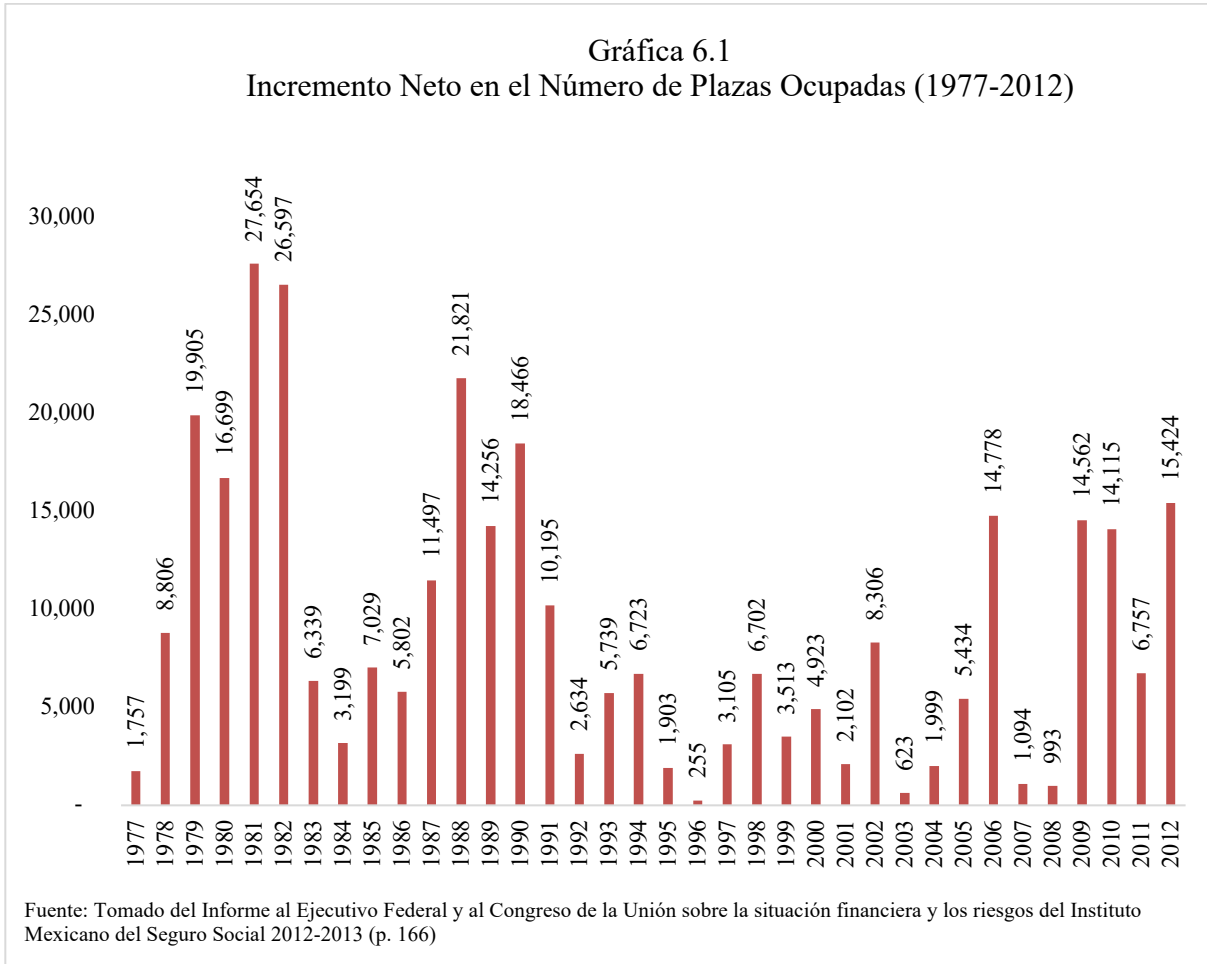
Hasta diciembre de 2021,

(...) el personal en activo representa 36% de la población pensionada; se estima que para diciembre de 2022 la proporción disminuya a 32%. Por otra parte, en el Informe del Instituto de 2002 se estima que el número máximo de población pensionada sea en 2033 con 413,888 personas jubiladas y pensionadas. (IMSS 2022, p. 199)

6.2.2 Proyección financiera del RJP

Para mostrar el comportamiento del gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, en el largo plazo se proyectan los siguientes resultados:

- i) Gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.
- ii) Gasto anual a cargo del IMSS en su carácter de asegurador.
- iii) Gasto anual a cargo del IMSS en su carácter de patrón.⁵⁴



⁵⁴El flujo de gasto a cargo del IMSS en su carácter de patrón se obtiene de descontar al gasto total anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones el gasto a cargo del IMSS en su carácter de asegurador. En este contexto, el gasto a cargo del IMSS en su carácter de patrón incluye el gasto que cubre con las aportaciones de los trabajadores al régimen, así como el gasto que corresponde por los jubilados y pensionados del Programa IMSS-BIENESTAR.

Cuadro 6.1
Proyección 2013-2095 de Jubilados y Pensionados del IMSS
(Trabajadores que Ingresaron Antes del 12 de Agosto de 2004)

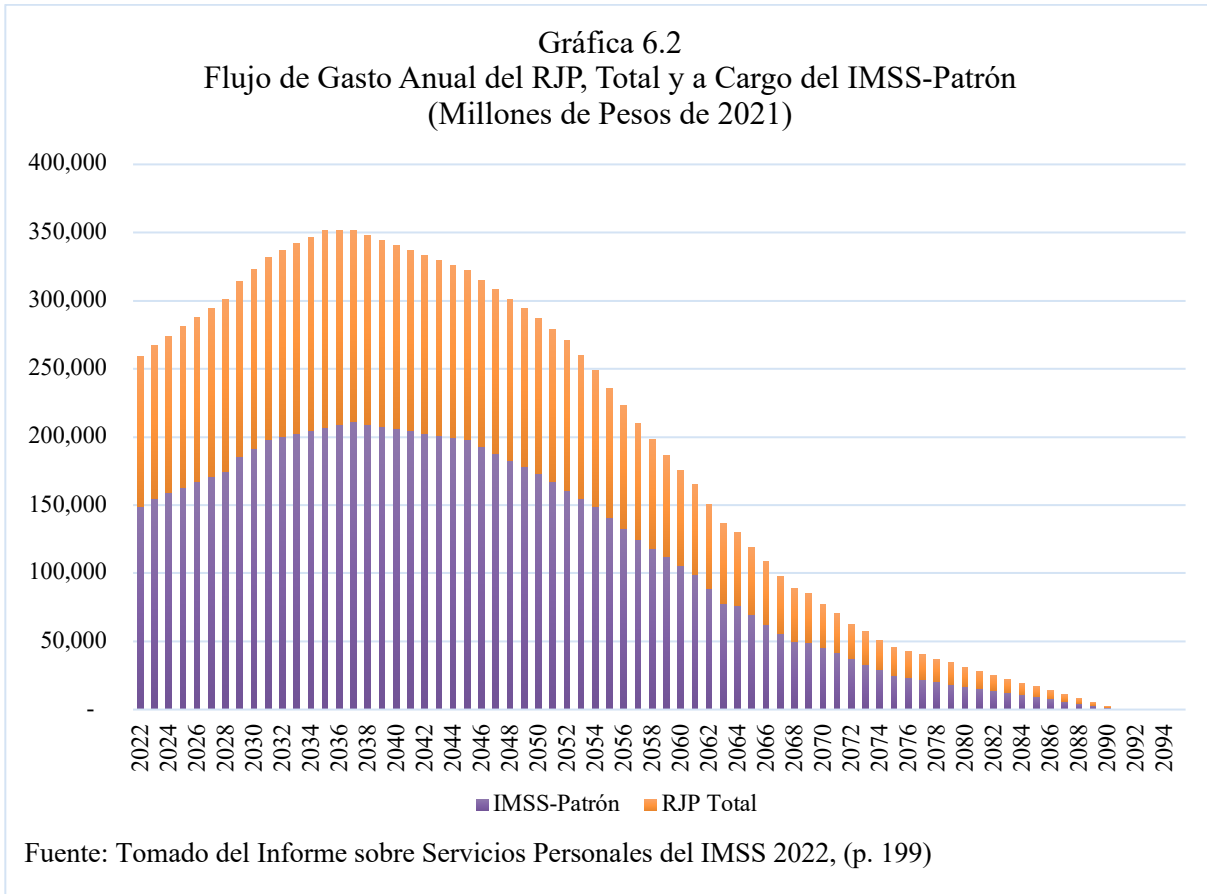
Año	Pensionados en curso de pago a diciembre de 2012	Nuevos pensionados de trabajadores activos	Nuevos pensionados de trabajadores activos sobrevivientes al final de cada año	Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
2013	228,604	9,330	9,330	237,934
2014	226,180	10,956	20,224	246,403
2015	224,118	13,203	33,291	257,409
2020	212,925	16,511	115,255	328,181
2025	197,734	10,832	172,592	370,326
2030	176,880	11,521	217,608	394,488
2035	149,266	5,719	242,014	391,280
2040	115,305	4,076	234,307	349,612
2045	77,956	4,363	214,192	292,148
2050	43,111	4,431	182,539	225,650
2055	17,719	3,938	140,146	157,866
2060	4,902	2,949	92,950	97,853
2065	957	1,776	50,876	51,833
2070	195	799	21,730	21,925
2075	48	239	6,639	6,688
2080	12	38	1,275	1,287
2085	3	2	122	125
2090	1	0	3	4
2095	0	0	0	0

Fuente: Tomando del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012-2013

La gráfica 6.2 muestra la proyección del flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones en pesos de 2021. Las barras color verde representan el gasto anual total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y las barras en amarillo representa el gasto anual a cargo del IMSS en su carácter de patrón.

Para el 2037, el IMSS estima alcanzar el mayor gasto anual total del Régimen (211,043 millones de pesos de 2021), el cual corresponde a 68% por pensiones complementarias y 32% con cargo al IMSS en su carácter de asegurador. No obstante, el nivel máximo por pensiones complementarias a cargo del IMSS en su

carácter de patrón se alcanzaría en el año 2035 (144,649 millones de pesos de 2021), el cual representa 69% del gasto anual del Régimen. (IMSS 2022, p. 199)



6.3 Situación y composición financiera de las inversiones del Instituto

La Comisión de Inversiones Financieras del Instituto Mexicano del Seguro Social fue establecida en noviembre de 1999 de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del Instituto, publicado en octubre de 1999, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley del Seguro Social. Su función principal es proponer al H. Consejo Técnico las políticas y directrices de inversión de los portafolios institucionales, así como evaluar y supervisar su implementación.

Esta comisión tiene la facultad de tomar decisiones sobre la constitución, inversión y uso de los recursos financieros del Instituto, en particular las Reservas Financieras y Actuariales, así como la Reserva General Financiera y Actuarial. Su objetivo es garantizar una gestión adecuada y responsable de los recursos financieros, maximizando los rendimientos y minimizando los riesgos.

La Comisión de Inversiones Financieras desempeña un papel crucial en el manejo de las inversiones del Instituto Mexicano del Seguro Social y está encargada de establecer las políticas y lineamientos que guían las decisiones de inversión. Asimismo, se encarga de evaluar y supervisar la implementación de dichas políticas para asegurar que se cumplan los objetivos financieros establecidos.

En resumen, la Comisión de Inversiones Financieras del Instituto Mexicano del Seguro Social es el órgano responsable de proponer las políticas y directrices de inversión, así como de evaluar y supervisar su aplicación en los portafolios institucionales del Instituto.

Por otro lado, la Unidad de Inversiones Financieras (UIF) fue creada en marzo de 1999, está respaldada por el artículo 286 C de la Ley del Seguro Social (LSS) y se rige por la normatividad vigente en materia de inversiones financieras. Que incluye las Políticas y Directrices para la inversión de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales, la inversión de las Reservas Operativas y la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, así como la inversión del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, y para la inversión de la Reserva correspondiente al Artículo 302 de la LSS.

A su vez, la UIF se vale de tres coordinaciones que trabajan conjuntamente para determinar las dinámicas de inversión de los recursos institucionales. Estas coordinaciones se encargan de invertir los recursos de las reservas y el fondo laboral del IMSS. A continuación, se describen brevemente cada una de ellas:

- i. Coordinación de Asignación Estratégica y Evaluación: Su función principal es proponer a la UIF la asignación estratégica de activos para las reservas y el Fondo Laboral. Con la finalidad de ampliar el portafolio de activos de mayor volatilidad y rendimiento de inversión. Además, esta coordinación se encarga de evaluar las utilidades de las inversiones institucionales.
- ii. Coordinación de Inversiones: Esta coordinación se encarga de implementar las estrategias de inversión y la asignación táctica de activos. También propone las tesis de inversión semanales y presenta los indicadores económicos más relevantes para su discusión con las demás coordinaciones de la Unidad de Inversiones Financieras y la Coordinación de Administración de Riesgos Financieros. Estas actividades se realizan de acuerdo con las

Políticas de Operación de las Inversiones Financieras del IMSS, aprobadas por la Comisión mediante Acuerdo 7-683/18.

- iii. Coordinación de Control de Operaciones: Esta coordinación se encarga de confirmar y liquidar las operaciones de inversión a través del servicio de Custodia de Valores. También se encarga del control y registro contable de dichas operaciones.

Ya veíamos en el capítulo anterior que, la Coordinación de Asignación Estratégica y Evaluación autorizó en noviembre de 2021 la actualización del régimen de inversión de las reservas y el Fondo Laboral con el objetivo de generar mayor rendimiento de las inversiones. Estos cambios implicaron la ampliación de los límites de duración para emparejar activos con pasivos, así como la aprobación de la inversión en renta variable y deuda gubernamental internacional a través de ETFs, además de FIBRAS y mercancías, sin la necesidad de recurrir a terceros.

Posteriormente, el 30 de marzo de 2022, el H. Consejo Técnico aprobó la ampliación del límite de inversión en acciones (renta variable) de las Reservas Financieras y Actuariales de la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados (RFA de GMP) y del Seguro de Enfermedades y Maternidad (RFA SEM). También se ampliaron los regímenes de inversión de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (RFA SGPS), de la Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones Subcuenta 1 (RJPS1), y de la Reserva correspondiente al Artículo 302 de la Ley del Seguro Social (R302LSS)⁵⁵.

6.3.1 Asignación estratégica de activos (AEA)

De acuerdo con la normatividad, la AEA es una guía para realizar las operaciones financieras y se define como la ponderación porcentual óptima que se deberá asignar a cada clase y subclase de

⁵⁵ Artículo 302. El derecho del trabajador o pensionado y, en su caso, de sus beneficiarios a recibir los recursos de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez es imprescriptible.

Sin perjuicio de lo anterior, el Instituto podrá disponer de dichos recursos a los diez años de que sean exigibles sin necesidad de resolución judicial, siempre que constituya una reserva suficiente para atender las solicitudes de devolución de los trabajadores, pensionados o beneficiarios. Cualquier mensualidad de una pensión, asignación familiar o ayuda asistencial recibirá el mismo tratamiento, en el año calendario en el que sea exigible.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público aprobará la metodología para determinar el monto de la reserva que el Instituto constituirá para atender las solicitudes de devolución señaladas en el párrafo anterior y el procedimiento que deberá seguir para ello.

Artículo reformado DOF 16-12-2020

activo en los diferentes portafolios de inversión. Esta es aprobada por la Comisión. Dicho órgano autorizó la actualización de la AEA mediante el Acuerdo 4-756/21, emitido el 19 de noviembre de 2021, la cual incluyó, además, la exposición de los portafolios en moneda extranjera. La actualización entró en vigor el 15 de diciembre de 2021, una vez ratificada la aprobación de las modificaciones de las Políticas y Directrices de inversión de las reservas y Fondo Laboral, por el H. Consejo Técnico.

Asimismo, el 31 de marzo de 2022, con la entrada en vigor de las Políticas y Directrices para la inversión de la Reserva correspondiente al Artículo 302 de la Ley del Seguro Social, así como de las modificaciones a las Políticas y Directrices para la inversión de la Reserva General Financiera y Actuarial y las Reservas Financieras y Actuariales, además de las Políticas y Directrices para la inversión del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, inició la vigencia de la AEA aprobada por la Comisión, mediante el Acuerdo 5-759/22 emitido el 14 de enero de 2022, para las RFAs de GMP y SEM, así como para la R302LSS y la RJPS1. La AEA para la R302LSS y la RFA SGPS, aprobada con el mismo acuerdo, entró en vigor a partir de la constitución de dichas reservas (1 de abril y 1 de septiembre de 2022, respectivamente) (IMSS, 2022, p. 6).

En el cuadro 6.2 se describe la AEA al cierre del cuarto trimestre de 2022 para cada reservafinanciera y el fondo laboral que compone las inversiones del Instituto. Este cuadro destaca una exposición a instrumentos de renta variable a través de ETF's para el RJPS2.

6.3.2 Régimen inversión de las reservas y el fondo laboral

Respecto al régimen de inversión que maneja el Instituto, cabe destacar que,

constituye cuatro niveles de reservas que no forman parte de su patrimonio, pero son el medio para garantizar el derecho a la salud de las personas trabajadoras, salvaguardar la asistencia médica y los servicios sociales necesarios para su bienestar individual y colectivo, así como un fondo laboral para hacer frente a sus obligaciones como patrón. (IMSS, 2022, p. 241)

La estructura de las reservas financieras del IMSS es la siguiente:

- 1) Reservas Operativas (**RO**)
- 2) Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (**ROCF**)
- 3) Reserva General Financiera y Actuarial (**RGFA**) y
- 4) Fondo Laboral (Subcuenta 1 y 2)

Las reservas operativas tienen como objeto hacer frente al pago de prestaciones, gastos administrativos, así como constituir las RFA, la ROCF y la RGFA. A su vez, la RGFA está constituida por la Cobertura de Gastos Médicos para Pensionados (GMP), el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y, el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), la RGFA tiene como objeto cubrir las necesidades que correspondan a cada seguro y cobertura, y solo para enfrentar caídas en los ingresos o incrementos en los egresos derivados de problemas económicos. Y el fondo laboral está dividido en la Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones:

- Subcuenta 1⁵⁶ (RJPS1) que se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores que ingresaron al Instituto antes del 14 de octubre de 2005 y se integró con los recursos acumulados en el Fondo Laboral hasta el 11 de agosto de 2004.
- Subcuenta 2⁵⁷ (RJPS2), que tiene como propósito disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de las personas trabajadoras del IMSS que ingresaron al Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008.

Posterior a esa fecha, las nuevas plazas contratadas en el IMSS entraron en un “nuevo RJP” es decir, el esquema de cuentas individuales con opción a jubilación con el 80% de su sueldo y con aumentos en el tiempo de servicio de los nuevos trabajadores de 27 a 34 años para las mujeres y de 28 a 35 años de servicio para los hombres.

⁵⁶ La Subcuenta 1 del Fondo Laboral no tiene un régimen de inversión específico. Debido a los objetivos de sus recursos, la Comisión de Inversiones Financieras aprueba, desde 2009, los montos, plazos y tipos de instrumentos financieros en que se deberá invertir esta subcuenta.

⁵⁷ La Subcuenta 2 se incrementa con la aportación al RJP excedente de 3 por ciento del salario establecida para los trabajadores en activo, de Base, Confianza “A y B”, que ostentaban esta condición hasta el 12 de agosto de 2004, lo que conforma la Subcuenta 2A. Este excedente asciende en la actualidad a 7 por ciento del salario. A esta subcuenta también se destina la aportación de 10 por ciento del salario al financiamiento del RJP de los trabajadores de Base y de Confianza "B" que ingresaron al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008, lo que conforma la Subcuenta 2B. (IMSS, 2013 p. 134)

Cuadro 6.2
Asignación estratégica por clase de activo al cierre del 4T2022 1/ 2/

Clase de Activo	RGFA			R302LSS				Reservas Financieras y Actuariales								
	min/max	Oct	Nov	Dic	min/max	Oct	Nov	Dic	GMP				SEM			
									min/max	Oct	Nov	Dic	min/max	Oct	Nov	Dic
Deuda gubernamental	15/35	77.8	69.0	63.1	15/35	52.0	50.0	49.8	60/85	85.6	85.5	84.2	60/85	81.3	81.3	78.6
Deuda cuasigubernamental	30/65	6.5	5.8	4.5	30/65	12.3	11.7	8.1	5/30	3.8	3.8	7.7	5/30	3.9	3.7	5.7
Deuda bancaria	0/10	15.7	25.2	32.3	0/10	35.7	38.3	42.1	0/25	5	5.1	2.8	0/25	8.5	8.6	10.0
Deuda corporativa	-	-	-	-	-	-	-	-	0/20	1.3	1.4	1.2	0/20	2.1	2.1	1.7
Bursatilizaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	0/5	0.3	0.3	0.3	0/5	0.3	0.3	0.3
Renta variable 3/	-	-	-	-	-	-	-	-	0/20	3.9	4	3.8	0/20	3.9	4.0	3.8
Fibras	-	-	-	-	-	-	-	-	0/5	-	-	-	0/5	-	-	-
Mercancías	-	-	-	-	-	-	-	-	0/5	-	-	-	0/5	-	-	-
Otros 4/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total		100	100	100		100	100	100		100	100	100		100	100	100

Clase de Activo	Reservas Financieras y Actuariales												Fondo Laboral							
	SGPS				SIV				SRT				RJPS1			RJPS2				
	min/max	Oct	Nov	Dic	min/max	Oct	Nov	Dic	min/max	Oct	Nov	Dic	min/max	Oct	Nov	Dic	min/max	Oct	Nov	Dic
Deuda gubernamental	60/85	57.4	58.0	57.8	40/80	77.8	78	76.8	40/80	79.5	79.6	78.3	15/35	75.5	67.9	60.2	40/55	52.2	51.9	51.5
Deuda cuasigubernamental	5/30	0.3	0.3	0.3	5/30	5.9	5.9	9.2	5/30	5.9	5.9	5.8	30/65	8.1	6	4.7	05/05	7.5	7.3	7.3
Deuda bancaria	0/25	42.3	41.6	41.9	5/20	7.3	7.1	5.4	5/20	5.9	5.9	7.6	0/10	15.7	25.7	34.6	0/20	10.2	10.7	12.5
Deuda corporativa	0/20	-	-	-	0/20	3.4	3.4	3.3	0/20	2.9	2.9	2.9	-	0.2	0.2	0.2	0/5	2.8	2.7	2.7
Bursatilizaciones	0/5	-	-	-	0/5	1.7	1.6	1.6	0/5	1.7	1.6	1.6	-	-	-	-	0/5	1.9	1.8	1.8
Renta variable 3/	0/20	-	-	-	0/25	3.9	4	3.7	0/25	3.9	3.9	3.7	-	-	-	-	30/35	25.5	25.6	24.1
Fibras	0/5	-	-	-	0/5	-	-	-	0/5	-	-	-	-	-	-	-	0/5	-	-	-
Mercancías	0/5	-	-	-	0/5	-	-	-	0/5	-	-	-	-	-	-	-	0/5	-	-	-
Otros 4/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1	0.1	0.1	-	0.3	0.3	0.3	0	-	-	-
Total		100	100	100		100	100	100		100	100	100		100	100	100		100	100	100

1/ Conforme a las Políticas y Directrices para la inversión de las ROs y la ROCF, la inversión de los recursos de estas reservas no está sujeta al proceso de asignación estratégica de activos, por lo que no se incluyen en este cuadro informativo.

2/ No considera la posición accionaria en Afore XXI Banorte.

3/ Inversión en renta variable para la RJPS2 a través de mandatos de inversión, para el resto de las reservas a través de Exchange Traded Funds (ETFs)

4/ Posición accionaria en Metrofinanciera

La implementación de la AEA se realiza durante el año de manera gradual, conforme lo permiten diversos factores, tales como las condiciones del mercado financiero, por lo que las posiciones de inversión pueden diferir de la AEA como resultado de la asignación táctica.

Fuente: Tomado del Informe sobre la Composición y situación financiera del las Inversiones del IMSS al 4T2022 p. 6

Con este esquema, el instituto cuenta con cuatro tipos de regímenes jubilatorios:

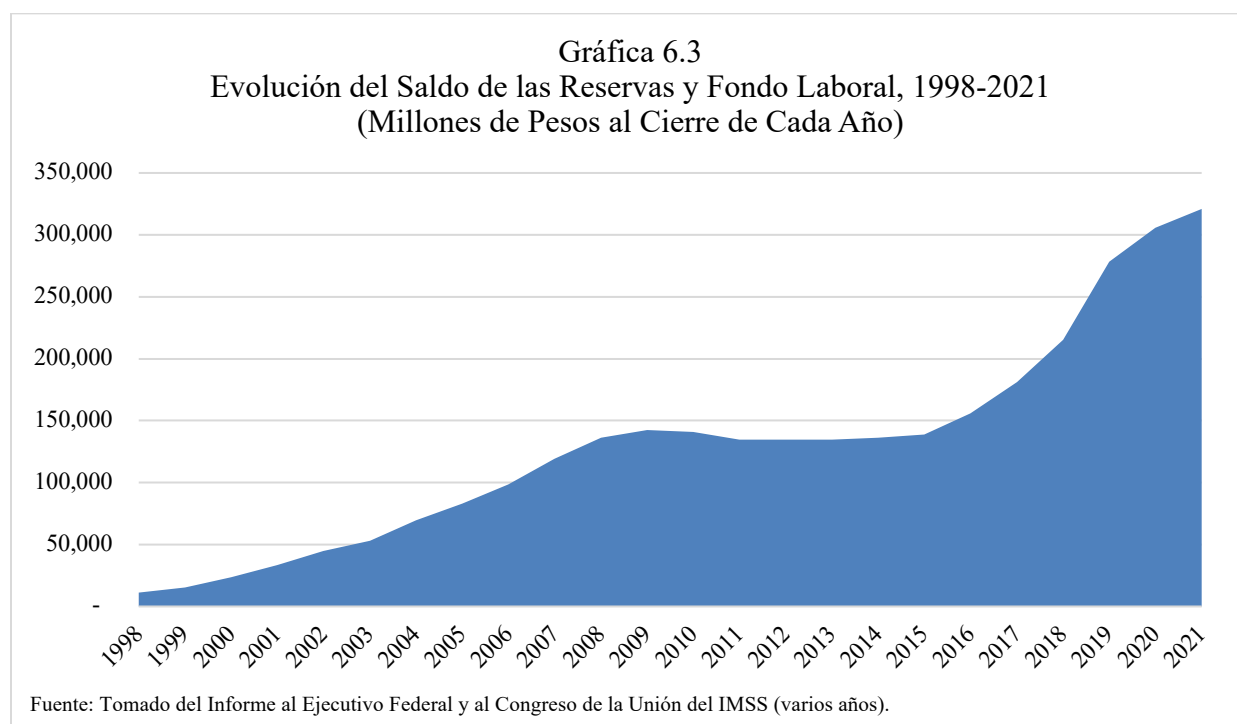
1. Los trabajadores contratados hasta 1988 se pensionan conforme a la LSS, es decir con el 50% de su salario al momento del retiro.
2. La generación contratada entre 1988 y 2005 (donde está el mayor porcentaje de trabajadores) se jubila con una pensión del 120% y con menos años de servicio.
3. Las plazas ocupadas de 2005 a 2007 se retira con 80% de su salario y
4. Las personas contratadas desde 2008 a la fecha tendrán que aportar para su jubilación mediante una cuenta individual enlistada en una Afore.

Los trabajadores que se incorporaron al IMSS desde 1988 hasta el 5 de octubre de 2005 tienen acceso a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. El cuadro 6.3 detalla los beneficios otorgados al personal, las contribuciones que deben realizar y presenta las modificaciones más significativas que se han implementado en este sistema.

En la gráfica 6.3 se puede visualizar el crecimiento promedio de 17% para ellos últimos 24 años del conjunto RFA, la ROCF, la RGFA y el fondo laboral, se observa que las variaciones de las reservas y Fondo Laboral obedecen a múltiples movimientos en el año, como por ejemplo aportaciones, pago de intereses, traspasos y otros, destacando por ejemplo que para 2012 se utilizaron 17,250 millones de pesos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para el pago de las pensiones del RJP, así como la utilización de 4,645 millones de pesos de la ROCF para apoyar el gasto del Programa de Inversión Física. Otra cuestión interesante es que desde la implementación de la estrategia de saneamiento financiero ha habido reducciones en el uso de estas reservas, por ejemplo, de 24.6 mil millones de pesos en 2012 a menos de la mitad en 2013 (11.6 miles de millones de pesos) (IMSS, 2013). El comportamiento de las reservas desde 1998 a 2021 también refieren a los recursos en inversión en instituciones financieras y también incluyen los intereses devengados no cobrados (Gráfica 6.3).

La inversión del presupuesto que componen las reservas financieras del IMSS tiene su normativa en el Reglamento de la Ley del Seguro Social para la Constitución, Inversión, y uso para la

Operación de las Reservas Financieras y Actuariales⁵⁸. Este reglamento impone los límites máximos de inversión y características para la inversión de cada una de las Reservas, considerando los tipos de valores, títulos de crédito u otros derechos en que se podrán realizar las inversiones, así como su plazo máximo, características del emisor o de la emisión, y otras que estime pertinentes, como se muestra en los cuadros 6.4 y 6.5 a continuación. Para el ejercicio 2021, la Comisión de Inversiones Financieras (CIF) del IMSS determinó la actualización de la asignación de activos, modificando el límite de duración de la RFA SEM y la RFA GMP, de 2 a 7 años; el correspondiente a la RFA-SIV y la RFA-SRT, de 5 a 12 años (Cuadro 6.3). En el caso de las RFA SEM se consideró una estrategia de exposición en activos denominados dólares y de Exchange Traded Funds (ETF), así como una mayor ponderación de la inversión en instrumentos de deuda de mayor plazo, principalmente gubernamental (nacional e internacional).



⁵⁸ Reglamento de la Ley Del Seguro Social para la Constitución, Inversión y uso para la operación, de las Reservas Financieras y Actuariales y la Reserva General Financiera y Actuarial, así como para la Determinación de los Costos Financieros que deberán reintegrarse a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2013).

Cuadro 6.3

Evolución de los Beneficios y Aportaciones de las Personas Trabajadoras al RJP

Contrato Colectivo de Trabajo	Principales modificaciones al RJP	Conceptos que integran el salario base para el cálculo de los importes por jubilaciones o pensiones ^{1/}	Aportación del personal
1987-1989	El RJP es un estatuto que crea una protección más amplia y que reemplaza al plan de pensiones del Seguro Social en el Ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte y en el de Riesgos de Trabajo.	Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a personal médico, horario discontinuo, despensa, alto costo de vida.	1.25% del salario base.
1989-1991 (vigente a partir del 16 de marzo de 1988) ^{2/}	Se establece el RJP vigente, el cual es complementario de los beneficios por pensión Seguro Social. Principales beneficios: jubilación con 100% del último salario base ^{3/} , aguinaldo mensual de 25% del monto de la pensión, pago de fondo de ahorro, incrementos a la pensión conforme al aumento salarial del personal activo y aguinaldo anual de 15 días.	Se adicionan los conceptos de zona aislada, infectocontagiosidad médica y no médica, emanaciones radiactivas médicas y no médicas, compensación por docencia y atención integral continua.	2.75% del salario base y del fondo de ahorro.
1991-1993		Se adiciona el concepto de ayuda para libros.	3% del salario base y del fondo de ahorro.
1993-1995		Se adiciona el concepto de riesgo por tránsito vehicular.	3% del salario base y del fondo de ahorro.
1995-2005			3% del salario base y del fondo de ahorro. A partir del 16 de octubre de 2005, las personas trabajadoras realizan una aportación adicional conforme a lo establecido en el Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, la cual inició en 1% adicional, y se incrementó a partir de 2006 en 1 punto porcentual en cada revisión anual, hasta alcanzar 7%. La aportación adicional se destina al financiamiento del plan de pensiones establecido en el mencionado Convenio.

1/ Se señalan con negritas los nuevos conceptos integrados al salario base para determinar la pensión con relación al periodo inmediato anterior.

2/ El Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se establece en el Contrato Colectivo de Trabajo 1989-1991 entró en vigor el 18 de marzo de 1988 y abrogó al anterior del 15 de diciembre de 1987.

3/ El salario base que se utiliza para el cálculo de los importes por jubilaciones o pensiones se integra con los conceptos que se definen en el Artículo 5 del RJP.

Fuente: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2021-2022 (p. 272).

La estrategia de inversión planteada para la RFA-SIV y la RFA-SRT contempló la inversión en activos denominados en dólares e instrumentos de deuda principalmente gubernamental (nacional e internacional). En renta variable, las inversiones se realizan a través de ETFs de índices accionarios. En estas reservas se mantiene la inversión estratégica en Afore XXI Banorte, la cual anualmente aporta el pago de dividendos que contribuyen en el crecimiento y acumulación de ambas reservas.

Clase de activo	RO	ROCF	RGF A	RFA				Subcuenta 2
				GMP	SEM	SIV	SRT	
Deuda gubernamental	100	100	100	100	100	100	100	100
Organismos financieros multilaterales	50	50	50	50	50	50	50	50
Deuda cuasi gubernamental	100	100	100	100	100	100	100	100
Deuda bancaria	100	100	100	100	100	100	100	100
Instituciones financieras no bancarias	5	5	5	5	5	5	5	5
Gobiernos de estados municipios	5	5	5	5	5	5	5	5
Deuda corporativa	25	25	25	25	25	25	25	25
Bursatilizaciones	5	5		5	5	5	5	5
Fibras				5	5	5	5	5
Valores extranjeros reconocidos en México	50	50	50	50	50	50	50	50
Acciones de empresas afines						100	100	
Mercado accionario				15	15	25	25	40
Moneda extranjera	100	100	50	50	50	50	50	50
Mercancías				5	5	5	5	5
Plazo máximo	1 año	5 años	1 año					
Duración máxima				7 años	7 años	12 años	12 años	Sin límite

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2021-2022 del IMSS. (p. 243)

Para la Subcuenta 2, la estrategia de inversión se enfocó en la inversión en instrumentos de deuda, principalmente gubernamentales (en tasa real y tasa nominal) de los mayores plazos. En este

mismo sentido, en 2021 se aprobó ampliar la asignación en renta variable hasta 35% de los activos, siguiendo los estándares internacionales y las prácticas de inversión de los fondos de pensiones en México y en el mundo.

Cuadro 6.5
Asignación Estratégica de Activos
(Porcentajes)

Clase de activo	RGFA		RFA-GMP		RFA-SEM		RFA-SIV		RFA-SRT		Subcuenta 2	
	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	Máx	mín	máx	mín	máx
Deuda gubernamental	40	80	35	80	35	80	40	80	40	80	40	70
Deuda bancaria	20	55	20	65	20	65	15	40	15	40	10	30
Deuda corporativa	0	15	0	10	0	10	5	20	5	20	5	20
Acciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	20
Subclase de activo	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	Máx	mín	máx	mín	máx
Fondeo	5	25	0	20	0	20	0	20	0	20	0	10
Tasa fija	20	65	20	70	20	70	30	70	30	70	25	50
Tasa real	0	10	5	30	5	30	20	40	20	40	40	55
Tasa revisable	0	40	0	30	0	30	5	25	5	25	0	5
Acciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	20

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2021-2022 del IMSS. (p. 244)

De igual forma, en 2021 el Consejo Técnico del IMSS autorizó la inclusión de un “Experto Independiente” (que no menciona) en la integración de la Comisión de Inversiones Financieras, para delegar a un externo las funciones encomendadas a la Dirección el Finanzas, y seis meses después se creó la Comisión de Riesgos Financieros y Actuariales, como un órgano colegiado independiente que recoge las responsabilidades relacionadas con las decisiones de inversión de las reservas y el fondo laboral.

Según el Instituto, con estos cambios la estrategia de inversión de las reservas y el fondo laboral contempla,

un entorno económico-financiero caracterizado por la volatilidad en los mercados financieros y por altos niveles de inflación, en México y en el mundo, por lo que, de manera global, la asignación estratégica de activos preponderó: la inversión en instrumentos de deuda indizados a la inflación, tasa nominal únicamente en niveles que aseguren una tasa de rendimiento acorde al horizonte de inversión, deuda en moneda extranjera y exposición prudencial a nuevos activos. De igual

manera, para las reservas de corto plazo se preponderó la liquidez del portafolio y se consideró la inversión en instrumentos revisables ante el ciclo de alza en la tasa de referencia del Banco de México (IMSS, 2022, p. 55).

6.3.3 Rendimientos financieros

En seguimiento a lo reportado por el IMSS en sus informes financieros anuales, el cuadro 6.6 muestra las tasas de rendimiento de las inversiones de las reservas y el fondo laboral para el periodo 2011-2021.

Se observa que, en la última década, los rendimientos promedio que ha obtenido la RO es de 5.37%, la ROCF ha generado rendimientos por 5.44% en promedio, la RGFA también ha crecido a una tasa promedio de 5.44%, la inversión de la RFA ha generado rendimientos promedio de 7% en el periodo. En el caso del Fondo laboral, la inversión del capital en la Subcuenta 1 ha tenido una tasa de rendimiento promedio de apenas 2.3% y la subcuenta 2 tuvo una tasa de rendimiento promedio del 5.7% en el periodo mencionado.

Reserva/Fondo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RO	4.53	4.67	4.22	3.61	3.48	4.71	6.79	7.97	8.59	5.73	4.77
ROCF	4.73	4.66	4.09	3.59	3.26	4.38	7.14	8.34	8.83	6.3	4.52
RGFA	4.73	4.71	4.29	3.5	3.28	4.37	7.41	8.34	8.4	6.11	4.72
RFA	5.27	6.27	8.84	5.26	4.95	5.93	8.27	8.31	9.35	8.48	6.48
Subcuenta 1	5.3	15.5	-27.04	3.27	0.9	1.05	4.11	4.19	8.53	5.69	4.35
Subcuenta 2	7.12	7.97	6.99	7.33	5.94	7.91	2.62	2.87	4.55	4.38	5.19

^{1/}Incluyen los productos financieros por inversión en dólares y su fluctuación cambiaria.

^{2/}Incluyen los productos financieros por la inversión en Afore XXI Banorte.

^{3/}Se reportan tasas reales en virtud de la meta del objetivo de rendimiento real de largo plazo de la Subcuenta (3.7%).

Fuente: Tomado del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2021-2022 del IMSS. (p. 59)

De lo anterior deriva que, a pesar de que los rendimientos resultan no negativos, es importante reconocer que el IMSS especula con parte del ahorro del sector obrero mexicano, y esto solo ha sido posible gracias a la liberalización, desregulación e interrelación de los mercados financieros internacionales, proceso que inicio en la década de los ochenta y se consolidó con la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) en los noventa. “Este proceso solo ha seguido las recomendaciones que surgen de la teoría convencional es que la apertura financiera facilita el

acceso al financiamiento internacional y a compensar la escasez de ahorro interno” (Sevares 2007, p. 193).

Sin embargo, a pesar de que el Instituto mediante la Comisión de Inversiones Financieras evalué los riesgos y volatilidades de cada perfil de inversión, no considera la vulnerabilidad a la que se somete derivado de las recurrentes crisis. “La volatilidad se acentúa en tiempos de crisis (y es a su vez una de las causas de esas crisis). Pero no es sólo un fenómeno de tiempo tormentoso. El propio FMI considera que, dada la composición del mercado de capitales, la volatilidad se mantendrá en el futuro” (Sevares 2007, p. 192).

6.4 Efectos cuantitativos de la austeridad en el gasto del IMSS

Ahora se procede a hacer análisis cuantitativo y econométrico, para explicar los efectos de las políticas de austeridad en el desempeño del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para ellos se describe a continuación los datos elegidos .

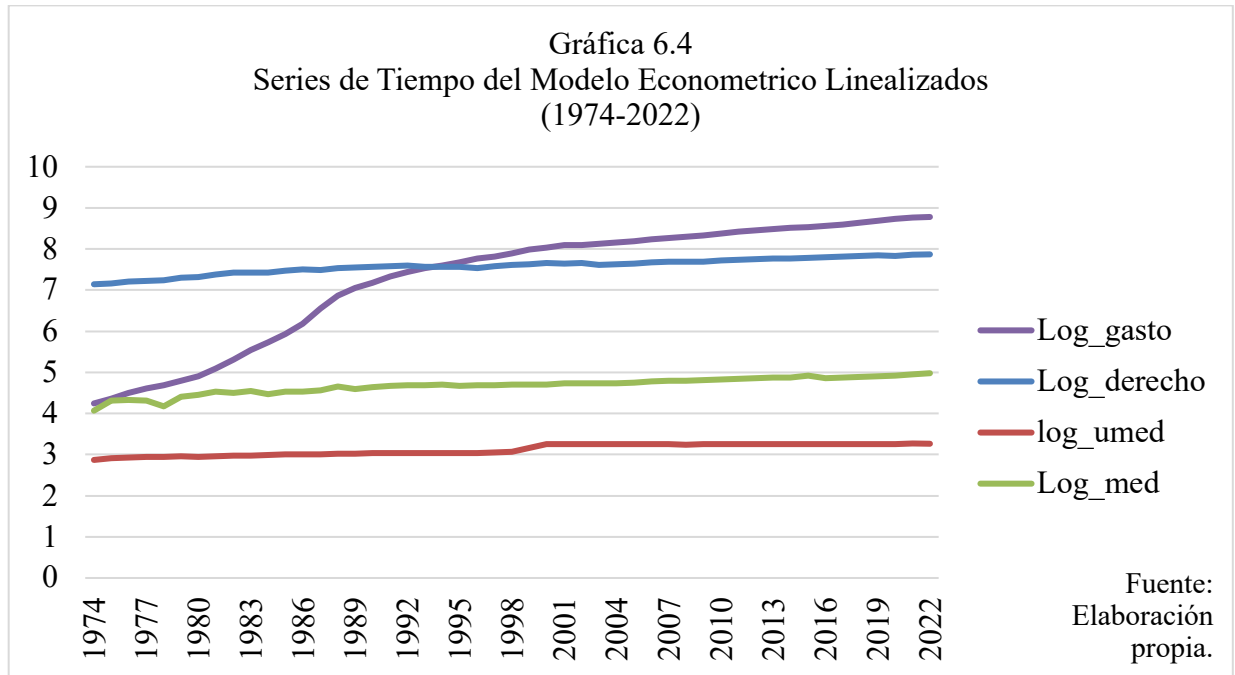
6.4.1 Selección de datos

Las series de tiempo utilizadas en este estudio consisten en 47 observaciones anuales del gasto ejercido por el IMSS como variable dependiente “log_gasto”. Las variables independientes seleccionadas son la población derechohabiente total: “log_derecho” que abarca a los trabajadores del sector formal y sus familiares, así como la población pensionada bajo el RJP, la siguiente variable representa las unidades médicas en servicio “log_umed” que abarca las clínicas y hospitales de los tres niveles de atención y, finalmente el personal médico “log_med” que corresponde a la suma de médicos generales, especialistas en servicio, médicos dentro de unidades médicas en servicio y médicos en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Cabe mencionar aquí, que los datos fueron obtenidos de la memoria estadística del propio IMSS.⁵⁹

Respecto a la temporalidad, todas las variables se obtuvieron durante el período de estudio: 1975-2021. Por otro lado, para facilitar el análisis y dar estacionariedad a las series, los valores originales fueron linealizados mediante logaritmos, esta es una herramienta que facilita ajustar una serie a una tendencia, en la medida que se tiene una serie con mucha dispersión, se aplica a todas las variables o a una parte de ellas los logaritmos con el objetivo de suavizar el efecto distorsionador.

⁵⁹ <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2022>

A manera de ilustración, se muestra en la gráfica 6.4 el comportamiento de las variables dependiente e independientes.



6.4.2 Resultados de estimación por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO)

El Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) es una técnica utilizada en estadísticas y econometría para estimar los parámetros de un modelo de regresión lineal. El objetivo principal del MCO es encontrar la línea recta que mejor se ajusta a los datos observados minimizando la suma de los cuadrados de las diferencias entre los valores observados y los valores predichos por el modelo.

Se parte de un modelo lineal que relaciona una variable dependiente (Y) con una o más variables independientes (X). El modelo tiene la forma: $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$, donde $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ son los coeficientes a estimar, X_1, X_2, \dots, X_k son las variables independientes, y ε es el término de error.

El objetivo es encontrar los valores de los coeficientes $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ que minimizan la suma de los cuadrados de los residuos (diferencias entre los valores observados de Y y los valores predichos por el modelo). El residuo en cada observación i es $\varepsilon_i = Y_i - (\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki})$.

Los coeficientes se calculan de manera que minimicen la suma de los cuadrados de los residuos. Matemáticamente, esto implica encontrar los valores de los coeficientes que hacen que la derivada de la suma de los residuos al cuadrado con respecto a cada coeficiente sea igual a cero.

La siguiente imagen muestra los resultados de una estimación por MCO del siguiente modelo específico

$$\text{Log_gasto} = \beta_0 + \beta_1 \text{Log_derecho} + \beta_2 \text{Log_umed} + \beta_3 \text{Log_med} + \varepsilon \quad (6.1)$$

OLS Regression Results						
Dep. Variable:	Log_gasto	R-squared:	0.934			
Model:	OLS	Adj. R-squared:	0.929			
Method:	Least Squares	F-statistic:	211.2			
Date:	Mon, 14 Aug 2023	Prob (F-statistic):	1.62e-26			
Time:	06:49:33	Log-Likelihood:	-20.829			
No. Observations:	49	AIC:	49.66			
Df Residuals:	45	BIC:	57.22			
Df Model:	3					
Covariance Type:	nonrobust					
	coef	std err	t	P> t	[0.025	0.975]
const	-38.7059	4.958	-7.806	0.000	-48.692	-28.720
Log_derecho	4.1266	1.501	2.749	0.009	1.103	7.150
log_umed	2.1392	0.978	2.188	0.034	0.170	4.108
Log_med	1.7121	1.278	1.340	0.187	-0.862	4.286
Omnibus:	0.595	Durbin-Watson:	0.189			
Prob(Omnibus):	0.743	Jarque-Bera (JB):	0.691			
Skew:	0.096	Prob(JB):	0.708			
Kurtosis:	2.451	Cond. No.	910.			

Notes:

[1] Standard Errors assume that the covariance matrix of the errors is correctly specified.

De acuerdo a la ilustración, el resultado se puede interpretar de la siguiente manera:

$$\text{Log_gasto} = -38.7059 + 4.1266 \text{Log_derecho} + 2.1392 \text{Log_umed} + 1.7121 \text{Log_med} + \varepsilon \quad (6.2)$$

El intercepto o la variable β_0 a pesar de tener significancia estadística no tiene relevancia económica para este modelo, al ser un número negativo en un modelo que trabaja con logaritmos meramente positivos. El parámetro β_1 que representa a los derechohabientes también cuenta con significancia estadística y económica, e indica una relación positiva pues si el gasto ejercido en el IMSS aumenta en 1% la población derechohabiente adscrita puede aumentar en 4.12%

aproximadamente. De manera similar para el parámetro β_2 es estadísticamente significativo y se puede interpretar como una relación positiva entre el gasto de la seguridad social y las unidades médicas en servicio, es decir, que si el IMSS invierte el 1% de su gasto, las unidades medicas pueden crecer en 2.13% aproximadamente. Finalmente el parámetro β_3 a pesar de mostrar una relación positiva entre el personal médico con el gasto ejercido en el IMSS, no tiene relevancia estadística, por lo que no tiene interpretación económica.

Así, con estos datos es posible resaltar la importancia del presupuesto del Instituto para brindar bienestar a sus derechohabientes, si el Instituto destinara parte del presupuesto que va a inversión en el mercado de capitales a otros rubros como los servicios de personal o a materiales y suministros sería posible mejorar el acceso a la salud y medicamentos o mejorar la viabilidad de la seguridad del ingreso. Sin embargo, del modelo también se puede deducir que el Instituto Mexicano del Seguro Social lleva poco más de una década en un proceso de terciarización que ha implicado el desmantelamiento del gobierno participativo, pues ha adoptado la forma corporativa que incluso puede admitir que los servicios de salud desaparezcan de zonas no rentables en aras de las finanzas sanas.

De todo lo anterior podemos evidenciar como el marco teórico ortodoxo ha fracasado e incluso dejado de lado la implementación de políticas de seguridad social dentro de un contexto económico que considera que el Estado solo representa un papel muy limitado en el proceso de regulación, pues solo interviene cuando existan fallas de mercado.

Conclusiones

La comprensión de la configuración actual de la seguridad social en el sistema de salud de un país se logra mediante una revisión del contexto socioeconómico, ya que esta estructura ha evolucionado no solo para satisfacer las necesidades de la población, sino también en respuesta a diversas variables sociales y económicas que han influido en los programas y políticas públicas implementadas por diferentes actores en el ámbito de la salud.

Este trabajo tenía como prioridad enriquecer la discusión en torno al papel actual de la seguridad social, mediante un análisis teórico e histórico. Se busca direccionar el debate hacia el reconocimiento de la seguridad social como un derecho humano fundamental. Para ello, se presentaron argumentos sólidos que respaldan la importancia de la seguridad social tanto desde una perspectiva social como económica. Además, se refutó el argumento de que la seguridad social ya no es sostenible o viable en la actualidad.

Se demostró que, para una institución tan importante para la economía mexicana como el IMSS, el mandato de disciplina presupuestaria, y equilibrio financiero le han exigido modificaciones estructurales para ajustarse a los cambios en el régimen de acumulación de capital impuestos por el modelo neoliberal, trayendo consecuencias negativas para el bienestar de clase obrera de este país, pues demeritan la calidad de la atención de los derechohabientes. Pues hoy en día, el Instituto se encuentra una situación financiera precaria y presionada por una demanda creciente de servicios de salud. Así, el Instituto incursiona en un marco de subinversión prolongada, delega parte de sus funciones médicas y administrativas al sector privado mediante subrogación de servicios, arrendamiento de equipo, compras consolidadas de medicamentos, convenios con Asociaciones Publico Privadas (APP), con AFORES e inversión de recursos propios en el mercado de capitales. Se profundizó en la conceptualización de los impactos generados por la austeridad en la dinámica de las instituciones públicas de asistencia social, enmarcándolo en una perspectiva teórica poskeynesiana. Dentro de este contexto, se procedió a establecer una definición precisa de la “austeridad” como un conjunto de políticas que buscan alcanzar un equilibrio presupuestario, las cuales son implementadas tanto por el Estado en sí como por su ciudadanía. Esta noción implica una limitación y moderación del gasto gubernamental, con la intención primordial de reducir los déficits fiscales existentes. Este enfoque no solo abarca la idea de contención económica, sino que también revela que esta política involucra sacrificios, restricciones e incluso erosiones en los

niveles de ingreso de la sociedad, todo ello con el propósito último de mantener la estabilidad en los mercados financieros.

Un tema importante de abordar fue la transformación de la política social, un fenómeno en el cual las políticas sociales, inicialmente diseñadas para promover el bienestar y la equidad, se ven influenciadas y, en ocasiones, condicionadas por procesos vinculados a la financiarización y al creciente papel del capital financiero en la gestión de los recursos públicos. Este fenómeno implica una creciente interconexión entre las políticas sociales y los mecanismos financieros, lo que puede resultar en la priorización de objetivos financieros sobre metas sociales. La orientación hacia la rentabilidad y la búsqueda de eficiencia económica pueden llevar a la recomodificación de los derechos sociales, erosionando los fundamentos de los modelos clásicos de estado de bienestar y generando impactos desiguales en diversos sectores de la sociedad.

Un resultado central de lo anterior es la constatación de que las medidas de austeridad también repercutieron en el acceso a los servicios de salud. Estos ajustes se concentraron en incrementar las tarifas para los usuarios, lo que a su vez generó una carga financiera mayor para los pacientes. Esto se convirtió en la principal fuente de recaudación para el presupuesto de salud. Sin embargo, debido a la caída en el empleo formal, esta situación también amplificó las ya existentes brechas socioeconómicas.

Posteriormente, el trabajo cuenta con una profunda reflexión desde la perspectiva poskeynesiana sobre la imposición de políticas que buscan equilibrar el gasto público, a través del Consenso de Washington (CW). Además, mediante un análisis histórico se describe el surgimiento y la transformación del Estado de Bienestar, así como el desplazamiento del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones por el modelo neoliberal, que conllevó a la privatización de las empresas públicas. De igual forma, se exploró cómo estos cambios de regímenes están intrínsecamente ligadas a las políticas de seguridad social y salud pública.

Esta línea de investigación meramente poskeynesiana nos orienta hacia la detección y demostración de los cambios en el régimen de acumulación de capital que han sido impulsados por el modelo neoliberal.

A medida que profundizamos en estas consideraciones, llegamos a la conclusión de que el objetivo implícito del Consenso de Washington fue fomentar la privatización de las empresas públicas altamente rentables. Este enfoque buscaba transferir las ganancias a manos de empresas privadas y, simultáneamente, disminuir la participación del Estado en cuestiones económicas y financieras.

Como resultado de este análisis, este capítulo culmina con la idea de que el libre mercado adquiere un papel dominante tanto en la regulación de flujos monetarios como en el comercio de bienes. Este nuevo modelo de capitalismo se sustentó firmemente en la teoría neoclásica, representando la corriente principal del pensamiento económico.

Posteriormente, se hizo una revisión con perspectiva histórica de todo el SNS mexicano, desde su conformación hasta su estatus actual, abarcando a las instituciones de seguridad social, la creación del seguro popular como un intento de alcanzar la universalidad en salud, y por último el crecimiento de la atención médica privada. Para ello, de primera mano se tomó como referencia la definición de salud y seguridad social de organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL).

Se abordaron los orígenes de la salubridad en México, tanto pública como privada, se describieron los inicios de la seguridad social en México con la creación del IMSS y del ISSSTE hasta llegar al SPS como intento de implementar un seguro universal en salud para después transformarse en el INSABI. Así como, darle visibilidad a algunos problemas que enfrenta el sistema público de salud en México.

Finalmente, se ahonda sobre el crecimiento e incluso rebasamiento de la atención médica privada a la pública, debido por un lado al crecimiento de los Seguros de Gastos Médicos Mayores, que se promueve erróneamente como un “instrumento de protección financiera a los hogares”, y que solo ha dejado ganancias millonarias a los aseguradores en la última década, sobre todo a raíz de la pandemia por la enfermedad COVID-19. Como resultado se logra evidenciar que existe una tendencia en las limitantes financieras y estructurales en el acceso a los servicios de salud, es decir que el SNS no cumple con sus funciones sociales, ya que el acceso a los servicios de seguridad social para la población mexicana se concentra en los hogares con acceso a trabajos formales.

Uno de los enfoques medulares de este trabajo para comprobar la hipótesis de investigación involucra el análisis del proceso de múltiples reformas de la Ley del Seguro Social que ha afectado a la población con trabajo formal y donde las AFORES han desempeñado un papel determinante en la administración de sus ahorros.

A partir de la aprobación del sistema de capitalización individual en el año de 1995, el Estado optó por darle la espalda a la clase trabajadora, apostando en su lugar por la iniciativa individual como

solución para afrontar los riesgos asociados al proceso de jubilación. La financiarización del sistema de seguridad social se convierte en un componente esencial del proceso de flexibilización laboral que ha sido promovido con el fin de hacer frente a la crisis en las relaciones de producción capitalista y para establecer una nueva dinámica en la relación entre el trabajo y el capital.

La reforma privatizadora de la LSS agravó la crisis financiera del Instituto al modificar el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), pues desvió los recursos del IMSS hacia la esfera privada para promover una rápida disminución de trabajadores activos con respecto a los pensionados. A partir de las enmiendas realizadas a la Ley del Seguro Social en 1995, una porción sustancial de los ingresos se redirigió hacia las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), especialmente los correspondientes al Seguro de Cesantía en Vejez. Esta circunstancia desencadenó una marcada disminución en los ingresos del IMSS, generando una situación de considerable reducción de recursos para la institución.

Lo que llevo este trabajo a un análisis de la situación financiera actual del IMSS, institución que sigue mencionando en sus reportes financieros oficiales que su situación financiera continúa siendo presionada por una demanda creciente de servicios de salud y por el gasto en pensiones y jubilaciones que enfrenta, aunado al mandato de siempre cuidar y mantener el equilibrio financiero.

Se pudo demostrar que para que la institución tuviera un balance superavitario desde el año 2016, desde 2013 implementó una política de austeridad que acortaba la brecha entre ingresos y gastos. Para así, lograr mantener la meta de reservas y fondos establecida en el Artículo 5 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación. Dicho artículo establece que el Instituto Mexicano del Seguro Social debe adherirse a las normas de austeridad y disciplina presupuestaria presentes en dicho Decreto. Asimismo, se busca fortalecer la Reserva Operativa.

De la misma forma, se evidencia que el IMSS participa en la especulación con una porción del ahorro del sector laboral de México, pues lleva una estrategia de inversión en activos mayormente denominados en dólares e instrumentos de deuda, con un énfasis en la deuda gubernamental tanto a nivel nacional como internacional. En términos de inversión en renta variable, se emplean principalmente ETFs de índices bursátiles. Respecto al fondo laboral, la estrategia de inversión se ha centrado en la adquisición de instrumentos de deuda, principalmente gubernamentales, tanto a tasas nominales como reales, priorizando los plazos más extensos. Coincidiendo con esta

orientación, en el año 2021 se aprobó una ampliación en la asignación de recursos destinados a la renta variable, llegando a un 35% de los activos totales.

Esta decisión se alinea con las normativas internacionales y las prácticas comunes en la inversión de los fondos de pensiones tanto en México como en todo el mundo. Esta participación ha sido factible gracias a la apertura, desregulación y la interconexión de los mercados financieros a nivel internacional. Proceso que se originó en la década de los años ochenta y se consolidó mediante la implementación del Consenso de Washington y la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) en la década de los noventa.

La parte final de este trabajo se enfoca en evidenciar la financiarización del Instituto mediante un análisis cuantitativo, el principal resultado de este ejercicio fue deducir que el Instituto ha caído en una “nueva gestión pública” en aras de mantener una institución estatal mediante las asociaciones financieras público-privada, la subrogación de servicios, la compra consolidada de medicamentos y otras estrategias implementadas dominadas por la burocracia gubernamental.

Ya lo decía Keynes en su *Teoría General (1936)*, “Los principales inconvenientes de la sociedad económica en que vivimos son su incapacidad para procurar la ocupación plena y su arbitraria y desigual distribución de la riqueza y los ingresos” (p. 349). Y a pesar de más de veinte años de avances tras la implementación del Estado de Bienestar, los desafíos inherentes al sistema capitalista resurgieron con la llegada de la agenda económica neoliberal. Esta agenda se caracteriza por medidas como recortes de impuestos alineados con la teoría económica de la oferta, la generalizada desregulación y un enfoque centrado en equilibrar el presupuesto público.

Igualmente, los sistemas de seguridad social deben afrontar los adversos impactos que han surgido como consecuencia del modelo económico neoliberal, así como las transiciones demográficas y epidemiológicas, además de las mutaciones en el ámbito laboral a nivel global. Por lo que, es fundamental reconsiderar la estrategia de manera radical y abrazar un enfoque innovador y ambicioso en la administración de su presupuesto, con el propósito de sustituir un sistema marcado por desigualdades en la distribución de esfuerzos, por uno que pueda generar un bienestar más amplio que restaure los derechos laborales de la clase obrera.

Por todo lo anterior, es imperante hacer énfasis en que el Instituto Mexicano del Seguro Social al ser la institución más importante de México y América Latina por lo que este diagnóstico de su crisis no puede limitarse a sugerir recetas económicas trilladas para aminorar la potencial insuficiencia en la que opera. Por lo que, es necesario emplear el presupuesto público como una

herramienta constante para lograr metas sociales, reemplazar la fijación de políticas de austeridad por un uso más ambicioso de la política fiscal para transformar la seguridad social en un sistema incluyente de la población trabajadora en general, que involucre la satisfacción en salud física y mental, economía, desarrollo humano y equidad de género, elevando así el estándar de vida para restituir la seguridad del ingreso.

Para lograrlo, urge desvincularnos de las teorías ortodoxas y las políticas promovidas por la economía convencional. Primordialmente, hay que desprenderse de la noción conveniente pero equivocada de que el Estado y las familias, deben mantener finanzas sanas.

Por ejemplo, una política de salud universal no debe basarse únicamente en la buena voluntad del gobierno; es esencial fortalecer medidas legislativas que restrinjan el poder del sector privado, evitando acciones de proteccionismo extremo que puedan comprometer la viabilidad económica del proyecto. Además, es crucial promover políticas que refuercen la capacidad del Estado para intervenir, lo cual demandará gasto público y seguridad.

Para concluir, proponemos llevar a cabo análisis adicionales con enfoques similares, que proporcionen una visión abarcadora que integre los eventos socioeconómicos más destacados en la configuración de la seguridad social en los sistemas de salud de diversos países. De esta manera, se podrá realizar una interpretación de las condiciones que han influido en los avances y retrocesos en cada caso, con el propósito de reflexionar de manera constructiva sobre las prácticas que han contribuido a reducir las desigualdades y cerrar la brecha de acceso a los servicios de atención médica, especialmente para las poblaciones en situación de pobreza.

Futuras líneas de investigación

Una vez analizada la transformación económica del Sistema Público de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social y con ello comprobar nuestra hipótesis de investigación surgen nuevas interrogantes que podrían implicar futuras líneas de investigación para hacer propuestas de política económica con la finalidad de dar solución a potenciales problemas sociales del sector salud y la seguridad social de la clase trabajadora. Entre ellas:

1. Proponer una reestructuración financiera del IMSS después de que el RJP no implique una presión en el presupuesto.
2. Plantear la modernización de la administración de las cuotas obrero-patronales acorde a la reestructura financiera.
3. Investigar cómo se distribuyen los beneficios de la seguridad social y la salud pública entre diferentes grupos demográficos, económicos y sociales para evaluar la equidad y proponer mejoras.
4. Comparar y contrastar diferentes modelos de seguridad social en diferentes países para identificar mejores prácticas y lecciones aprendidas.
5. Explorar modelos innovadores de pensiones, como las pensiones universales, y evaluar su viabilidad y efectividad en la promoción de la seguridad del ingreso en la vejez.
6. Investigar estrategias para fortalecer y mantener una fuerza laboral en salud calificada y motivada, considerando aspectos como la formación, la retención y el desarrollo profesional.
7. Indagar cómo las tecnologías de la información y la comunicación, como la telemedicina, pueden ampliar el alcance de los profesionales de la salud y mejorar la eficiencia en la prestación de servicios.
8. Analizar cómo las tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial y la automatización, afectarán a nuestros sistemas de seguridad social y proponer adaptaciones necesarias para eficientar la atención médica vs la demanda del derechohabiente.
9. Analizar la inclusión de servicios de salud mental en los programas de seguridad social y su impacto en la salud general y la productividad laboral.

10. Proponer estrategias de mejora para elevar la resiliencia hacer frente a crisis económicas y sanitarias futuras bajo el régimen de acumulación financiarizado.
11. Abordar la equidad de género en los sistemas de seguridad social, incluyendo la brecha de pensiones entre hombres y mujeres, y proponer medidas para abordar posibles desigualdades.
12. Considerar el impacto económico de las grandes farmacéuticas en los sistemas de salud, examinando costos, precios de medicamentos y el equilibrio entre lucro y acceso a la salud.
13. Tratar cómo las estrategias comerciales de las grandes farmacéuticas afectan el acceso a vacunas, especialmente en el contexto de enfermedades infecciosas globales.

Bibliografía

Alesina, Alberto., Favero, Carlo A., y Giavazzi, Francesco. (2020). *Austerity: When it Works and when it Doesn't*. Princeton University Press.

Alcaraz-Gaytán Liliana., Amador-Licon Norma. y Guízar-Mendoza Juan M. (2019). Factores relacionados con la capacidad laboral en médicos adscritos y residentes. *Revista Medicina Interna de México*. 2019 julio-agosto, 35(4), 507-514. Recuperado el 25/08/2020 de, <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2019/mim194f.pdf>

Aravacik, Esra. D. (2018). Social policy and the welfare state. En *Public Economics and Finance* (pp. 1-20). IntechOpen. DOI: 10.5772/intechopen.82372. Recuperado el 09/08/2021 de <https://www.intechopen.com/chapters/64579>

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) (2020). *Reportes de Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA) de Accidentes y Enfermedades 2020*. Recuperado el 25/08/2021 de <https://centroestadisticoamis.mx/accidentes-enfermedades-reportes-sesa/>

Bhaduri, Amit. (2013). Climate Change of Another Kind. *Economic and Political Weekly* (35-39). Recuperado el 15/10/2022 de <https://www.jstor.org/stable/23527342>

Banco de México. (2021). *La Reforma del Sistema de Pensiones de México: Posibles Efectos sobre las Jubilaciones, la Dinámica del Ahorro Obligatorio y las Finanzas Públicas*. Recuperado el 25/10/2022 de <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-trimestrales/recuadros/%7B097F33DE-A56A-DA9E-9620-7A9CDC32AA8B%7D.pdf>

Benería, Lourdes. (1999). Structural adjustment policies. En *The Elgar Companion to Feminist Economics.*, Janice Peterson and Margaret Lewis, (coords.), Cheltenham, UK, and Northampton, USA, Edward Elgar 1999. Recuperado el 25/10/2022 de https://www.researchgate.net/profile/Lourdes_Beneria/publication/265324115_Structural_Adjustment_Policies_1/links/5743146b08ae9f741b37d572.pdf

Birdsall, Nancy., De la Torre, Augusto., y Valencia, Felipe. (2010). The Washington consensus: assessing a damaged brand. *Policy Research Working Paper*, (5316). Recuperado el 5/08/2021 de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/848411468156560921/pdf/WPS5316.pdf>

Brachet-Márquez, Viviane., Sherraden, Margaret., y Castellanos, Armando. (1993). Austeridad fiscal, el Estado de bienestar y el cambio político : los casos de la salud y la alimentación en México, 1970-1990. *Estudios Sociológicos De El Colegio De México*, 11(32), 331-364. <https://doi.org/10.24201/es.1993v11n32.962>

Blyth, Mark. (2013). *Austerity: The history of a dangerous idea*. Oxford University Press.

Bolívar, Martha. (2012). El federalismo hacendario mexicano: una valoración a más de una década. *Revista de Administración Pública*, vol. XLVII, núm. 127, (pp. 57-76).

Braverman, Harry. (1998). *Labor and monopoly capital: The degradation of work in the twentieth century*. (25th Annivesary Edition). New York, Monthly Review Press.

Cárdenas, Enrique. (2015). *El largo curso de la economía mexicana. De 1780 a nuestros días*. México. El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica.

Centro de Estudios de las Finanzas Publicas (CEFP). (2009). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a dos años de la reforma. Recuperado el 10/10/2020 de <https://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0482009.pdf>

García, Javier., Terán, Juan., & Hernández, Ana. (2022). La Seguridad Social como Derecho Humano. un Medio para Alcanzar el Bienestar y la Dignidad Humana. *Nota Técnica 9* del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) (2022). México. Recuperado el 11/11/2022 de <https://cvicoss.ciess.org/wp-content/uploads/2022/07/CAPRT-Seguridad-Social-como-derecho-humano.pdf>

Chemor, Patricia. y Giorguli, Silvia. (2018). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Recuperado el 17/02/2023 de <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050-174962?idiom=es>

Chesnais, François. (2003), La teoría del régimen de acumulación financiarizado: contenido, alcance e interrogantes, *Revista de Economía Crítica*, No 1. Abril de 2003, pp 37-72. Recuperado el 17/01/2024 de <https://revistaeconomicacritica.org/index.php/rec/article/download/65/49/87>

Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (1995). Focalización y Pobreza. *Cuadernos de la CEPAL*. Recuperado del 11/12/2021 de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27966/S9450705_es.pdf

Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2020). *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 11/11/2022 de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/S2000462_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Comisión IMSS-SNTSS (2022). Tabulador de sueldos para personal de base. Recuperado el 24/02/2024 de <https://sntss.org.mx/filesUpdates/tabulador-de-sueldos-2022-2023.pdf>

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (2019). Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019. Recuperado el 22/10/2020 de

<https://www.gob.mx/salud/seguropopular/es/articulos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2019>

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (2020). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero-Diciembre 2019. Recuperado el 24/10/2020 de http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). (2022). Inflación Médica y su Impacto en Gastos Médicos y Salud. Recuperado el 24/10/2022 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/752486/Estudio_inflacion_medica_VF2.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. Ciudad de México. CONEVAL, 2018. Recuperado el 22/07/2021 de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019). *Estudio sobre el proceso de descentralización en México 1997-2017*. Ciudad de México: México, CONEVAL, 2019. Recuperado el 15/09/2021 de <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Descentralizacion.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2022). Medición de Pobreza 2022. Ciudad de México. CONEVAL, 2022. Recuperado el 11/04/2021 de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Pobreza_multidimensional_2022.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CEPUM). Artículo 123. 5 de febrero de 1917 (México). Recuperado el 30/11/2022 <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Correa, Eugenia. (1981). Capital Monopolista Estado e Instituciones Estatales de Salud En México, 1940-1978. En *Investigación Económica. Facultad de Economía, UNAM, 40(158)*, 57-83. Recuperado el 23/05/2020 de <https://www.jstor.org/stable/42777085>

Correa, Eugenia. (1998). Liberalización y desregulación financiera en México. Ponencia presentada en el *Seminario La Integración Monetaria en América Latina y las Lecciones que se pueden sacar para Europa*. Universidad de Marne-La-Vallée e ISMEA, 16-17. Recuperado el 7/11/2021 de <http://www.redcelsofurtado.edu.mx/archivosPDF/correa4.pdf>

Correa, Eugenia. (2010) Crisis de la Privatización de los Fondos de Pensión: Especulación Financiera y Desamparo Social. En *Crisis Económica: una perspectiva feminista desde América Latina*. Alicia Girón (coordinadora). CLACSO. Buenos Aires, Caracas y México. 2010 pp. 95-112. ISBN: 978-980-12-4154-6.

- Correa, Eugenia. y Girón, Alicia. (2020). *Neoliberalismo, utopías y financiamiento en México*. Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 21/05/2021 de http://www.iiec.unam.mx/publicaciones/libros_electronicos/neoliberalismo-utop%C3%ADas-y-financiamiento-en-m%C3%A9xico
- Correa, Eugenia. (2020). Austeridad: la gran desconocida. En *Cambios en el Centro Hegemónico: Flujos Financieros*. Alicia Girón y Eugenia Correa (Coords.), México, IIEC - UNAM.
- Correa, Eugenia. (2022). Dinero e instituciones para el desarrollo: El largo sendero de las reformas financieras en América Latina. *Ola Financiera*, 15(41), 43-61. Recuperado el 22/06/2022 http://www.olafinanciera.unam.mx/new_web/41/pdfs/PDF41/Correa3OlaFinanciera41.pdf
- Correa, Eugenia. (2022). Impacto de la privatización de la seguridad social en el presupuesto. Mujeres: doblemente desprotegidas. *Ola Financiera*, (41), 84-117. Recuperado el 22/06/2022 de http://www.olafinanciera.unam.mx/new_web/41/pdfs/PDF41/Correa5OlaFinanciera41.pdf
- Duménil, Gérard. y Levy, Dominique. (2011). *The crisis of neoliberalism*. Harvard University Press.
- Dymski, Gary. (2013). The Logic and Impossibility of Austerity. *Social Research: An International Quarterly* 80(3), 665-696. <https://www.muse.jhu.edu/article/541968>
- Epstein, Gerald. A. (2005). Financialization and the World Economy. En G. A. Epstein (Ed.), *Financialization and the World Economy* (pp. 3-16). Cheltenham: Edward Elgar.
- Fröbel, Folker., Heinrich, Jürgüen. y Kreye, Otto. (1978). La nueva división internacional del trabajo. Sus orígenes, sus manifestaciones, sus consecuencias. *Comercio exterior*, México, 28(7):831-836, julio. Recuperado el 3/03/2024 de <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/463/4/RCE6.pdf>
- Galbraith, John Kenneth. (1997). *The Great Crash, 1929*. (7 ed.). Mariner Books
- García, Maximiliano. (2014). The right to social security. *Estudios políticos. (Méx.) [online]*. 2014, n.32, 83-113. ISSN 0185-1616. Recuperado el 21/11/2021 de <https://www.scielo.org.mx/pdf/ep/n32/n32a5.pdf>
- Garza, Gustavo. (1983). Desarrollo económico, urbanización y políticas urbano- regionales en México (1900-1982). *Demografía y Economía*, vol. 17, núm. 2, 157-180. Recuperado el 23/04/2022 de <https://www.jstor.org/stable/40602347>
- Girón, Alicia. (2015). Austeridad, inequidad y desigualdad. *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 46(181), 3-10. Recuperado el 15/09/2021 de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11836849001>

Girón, Alicia. y Correa, Eugenia. (2017). Políticas Públicas y Economía Feminista: entre la financiarización, la austeridad y la democracia. En *Feminismos, pensamiento crítico y propuestas alternativas en América Latina*. CIEM-CLACSO (pp. 93-104). ISBN 978-987-722-258-6

Girón, Alicia. (2020). Austeridad, Financiarización y Reproducción Social. En *Austeridad y Nuevas Dinámicas Productivas*. Alicia Girón y Eugenia Correa (coordinadoras). México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2020. (pp. 59-74).

González-Guzmán, Rafael. (2015). Ética neoliberal y nuevas ideas críticas en salud. En *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. C. Tetelboin y AS Laurell (comps.) (pp. 139-155). Recuperado el 24/11/2020 de

https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho_universal_a_la_salud.pdf

Guillén-Romo, Héctor. (1992). El dogma de las finanzas sanas en México. *Investigación Económica*, 51(200), 33-47. Recuperado el 16/06/2021 en <https://www.jstor.org/stable/42842332>

Guillén-Romo, Héctor. (2005). *México frente a la mundialización neoliberal*. Ediciones Era.

Gutiérrez Arriola, Angelina. (2001). El impacto de la reestructuración del capital y del trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Problemas Del Desarrollo*, 32(125), 109–140.

Recuperado el 1/01/2024 de <http://www.jstor.org/stable/43828233>

Gutiérrez Arriola, Angelina. (2002). *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*. Ed. Siglo XXI.

Gutiérrez Arriola, Angelina. (2006). *La empresa transnacional en la reestructuración del capital, la producción y el trabajo*. IIEc-UNAM.

Guttman, Robert. (2009). Una introducción al Capitalismo Conducido por las finanzas. *Ola financiera*, 2(2), 20-59. Recuperado el 6/11/2023 de

http://www.olafinanciera.unam.mx/new_web/02/pdfs/Guttman-OlaFin-2.pdf

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

Hayek, Friedrich. (1978). *Law, Legislation and Liberty, Volume III*. University of Chicago Press.

Hernández Rodríguez, Rogelio. (2008). *El centro dividido. La nueva autonomía de los gobernadores*. México. El Colegio de México.

Villarreal, Héctor. y Macías, Alejandra. (2020). El sistema de pensiones en México: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera. *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, N° 210 (LC/TS.2020/70), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado el 27/06/2022 de

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45820/1/S2000382_es.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (varios años). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado el 3/01/2023 de <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-antteriores>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2023). ACUERDO número ACDO.SA2.HCT.300523/139.P.DA, dictado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en sesión ordinaria de 30 de mayo del presente año, relativo al Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2022. México, DOF, 29 de Junio 2023. Recuperado el 14/02/2024 https://dof.gob.mx/2023/IMSS/IMSS_290623.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2023). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2022-2023. Recuperado el 3/01/2024 de <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2023). *A un año del Plan de Salud IMSS-Bienestar se rehabilitan 30 quirófanos en 24 hospitales del país*. No. 172/2023. Recuperado el 30/01/2024 de <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202304/172>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2022). Informe sobre la composición y situación financiera de las inversiones del Instituto, cuarto trimestre de 2022. Recuperado el 02/11/2023 de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2022/2022_4toTrim_Inversiones.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2020). Informe de la situación presupuestaria al Segundo Trimestre de 2020. Recuperado el 12/10/2020 de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2020/2020_2doTrim_SituacionPresupuestaria.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2018). Informe sobre el programa IMSS-Bienestar. Recuperado el 9/10/2020 de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/12-Cap08.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2017). *El IMSS logra Primer Superávit Financiero en 8 años*. Recuperado el 3/01/2022 de <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201707/193>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2000-2019). Memoria Estadística. Recuperado el 12-16/10/2020 de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2004). Decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 7/10/2020 de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lss/LSS_ref05_11ago04.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *La informalidad laboral: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo: marco conceptual y metodológico*. México, (59 p).

ISBN 978-607-739-109-8. Recuperado el 11/11/2022 de https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENOE/ENOE2014/informal_laboral/702825060459.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2004-2019). Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2015) Situación de las personas adultas mayores en México. Dirección de Estadística INMUJERES. Recuperado el 16/12/2022 de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf Consultado 17/02/2023

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Recuperado el 26/08/2023 de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Recuperado el 26/08/2023 de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/doctos/informes/resultados_ensanut2006.pdf

Infonavit (2022). Historia del Infonavit. Recuperado el 17/06/2022 de https://portalmx.infonavit.org.mx/wps/portal/infonavit.web/el-instituto/el-infonavit/acerca-de-nosotros!/ut/p/z0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8zizdwNDDycTQz9LHy8TQ0CDQK83Q28DAyDPQz1C7IdFQE0QU1x/

International Monetary Fund (IMF), (1995). *Private Market Financing for Developing Countries*. Washington, DC. World Economic and Financial Surveys. ISBN: 9781557755261 Recuperado el 01/07/2022 de <https://doi.org/10.5089/9781557755261.083>

ISSSTE (1999-2019) Anuario Estadístico. Recuperado el 13,14 y 15/10/2020 de <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos> .

Karamessini, Maria. (2013). Women's Vulnerability to Recession and Austerity. A different crisis, a different context. En *Women and Austerity, The Economic Crisis and the Future for Gender Equality*. Karamessini, Maria y Rubery, Jill (coords). Canada, Routledge. Recuperado el 15/05/2022 de <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203066294-2/introduction-women-vulnerability-recession-austerity-maria-karamessini>

Kaplan, Marcos. (1978). Intervención del Estado y empresa pública en la América Latina contemporánea: los aspectos políticos e institucionales. *Revista de estudios políticos*, ISSN 0048-7694, N° 4, 1978, (pp. 5-32). Recuperado el 03/03/2021 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1273657>

Kelton, Stephanie. (2023). El fracaso de la austeridad: invitación a repensar la política fiscal. En *Otro capitalismo tiene que ser posible pensar por fuera de la ortodoxia*. Jacobs y Mazzucato (editores). SigloXXI ed., pp. 57-82.

Kelton, Stephanie. (2021). *El Mito Del Deficit. La Teoría Monetaria Moderna y el Nacimiento de la Economía de la Gente*. Barcelona. Taurus.

Keynes, John Maynard. (1943). *Teoría General de la ocupación, el interés y el dinero*. México. Fondo de Cultura Económica.

Kuczynski, Pedro-Pablo., y Williamson, John. (Eds.). (2003). *After the Washington consensus: Restarting growth and reform in Latin America*. Columbia University Press. Institute for International Economics (<http://www.iie.com>)

Landreth, H., & Colander, D. C. (2006). *Historia del pensamiento económico*. McGraw-Hill.

Lapavistas, Costas. (2011). El capitalismo financiarizado. Crisis y expropiación financiera. En *La crisis de la financiarización* (pp. 33-90). CLACSO-UNAM. Recuperado el 2/11/2022 de <https://ru.iiec.unam.mx/78/1/LaCrisisFinanciarizacion.pdf>

Lavinas, Lena. (2014). La asistencia social en el siglo XXI. *New left review*, (84), 7-48.

Recuperado el 2/01/2024 de

<https://newleftreview.es/issues/84/articles/lena-lavinas-la-asistencia-social-en-el-siglo-xxi.pdf>

Lavinas, Lena. (2017). Connections Between the Social Protection System, Taxation, and Financialization. En *The Takeover of Social Policy by Financialization: The Brazilian Paradox*, (pp. 109-170). Palgrave Macmillan, New York. https://doi.org/10.1057/978-1-137-49107-7_4

Lavinas, Lena. (2018). The collateralization of social policy under financialized capitalism. *Development and change*, 49(2), 502-517. <https://doi.org/10.1111/dech.12370>

Lavinas, Lena. (2018). How financialization challenges social protection systems. En *Social Risks and Policies in Brazil and Europe: Convergences and Divergences* (pp. 175-199). Almeida Rodrigues, Isabela Soares Santos (orgs). Rio de Janeiro and São Paulo: Cebes and Hucitec. Recuperado el 4/01/2024 de <https://cebes.org.br/social-risks-and-policies-in-brazil-and-europe-and-convergences-and-divergences/19776/>

Lavinas, Lena. (2022). *Social Policy Seminar Series - Session 1. SOAS Economics* [Video].

Recuperado el 11/01/2023 de

<https://www.facebook.com/soaseconomics/videos/1243283752832318/>

Lavoie, Marc., y Stockhammer, Engelbert. (2023). *Crecimiento impulsado por los salarios: concepto, teorías y políticas*. *El trimestre económico*, 90(357), 215-265. Recuperado el 1/03/2024 de <https://www.eltrimestreeconomico.com.mx/index.php/te/article/view/1781/1761>

Lichtensztejn, Samuel. (2012). El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial: Sus relaciones con el poder financiero. *Economía UNAM*, 9(25), 14-28. Recuperado el 12/12/2022 <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v9n25/v9n25a2.pdf> Consultado 12/11/2021.

- Lomelí, Leonardo. (2010). La Seguridad Social en México. En *Déficit Social de México* (pp. 43-72). Novelo y García (coords.) Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Humanidades. Recuperado el 6/11/2023 de http://desh.xoc.uam.mx/pensarelfuturodemexico/Libros/deficit_social.pdf
- López-Alonso, Moramay. (2012). *Measuring up: A history of living standards in Mexico, 1850–1950*. Standford. Stanford University Press.
- López, Alejandro. (2021). Deuda Pública como Expresión de la Financiarización subordinada en las economías emergentes. El caso de la economía mexicana en el periodo 2008-2019. En *Teorías monetarias poskeynesianas y enfoques alternativos* (pp. 259-290). Solorza, M., y López, A. (Coords.). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía.
- López García, Erika. G. (2012). La descentralización del sector salud. *Ars Iuris: 2012, No. 47*. Facultad de Derecho, Universidad Panamericana. Recuperado el 23/12/2023 de <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>
- Macías, Eduardo. (2007). *El Sistema De Pensiones En México Dentro Del Contexto Internacional*. Ed.COPARMEX, Instituto De Proposiciones Estratégicas, Themis, México, 1993, P. 1.
- Malagón-Londoño, Gustavo. y Medina, Álvaro. (2011). *Salud pública: perspectivas*. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 9789588443089.
- Martínez Aviña, Jorge. T. (2020). Una propuesta para reformar el sistema de pensiones en México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Recuperado el 11/9/2021 de <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Una-propuesta-para-reformar-el-sistema-de-pensiones-en-mexico.pdf>
- Martínez Soria, Jesuswaldo. y Cabestany, Gabriela. (2017). *Informalidad: entre el avance de la estadística y el rezago de la política pública*. Temas Estratégicos, No. 52, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, México. Recuperado el 11/11/2022 de http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3776/reporte_52_051217_1W EB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marx, Karl., y Engels, Friedrich. (1970). *La ideología alemana*. Ediciones Grijalbo. Barcelona, España.
- Meyer, Lorenzo. (2000). La institucionalización del nuevo régimen. En *Historia general de México*, (pp. 823-879). Recuperado e 6/11/2023 de <https://lorenzomeyercossio.com/wp-content/uploads/2020/09/80.-La-institucionalizacion-del-nuevo-regimen.pdf>
- Montecinos, Egon. (2005). Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática. *EURE (Santiago)*, vol. 31, núm. 93, pp. 73-88. Recuperado el 23/01/2024 de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612005009300005

Muñoz, Patricia (2008, 2 de junio). Los nuevos trabajadores del IMSS se jubilarán mediante el sistema de Afores. La Jornada. Recuperado el 7/10/2020 de <https://www.jornada.com.mx/2008/06/02/index.php?section=politica&article=006n1pol>

Narro, Jose. (2023). *El financiamiento del Sistema de Salud, realidades y posibilidades*. XXIX Seminario de Economía Mexicana. Retos de la economía mexicana I: El sector salud. IIEc-UNAM [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VCo9n4FraHk&t=3687s>

Notilegis (2019). Publica DOF decreto que crea el INSABI y desaparece el Seguro Popular. Nota N°. 3808. Recuperado el 22/10/2020 de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, Recuperado el 21/09/2022 de <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2017) *Health at Glance 2017: OECD Indicators* [Archivo PDF]. Recuperado el 15/07/2022 <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2016), *Estudio de la OCDE sobre los sistemas de pensiones: México 2015*, CONSAR, México. Recuperado el 15/07/2022 de <https://doi.org/10.1787/9789264250017-es>.

Olivares, Alonso. (2006, 24 de abril). Trabajadores del hospital Juárez denuncian hostigamiento laboral. La Jornada. Recuperado el 13/10/2020 de <https://www.jornada.com.mx/2006/04/24/index.php?section=sociedad&article=054n1soc>

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2022). *El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)*. Recuperado el 18/06/2022 de https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_222058/lang--es/index.htm#:~:text=empleadores%20y%20trabajadores.,El%20Convenio%20n%C3%BAm.,funci%C3%B3n%20de%20sus%20niveles%20socioecon%C3%B3micos

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2001). *Hechos Concretos Sobre La Seguridad Social*. Recuperado el 9/10/2020 de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). ¿Qué Repercusiones Tiene La Escasez de Personal Sanitario?. Recuperado el 18/12/2022 de <https://www.who.int/workforcealliance/media/qa/01/es/>

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2007). Observación General N° 19. El Derecho A La Seguridad Social (Artículo 9). Recuperado el 9/10/2020 de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8791.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Recuperado el 22/01/2023 de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf

Palley, Thomas. (2007). Financialization: what it is and why it matters. *Working Paper*, The Levy Economics Institute of Bard College, 525: 1-31. Recuperado el 9/10/2023 de <https://www.depfe.unam.mx/actividades/10/financiarizacion/i-9-PalleyT.pdf>

Parguez, Alain. (2013). La era de la austeridad. *Ola Financiera (Vol. 15)*. Recuperado el 4/05/2022 de http://olafinanciera.unam.mx/new_web/15/pdfs/Parguez-OlaFin15-Clasico.pdf

Parguez, Alain. (2020). Las dramáticas consecuencias de los años de adicción a la austeridad ¿Aún hay esperanza para el futuro? *Ola Financiera, 13(36), 1-18*. Recuperado el 11/05/2022 de http://www.olafinanciera.unam.mx/new_web/36/pdfs/PDF36/ParguezOlaFinanciera36.pdf

Ramírez Navarro, Víctor. y Ramírez Navarro, María. (2013). El marco administrativo para la planeación en México. Recuperado el 30/12/2023 de <http://www.eumed.net/rev/cccss/23/marco-administrativo-planeacion-mexico.html>

Reyna, José., Zapata, Francisco., Miquet, Marcelo., y Gómez Tagle, Silvia. (1976). *Tres estudios sobre el movimiento obrero en México*. El Colegio de México. Recuperado el 30/10/2021 de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ces-colmex/20200911030320/jornadas.pdf>

Reeves, Aaron., Basu, Sanjay., McKee, Martin., Marmot, M., y Stuckler, David. (2013). Austere or not? UK coalition government budgets and health inequalities. *Journal of the Royal Society of Medicine, 106(11), 432-436*. Recuperado el 30/07/2022 de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0141076813501101>

Romero, María E. (2016). *Los orígenes del neoliberalismo en México: la Escuela Austriaca*, México, Fondo de Cultura Económica.

Sandoval-Ballesteros, Irma. (2013). From “institutional” to “structural” corruption: Rethinking accountability in a world of public-private partnerships. Harvard University: Edmond J. Safra Working Paper. No. 33. Recuperado el 13/03/2023 de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2370576

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) (2022). Convenios Ratificados por México. Recuperado el 12/09/2022 de https://www.stps.gob.mx/01_oficina/03_cgai/convenios_ratificados.htm

Sevares, Julio. (2007). Volatilidad financiera y vulnerabilidad latinoamericana. Causas, costos y alternativas. En *Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización. Homenaje a Celso Furtado* (pp. 187-211). Vidal, Gregorio; Guillén R., Arturo.(comp). ISBN: 978-987-1183-65-4 Recuperado el 11/03/2023 de http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/vidal_guillen/13Sevares.pdf

Shamah, Teresa. (2023). *El estado de salud y nutrición de la población mexicana, retos actuales para el bienestar de la población*. XXIX Seminario de Economía Mexicana. Retos de la economía mexicana I: El sector salud. IIEc-UNAM [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VCo9n4FraHk&t=3687s>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (1996). Información Sectorial de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1996. Recuperado el 8/10/2020 de http://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/1996/infsec.html

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Portal de transparencia presupuestaria. Recuperado el 19-23/10/2020 de <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas> .

Skidelsky, Robert. (2018). *Money and Government*. Yale University Press.

Skidelsky, Robert. (2019). Has Austerity Been Vindicated? *Project Syndicate*, 22. Reuperado el 15/06/2022 de <https://www.project-syndicate.org/commentary/budget-deficits-austerity-growth-alesina-keynes-by-robert-skidelsky-2019-05?barrier=accesspaylog>

Solís, F., y Villagómez, Alejandro. (1999). Las Pensiones. En *La Seguridad Social En México* (pp. 103-159). F. Solís, y A. Villagómez (comps.). México: Fondo De Cultura Económica.

Solorza, Marcia. (2015). “Orígenes Capitalistas En México: Segunda Mitad Del Siglo XIX”. *Revista Republicana*, (10). Recuperado el 24/08/2021 de <https://urepublicana.edu.co/ojs/index.php/revistarepublicana/article/view/107>

Solorza, Marcia. (2017). “Financiarización en países emergentes de Asia y América Latina”. En *Reorganización financiera en Asia y América Latina en el periodo de postcrisis*. Alicia Girón, Eugenia Correa, coordinadoras. IIEC UNAM. Recuperado el 13/10/2021 de <http://ru.iiec.unam.mx/4013/1/24.26.%20Reorganizaci%C3%B3n%20Financiera%20LIBRO%20COMPLETO.pdf#page=17>

Solorza, Marcia. (2021). Responsible Fiscal Policy and Economic Development: A Challenge for Latin America After COVID-19. *International Journal of Political Economy*, 50(3), 198-211. Recuperado el 25/05/2022 de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08911916.2021.1984968>

Strober, Myra. (2015). Austeridad. *Ola financiera*, 8(22), 135-144. Recuperado el 22/04/2022 de http://www.olafinanciera.unam.mx/new_web/22/pdfs/StroberOlaFinanciera22.pdf

Stuckler, David., Reeves, Aaron., Loopstra, Rachel., Karanikolos, Marina., y McKee, Martin. (2017). Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health, Vol. 27, Supplement 4, 2017, 18–21*. Recuperado el 15/07/2021 de https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_4/18/4430523

Tamez, S., Eibenschutz, C., Camacho, I., y Hernández, E. (2011). *Neoliberalismo y política sanitaria en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco. Departamento de Atención a la Salud. Recuperado el 24/12/2023 de http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/em/lg/EM2010_Lg_Tamez.pdf

Tron, Denisse., Ruiz, Mariana., y Pérez de Acha, Luis. (2020, marzo). *Facturas falsas: la epidemia en el sector salud*. Recuperado el 17/09/2022 de <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/134/contenido/1582917188I60.pdf>

Vidal, Laura. (2020). *Nanomedicina: Aspectos Regulatorios y Socioeconómicos*. Universidad Nacional Autónoma De México. Instituto De Investigaciones Jurídicas. México.

Vidal, Gregorio. (2007). La expansión de las empresas transnacionales y la profundización del subdesarrollo. La necesidad de construir una alternativa para el desarrollo. *En Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización. Homenaje a Celso Furtado* (pp. 65-82). Vidal, Gregorio; Guillén R., Arturo.(Comps). Recuperado el 10/07/2022 de http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/vidal_guillen/07Vidal.pdf

Vidal, Gregorio., y Marshall, Wesley. (2009). Sistema financiero, crédito externo y crisis global en América Latina: ¿Fin de un modelo o incremento del despojo?. *En Crisis Financiera: Nuevas Manías y Viejos Pánicos* (pp. 31-46). Alicia Girón, Patricia Rodríguez y José Déniz (Cords). Ed. Catarata, Madrid. Recuperado el 01/08/2021 de https://www.academia.edu/34517192/LIBRO_Crisis_Financiera_Mani_as_Pa_nicos_pdf

Vidal, Gregorio. (2013). Algunas Propuestas De Lectura De La Crisis Actual: La Austeridad No Conduce Al Crecimiento De La Economía. *En América Latina: ¿cómo construir el desarrollo hoy?*. Vidal G, Guillén A y Déniz, J. (Coords). Fondo de Cultura Económica.

Villagómez, Alejandro., y Hernández, Juan. (2010). Impacto de la reforma al sistema de pensiones en México sobre el ahorro. *Economía mexicana. Nueva época, 19(2), 271-310*. Recuperado el 7/08/2022 de <https://www.scielo.org.mx/pdf/emne/v19n2/v19n2a3.pdf>

Sesma-Vázquez, Sergio., Gómez-Dantés, Octavio., Wirtz, Veronika., y Castro-Tinoco, Manuel. (2011). Abasto, surtimiento y gasto de bolsillo en medicamentos en hospitales públicos de México en 2009. *Salud Publica Mex 2011;53 supl 4 pp. S470-S479*. Recuperado el 10/09/2022 de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl4/470-479>

Witker, Jorge. (2015). Asociaciones público-privadas y captura del Estado. *En Interés público, asociaciones público-privadas y poderes fácticos* (pp. 75-96). Sandoval Ballesteros, I. E (coord.)

México. UNAM-IIS. Recuperado el 10/03/2023 de
<http://ru.iis.sociales.unam.mx/jspui/handle/IIS/5197>

Zepeda, Clara. (2022, 17 de enero). Con reforma al SAR se pensionan más de 27 mil trabajadores: Consar. *La Jornada en línea*. Recuperado el 11/10/2023 de
<https://www.jornada.com.mx/notas/2022/01/17/economia/con-reforma-al-sar-se-pensionan-mas-de-27-mil-trabajadores-consar/>