



163

**La reforma a la seguridad social y la creación
del Instituto Mexicano de Protección Social:
la reformulación de los paradigmas**

ALFREDO SÁNCHEZ-CASTAÑEDA

DERECHO SOCIAL

Octubre de 2011

En el presente documento se reproduce fielmente el texto original presentado por el autor, por lo cual el contenido, el estilo y la redacción son responsabilidad exclusiva de éste. D. R. © 2011, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n, Ciudad de la Investigación en Humanidades, Ciudad Universitaria, 04510 México, D. F. Venta de publicaciones: Coordinación de Distribución y Fomento Editorial, Arq. Elda Carola Lagunes Solana, tels. 5622 7463 y 64 exts. 703 o 704, fax 5665 3442.

www.juridicas.unam.mx

15 pesos

DR © 2011.

Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México

CONTENIDO

Introducción	1
I. Los principales modelos de seguridad social y protección social	2
II. La atención de lo social en México: un modelo dual entre seguridad social y protección social	9
III. Los grandes retos de la seguridad social y la protección social	39
IV. Las necesarias reformas a la seguridad social y creación del Instituto Mexicano de Protección Social	60
Consideraciones finales	72

INTRODUCCIÓN

El artículo 123 constitucional en su apartado A fracción XXIX señala que es de utilidad pública la ley del seguro social, la cual debe comprender seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares. Por su el Apartado “B” del artículo 123 establece en su fracción XI que la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado se debe organizar con el fin de atender las enfermedades y los accidentes de trabajo y de proteger a las mujeres durante el embarazo para que disfruten de asistencia obstétrica, así como establecer centros vacacionales y de recuperación en beneficio de los trabajadores y sus familiares. Así mismo la fracción XIII del apartado B del artículo 123 constitucional establece las bases para la creación de la seguridad social de las Fuerzas Armadas Mexicanas al establecer que: “Los militares, marinos...se regirán por sus propias leyes. El Estado proporcionará a los miembros en activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, las prestaciones a las que se refiere el inciso f) de la fracción XI de este apartado, en términos similares y a través del organismo encargado de la seguridad social de los componentes de dichas instituciones”.

Como se aprecia, el artículo 123 constitucional es la base de la seguridad social mexicana, pero también lo es de los esquemas de protección social al considerar a los los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares. Regulación constitución ha sido reforzada por el artículo 4 constitucional al establecer que: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

La atención de lo social en México se inscribe dentro de s dos grandes modelos: el creado a partir de las ideas de Otto von Bismarck y aquel que partió de la visión de Sr. William Beveridge (I). Paradigmas que han originado en nuestro país, un modelo dual que cuenta con elementos propios de la seguridad social, pero también de la protección social (II). Dualidad que se explica por las necesidades de atender las necesidades de la población abierta carente de un esquema de seguridad social formal, pero que al mismo tiempo han generado grandes retos en materia de seguridad social y protección social. Ocasionando, más que una dualidad complementaria, una distorsión tanto en el funcionamiento de uno como de otro (III). Situación que hace necesario replantarse el actual modelo de seguridad social y considerar la necesaria creación de un solo organismo encargado de la protección social (IV). Denominado Instituto Mexicano de Protección Social, el cual tendría como vocación unificar la pluralidad de programas existentes en materia de protección social. Actualmente los múltiples operadores de esquemas de protección social, la falta de organización de dichos operadores, así como el uso, en ocasiones, poco claro de los recursos, sin duda repercuten en la calidad, costo y organización de la protección social.

En ese sentido, partimos como tesis del presente estudio, de la necesidad de reformular el actual modelo de seguridad social, así como de evaluar el hecho de que si en el siglo XX se con-

solidó e institucionalizó la seguridad social en nuestro país a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ahora en los umbrales del siglo XXI debería evaluarse en nuestro la consolidación e institucionalización de la protección social a través de la creación del Instituto Mexicano de la Protección Social.

I. LOS PRINCIPALES MODELOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL

El derecho de la seguridad social, al igual que el derecho del trabajo, es un derecho moderno. La regulación del trabajo y de la seguridad social aparece con el desarrollo del trabajo en las fábricas. El trabajo y la seguridad social han interactuado desde la Revolución Industrial. La introducción del maquinismo modificó drásticamente las relaciones de trabajo. En un principio se negó la relación entre los riesgos de trabajo y seguridad social,¹ pero para la segunda parte del siglo XIX se reconocerían los derechos de los trabajadores derivados de una relación de trabajo, y hace menos de cien años, a principios del siglo XX se reconocerían, en algunos países europeos, los derechos de los trabajadores relativos a la seguridad social.² Destacan particularmente el modelo desarrollado en Alemania por Bismarck y el implementado en el Reino Unido a partir de las ideas de Beveridge.

Actualmente se han desarrollado varios modelos de seguridad social. No obstante, si se revisan los diferentes modelos creados, la mayoría, si no es que todos, encuentran su base u orígenes en los modelos diseñados por Bismarck (A) y Beveridge (B).³ De ahí que resulte fundamental tenerlos presentes, ya que de alguna manera el futuro de la seguridad social y de la protección social sigue transitando por sus ideas.

A. *El modelo alemán*

En Alemania, Bismarck instituye en 1883 un sistema de seguros sociales ante el éxito de la izquierda y particularmente de la social-democracia.⁴ Bismarck sostiene que “es necesario un poco de socialismo para evitar tener socialistas”. Agrega además, que el Estado debe reconocer su misión de promover positivamente el bienestar de todos los miembros de la sociedad y particularmente de los más débiles y necesitados, utilizando los medios con los que dispone la colectividad. A partir de su célebre discurso en el Reichstag del 17 de noviembre de 1881, entre 1883 y 1889 se adoptaron una serie de leyes sobre los seguros contra enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez.

¹ Sánchez-Castañeda, Alfredo, Derecho a la Seguridad Social, en “*Enciclopedia Jurídica Mexicana*”, 2a. Ed. México, México, Universidad Nacional Autónoma de México Editorial Porrúa, 2004, Tomo III, Páginas 191-194.

² Sánchez-Castañeda, Alfredo, *Las Transformaciones del Derecho del Trabajo*, UNAM, México, 2006.

³ Por ejemplo, el modelo de financiamiento de la seguridad social en pilares, no es otra cosa que la combinación de los modelos ideados en la Alemania de Bismarck y por Beveridge.

⁴ No debe dejar de remarcarse que la legislación social alemana fue una respuesta al avance del socialismo y de alguna manera un combate hacia el mismo socialismo, ya que la ley de 1878 prohibió la formación o continuación de todas las organizaciones que tratasen de subvertir al Estado o el orden social. Se trató de una legislación tendiente a desaparecer las organizaciones socialistas, socialdemócratas o comunistas. Las leyes antisocialistas dejaron de regir en 1890. Cf. Cole, G.D.H., *Historia del Pensamiento Socialista*, t. II *Marxismo y Anarquismo 1850-1890*, México, FCE, 1980, p. 224.

La Ley sobre el seguro de enfermedad (*Krankenversicherungsgesetz*) del 15 de junio de 1883 ha sido fundamental por primera vez los principios fundamentales del seguro de enfermedades se codificaron en una sola ley. Sus características esenciales se conservan y se reconocen en la legislación alemana de hoy en día. El punto fundamental de la ley es la relación que establece entre la obligación de afiliación al seguro de enfermedad en función de un trabajo remunerado. La contribución se repartía entre 2/3 para los obreros y 1/3 para los empresarios. Los beneficios dependían de la cuantía de la cotización y de la entidad aseguradora, pero comprendía prestaciones médica y farmacéutica durante trece semanas, y, prestaciones económicas por un valor de la mitad del salario del asegurado.⁵

La ley de 1884 sobre accidentes de trabajo (*Unfallversicherungsgesetz-UVG*) estableció que, los patronos debían cotizar obligatoriamente a las cajas para cubrir la invalidez permanente provocada por los accidentes de trabajo. En caso de incapacidad total, el trabajador percibiría una renta equivalente al 66% de su salario y, en el supuesto de que falleciese, la viuda cobraría un 20% más el 15% por cada hijo menor de 15 años. Las cotizaciones estaban a cargo del empleador, el seguro funcionaba según el principio de repartición, de conformidad con la propuesta de Bismarck que se oponía a un sistema fundado en la capitalización. Las prestaciones incluían el otorgamiento de una renta en función con la incapacidad del trabajo. La ley preveía inspecciones en las fábricas, con el fin de prevenir los accidentes que pudieran resultar por los peligros inherentes al lugar de trabajo. Los costes de este seguro eran sufragados totalmente por el empresario.

La ley de 1889 (*Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung- IAVG*) instituyó un primer sistema obligatorio de jubilación. La obligatoriedad del seguro se estableció para los obreros cuyo salario no superase los 2000 marcos anuales. La pensión se concedía a los 70 años y su cuantía era proporcional al número de cotizaciones del asegurado. Una reforma de 1899 extendió el campo de aplicación personal de la ley a un círculo más amplio, particularmente a los trabajadores independientes.

Estas tres leyes establecieron en Alemania, por primera vez, un sistema de protección obligatoria. Además al paso de los años el campo de aplicación de la ley de seguro de enfermedad y de accidentes de trabajo fueron ampliando su cobertura, a fin de cubrir cada vez a un número mayor de trabajadores.

Por otro lado, a partir de 1891 se aprobaron normas que establecían: la jornada laboral máxima de 11 y 10 horas para las mujeres y niños, respectivamente, así como la prohibición del trabajo nocturno para ambos grupos; descanso dominical obligatorio. Además, se creó el primer impuesto progresivo sobre la renta de carácter moderno.

El sistema concebido por Bismarck, constituye uno de los grandes modelos de la seguridad social, en la medida en que se basa en una relación bilateral: a cambio de una contribución versada por el asegurado, una indemnización le es acordada en caso de sufrir alguno de los riesgos cubiertos. Además, el empleador debe aportar una contribución proporcional a la del asegurado y los seguros acordados no son facultativos sino obligatorios. Así mismo existe una proporcionalidad entre el monto de las cotizaciones versadas y las prestaciones recibidas.

⁵ Para un estudio de la legislación alemana ver: Berra, Jacques, *La structure des systèmes de sécurité social. Étude de droit comparé*, Lousanne, Institut de Recherches sur le Droit de la Responsabilité Civile et des Assurances, 2000, p. 132 y ss.

Del modelo de seguros sociales implementado por Bismarck, se debe destacar la obligación impuesta a los empleadores y a los trabajadores para hacerlos co-responsables del financiamiento de la seguridad social. Resalta aún más la obligación que se impone a los empleadores para responder a los riesgos sociales que puedan sufrir los trabajadores.

B. *El modelo inglés*

En Inglaterra desde finales del siglo XIX se legisló en materia de seguridad social. En 1897 contaba con una ley de indemnización de trabajadores. La Ley en un principio se aplicaba a un número limitado de trabajadores, pero en 1906 se generalizó su aplicación. En 1912 comenzó el seguro sanitario obligatorio. En 1912 se inició el seguro de desocupación para algunas industrias, pero se generalizó en 1920. La primera ley que acuerda pensiones no contribuyentes sujetas a investigación de recursos para personas de 70 años apareció en 1908. En 1925 nace la ley que inició las pensiones contribuyentes para ancianos, viudas y huérfanos. El seguro de desocupación aparece con la ley de desocupación de 1934 que también contempló un servicio nacional de Ayuda a la Desocupación.⁶

El 10 de junio de 1941 el Gobierno inglés creó una Comisión interdepartamental para la Seguridad Social y Servicios Afines a cargo de Sir. William Beveridge⁷, la primera tarea del Comité fue realizar un estudio comprensivo de todos los aspectos del Seguro Social y Servicios Afines, incluidas las indemnizaciones de los trabajadores y proponer soluciones. El Ministro Arthur Greenwood que había anunciado la creación del Comité interdepartamental, anunció en la Cámara de los Comunes, el 27 de enero de 1942, que “entre los poderes del Comité. Estaría el de considerar el desarrollo de los sistemas de Seguro Nacional, con inclusión de beneficios en caso de muerte y otros riesgos no contemplados actualmente por dichos sistemas.”⁸

El Informe elaborado por la Comisión señaló que: “El cuadro ofrecido es doblemente impresionante: 1º. Porque demuestra que en la mayoría de las muchas variedades de “necesidad”, por interrupción de salarios y otras causas, que pueden surgir en las modernas comunidades industriales, ya se han adoptado medidas, en gran Bretaña, en escala no superada y difícilmente igualada, en ningún otro país del mundo. Solamente un aspecto de la mayor importancia, la limitación del servicio médico, tanto en lo que se refiere a la calidad del tratamiento que es acordado, de derecho, como en lo tocante a las clases de personas a quienes es acordado, lo conseguido en Inglaterra es inferior a lo que se ha logrado en otras partes; esa inferioridad alcanza también a las prestaciones de beneficios en efectivo, en caso de maternidad y fallecimiento, y a los defectos del sistema de indemnización a los trabajadores. En todos los demás aspectos, la previsión británica, en materia de Seguridad, puede ser ventajosamente comparada, tanto en cantidad, como en extensión, con cualquier otro país; pocos países sostendrán la comparación Gran Bretaña. 2º. porque el Seguro Social y los Servicios Afines, tal cual existen actualmente, son manejados por medio de un complejo de órganos administrativos, desconectados entre sí, que ac-

⁶ Beveridge, William, *Seguridad Social y Servicios Afines. Informe presentado al Parlamento de Gran Bretaña el 22 de noviembre de 1942* (versión castellana de José Arce), Buenos Aires, Editorial Losada, S.A., 1943, pp.13-14.

⁷ Un interesante estudio del Plan Beveridge y el Proyecto de ley de seguro social presentado al Parlamento en 1944 se puede encontrar en: Míngarro y San Martín, José, *La Seguridad Social en el Plan Beveridge*, México, editorial Polis, 1946, 272 p.

⁸ Beveridge, William, *Seguridad Social y Servicios Afines. Informe presentado al Parlamento de Gran Bretaña el 22 de noviembre de 1942*, p. 11.

túan según principios diferentes y rinden servicios inestimables, pero a un costo, en dinero, en molestias, y en la manera anómala de tratar problemas idénticos, que no tiene justificación. En un sistema de seguridad social que, en su conjunto, es mejor que el de cualquier otro país, tan serias deficiencias, reclaman enmienda”.⁹

Entre las deficiencias encontradas por el estudio realizado por la Comisión Beveridge se encuentran:¹⁰

1. La limitación del seguro obligatorio a las personas que trabajan de acuerdo con un contrato de servicios y por debajo de una cierta remuneración, cuando se trata de un trabajo no manual, es una seria falla.
2. Muchas personas que trabajan por su cuenta, son más pobres y tienen más necesidad del Seguro de Estado, que los empleados.
3. El límite de remuneración para los empleados no manuales es arbitrario y no toma en cuenta las obligaciones de familia.
4. No existe diferencia alguna entre las necesidades económicas de los enfermos y de los desempleados. No obstante, reciben beneficios de grado diferente que importan diversas condiciones contribuyentes y ofrecen distinciones, sin sentido, entre personas de edades diferentes.
5. Había una falta de coordinación administrativa entre los servicios existentes.

El Plan de Seguridad Social emplea el término “seguridad social” para “significar la consecución de un ingreso destinado a reemplazar las entradas, cuando éstas dejan de percibirse, sea por desocupación, por enfermedad o por accidente; a prevenir el retiro por edad y la pérdida del sustento, causada por muerte de otras personas; y a (sic) hacer frente a gastos extraordinarios, como los relacionados con nacimientos, muerte, o casamiento. Originalmente “seguridad social” significa seguridad de ingresos hasta un mínimo, pero la previsión de ingresos debiera estar asociada con medidas destinadas a terminar, a la brevedad posible, con la interrupción de entradas.”¹¹ El Plan se integra de seis principios fundamentales:¹²

1. Tasa fija de beneficio de subsistencia. Previsión de una tasa fija de beneficio de seguro, sin tener en cuenta el total de los ingresos, interrumpidos por la desocupación o la incapacidad, o terminados por el retiro. La única excepción consiste en la incapacidad prolongada como consecuencia de una enfermedad o accidente industrial. La tasa fija es igual para las principales maneras de cesación de ingresos: desocupación, incapacidad, retiro; para maternidad y viudez hay un beneficio provisorio de tasa más elevada.
2. Tasa fija de contribución. La contribución obligatoria requerida de cada asegurado o de su empleador, es una tasa fija, sin tener en cuenta sus recursos. Se paga la misma contribución por la misma seguridad. Los que disponen de mayores recursos pagarán más a la Tesorería Nacional, y en ese sentido por su conducto, a la cuota estatal del fondo de Seguridad Social. La sola excepción consiste en el costo especial de los bene-

⁹ Idem, pp. 14-15.

¹⁰ Idem, p. 15.

¹¹ Idem, p. 69.

¹² Idem, p. 71 y ss.

- ficios y de las pensiones por incapacidad industrial, en las ocupaciones de alto riesgo, mediante un tributo que pagarán los empleadores en proporción al riesgo y a la lista de paga.
3. Unificación de la responsabilidad administrativa. Unificación de la responsabilidad administrativa en interés de la eficiencia y economía. Para cada persona una única contribución semanal vinculada a los beneficios. Una Oficina de Seguridad en cada localidad para atender toda clase de reclamaciones. Todas las contribuciones se depositan en un único Fondo de Seguro Social. Todos los beneficios y pagos de seguro son atendidos con dicho fondo.
 4. Adecuación de beneficios en cantidad y en tiempo. Se parte del principio que la tasa fija de beneficio propuesta es suficiente, sin acudir a otros recursos, para promover el ingreso mínimo necesario para la subsistencia, en todos los casos normales. Los beneficios son adecuados en tiempo, en la medida en que salvo contingencias temporales, continuarán indefinidamente, sin investigación de recursos, en tanto subsista la necesidad.
 5. Extensión o alcance del Seguro. Amplitud del ámbito de aplicación tanto con respecto a las personas cubiertas como a los riesgos que debían protegerse (cobertura vertical y horizontal).
 6. Clasificación de las personas. La seguridad social debía aplicarse teniendo en cuenta los diferentes modos de vida de los asegurados

Como se puede apreciar, Beveridge propugnaba que las prestaciones se obtuviesen a cambio de contribuciones únicas y uniformes, independientemente del nivel de renta del asegurado. El fondo para las principales prestaciones (desempleo, incapacidad y jubilación) estaría constituido por contribuciones de los asegurados, de los patrones y del Estado. Con el modelo diseñado por Beveridge se inició el principio contributivo de la seguridad social, ya que su financiamiento se basa en impuestos y cotizaciones (carácter contributivo).

El plan de William Beveridge (*Social Insurance and Allied Service*, 1942) ha constituido, junto con el modelo de seguros sociales de Bismarck, uno de los grandes modelos de cobertura y financiamiento de la seguridad social. Destaca el financiamiento por impuestos, situación que implica una solidaridad en el plano nacional.

Sir William Beveridge en una plática ofrecida el 2 de diciembre de 1942, cuando su Plan de Seguridad Social no había sido aún estudiado por el gobierno y el Parlamento, señalaba que su Plan comprende tres partes: un programa completo de seguros sociales en prestaciones en dinero; un sistema general de subsidios infantiles, cuando el padre gane dinero como cuando no lo gane y, un plan general de cuidados médicos de todas clases para todo el mundo. Para Beveridge la característica principal de su Plan es un proyecto completo de seguros que abarca a todos los ciudadanos y no sólo a quienes trabajan para patrones. El Plan no se aplica de la misma manera a todos, pero todos están asegurados con una pensión de vejez, gastos de entierro y cuidados médicos. Además de la desocupación y la incapacidad, el proyecto provee beneficios para hacer frente a otras necesidades, entre ellas, los gastos de entierro y el aprendizaje de nuevas ocupacio-

nes. Toda persona tendrá asegurados dichos beneficios para él y su familia, por medio de una contribución única semanal pagada mediante un timbre de seguros.¹³

El modelo diseñado por Beveridge en el Reino Unido no fue un nuevo modelo revolucionario. Su idea innovadora consistió en coordinar la aplicación de métodos ya conocidos pero que habían sido utilizados de manera separada. Beveridge propone un modelo integrado en un tríptico: un servicio nacional de salud para el conjunto de la población, la garantía de un ingreso para determinados sectores de la sociedad en función de ciertas eventualidades y un servicio de empleo en caso de desempleo.¹⁴

Contrariamente al modelo de seguros sociales creado en Alemania, Beveridge contempla para ciertas prestaciones, un campo de aplicación personal de naturaleza universal, es decir, para toda la población. Desde el punto de vista de Dupeyroux, “este celebre estudio cimienta el principio de una extensión de la seguridad social a la totalidad de la población: aparece la idea de un derecho de cada individuo a la seguridad social, derecho que será consagrado en diversas declaraciones internacionales.”¹⁵

La repercusión internacional y en diferentes legislaciones nacionales del sistema propuesto por Beveridge se debe a la introducción de aspectos novedosos que le daban nuevas características a la seguridad social y a la protección social:

1. Se otorga el principio de solidaridad, ciertas prestaciones se otorgan sin mediar una cotización.
2. El principio de universalidad se aplica para ciertas eventualidades procurando así una protección social para el conjunto de la población.
3. El seguro social y la asistencia, son utilizadas simultáneamente y de manera coordinada.
4. Existe una sola entidad administrativa.
5. La existencia de un solo ente administrativo contribuye a la simplificación de la administración y en una disminución de costos en el manejo de la misma.

El plan de William Beveridge (tendencia hacia la universalización, unificación de los riesgos, protección derivada de la situación genérica de necesidad, el financiamiento depende en su mayor medida del presupuesto público, gestión administrativa unificada y pública, así como administración diferenciada de cada riesgo, así como de los colectivos asegurados) ha constituido, junto con el modelo de seguros sociales de Bismarck (la cobertura depende de la condición laboral del individuo, régimen de seguros múltiples, el financiamiento depende de las contribuciones del asegurado, el empleador y en ocasiones del Estado) uno de los grandes modelos de cobertura y financiamiento de la seguridad social. Destaca el financiamiento por impuestos, situación que implica una solidaridad en el plano nacional.

¹³ Beveridge, William, *Las bases de la Seguridad Social (The Pillar of Security and War-Time Essays and Addresses)*, (versión española de Teodoro Ortiz) FCE, México, 1944, pp. 66-69.

¹⁴ Greber, Pierre-Yves, “Les principes fondamentaux du droit international et du droit suisse de la sécurité sociale”, *Réalités sociales*, Lausanne, 1984, p. 55.

¹⁵ Dupeyroux, Jean-Jaques, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, París, 1993, p. 52.

Diferencias entre el modelo de Bismarck el modelo de Beveridge

<i>Modelo de Bismarck</i>	<i>Modelo Beveridge</i>
1. La cobertura depende de la condición laboral del individuo.	1. Tendencia hacia la universalización
2. Se caracteriza por un régimen de seguros múltiples.	2. Se basaba en la unificación de los riesgos, la protección deriva de la situación genérica de necesidad.
3. La financiación depende de las contribuciones del asegurado, del empleador y en ocasiones del Estado.	3. La financiación depende en su mayoría del presupuesto del Estado
4. Hay una administración diferenciada de cada riesgo, e incluso de los colectivos asegurados.	4. Se busca una gestión administrativa unificada y pública.

El caso de nuestro país resulta sumamente interesante, y que dadas las particularidades del país, si bien es cierto que inicialmente se desarrolló el modelo de seguros sociales, poco a poco un modelo fundado en la protección ha ido ganando terreno, tanto las ideas de Bismarck y como las de Beveridge se han plasmado a través de instituciones en nuestro país (II).¹⁶

¹⁶ Sánchez-Castañeda, Alfredo, El derecho de la seguridad social de 1810-2010: origen, retos y perspectivas, pp. 477-546, en García Ramírez, Sergio (coordinador de la obra) y Kurczyn, Patricia (coordinadora) El derecho en México: dos siglos (1810-2010), Derecho Social, México, UNAM/Porrúa, 2010.

II. LA ATENCIÓN DE LO SOCIAL EN MÉXICO: UN MODELO DUAL ENTRE SEGURIDAD SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL

El modelo de seguridad social mexicano se apoya en el sistema concebido por Bismarck, en la medida en que se basa en una relación bilateral: a cambio de su aportación el trabajador recibe una contraprestación, independientemente que el financiamiento de los seguros lo comparta el trabajador, el empleador y el Estado. Dicho modelo queda de manifiesto a través de la existencia de tres instituciones: el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS), 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).¹⁷

La Constitución mexicana de 1917 que originalmente sólo contemplaba un seguro social voluntario, fue modificada en 1929, para considerar de utilidad pública la expedición de una ley del seguro social. Actualmente el artículo 123 en su fracción XXIX señala que es de utilidad pública la ley del seguro social, la cual debe comprender seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

De dicha fracción se puede desprender los inicios de un derecho a la protección social, que tiene entre otros destinatarios, a la población no asalariada. Este primer bosquejo de protección social, encontraría hasta el año de 1983 otro fundamento constitucional, al reformarse el artículo cuarto de la Constitución. El tres de febrero del año en comento se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, a través de la incorporación de un tercer párrafo al artículo cuarto de nuestra Carta Magna: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone el artículo 73 de esta Constitución”.

Al paso del tiempo el país ha consolidado una serie de instituciones que se pueden considerar como fundamentales en materia de seguridad social (**A**). Además, dentro de las instituciones de seguros sociales, particularmente el Instituto Mexicano del Seguro Social, o paralelamente a ellas, se han multiplicado los programas de protección social, principalmente los enfocados a la salud (**B**).

A. Las principales instituciones de seguridad social

Tres son las principales instituciones que han desarrollado los seguros sociales en nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social (**1**), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (**2**) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (**3**).

¹⁷ Existe una amplia bibliografía sobre el derecho de la seguridad social: Briceño Ruiz, Alberto, *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*; Harla, México, 1987, 564 p., Carillo Prieto, Ignacio, *Derecho de la Seguridad Social*, UNAM, México, 1991, 73 p., De Buen Lozano, Néstor, *Derecho de la Seguridad Social Manual*, México, Porrúa/UNAM, 368 pp.; Cázares García, Gustavo, *Derecho de la Seguridad Social*, México, Porrúa, 2007, 571 pp.; Suárez Arévalo, Patricia; *Historia de la Ley del Seguro Social; Reformas, adiciones, modificaciones y derogaciones: 1943 a la fecha (agosto 2006)*, México, al Porrúa, 2007, 1096 p., Meléndez George, León Magno, *La unificación del sistema de la Seguridad Social en México*, Porrúa, México, 2008, 350 p.

1. *El Instituto Mexicano del Seguro Social*

Venustiano Carranza publicó el 12 de diciembre de 1914 un decreto que buscaba expedir y entrar en vigor: “durante la lucha, todas las leyes, disposiciones y medidas encaminadas a dar satisfacción a las necesidades económicas, sociales y políticas del país, efectuando las reformas que la opinión pública exige como indispensables para establecer un régimen que garantice la igualdad de los mexicanos...; la legislación para mejorar la condición del peón rural, del obrero, del minero y en general, de las clases proletarias.”¹⁸

La Constitución, inicialmente había contemplado un seguro social de manera potestativa al establecer en su artículo 123, fracción XXIX que es de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal, como el de cada Estado, deberían fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular.

En diciembre de 1921 el Presidente Álvaro Obregón, envió al Congreso un proyecto de Ley del Seguros Social voluntario. En la exposición de motivos se señala que la mayor parte de las desgracias que aquejan a la clase trabajadora no tiene que ver con la falta de leyes, sino en las dificultades para su aplicación, que convierten los derechos legales en simples derechos teóricos, porque dejan a los trabajadores la tarea de exigir su cumplimiento. Además que su realización tiene que desarrollarse dentro de una legislación complicada, tardía y costosa.¹⁹

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En ella se proponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de Seguro Obrero causó la inconformidad de los patrones que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraron que también otros sectores deberían aportar.²⁰

Como ya se ha señalado, en 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional para establecer que “Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos”. Con todo abrían de pasar todavía casi 15 años para que la Ley se hiciera realidad.

En 1934 se crea la Secretaría de Asistencia Pública a través de la cual se brinda atención médica a toda la sociedad.²¹ En 1935 el Presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, a través de un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones

¹⁸ Para una historia del Instituto Mexicano del Seguro Social, ver: García Cruz, Miguel, *Evolución Mexicana del ideal de la Seguridad Social*, México, UNAM.IIS, 1962, 116 pp.; Zertuche Muñoz, Fernando (Coordinación), *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*, México, IMSS, 1980, 309 p. y, IMSS, *Antecedentes de la Ley del Seguro Social*, México, 1979, IMSS, 593 p.

¹⁹ Arce Cano, Gustavo, *Los seguros sociales en México*, México, ediciones Botas, 1944, p. 25.

²⁰ Díaz Limón, José, “La seguridad social en México. Un enfoque histórico (primera parte)”, *Revista de la E. L.de D. de Puebla*, No. 2.

²¹ Meyer, Rosa María, “Instituciones de seguridad social: proceso historiográfico”, en *Cuadernos de trabajo del Departamento de Investigaciones históricas*, núm. 10, México, (S.A.).

y administraciones tripartitas, que incorporarían a todos los asalariados. No obstante, se considero que el proyecto debería ser objeto de estudios ulteriores. Nuevamente a solicitud de Lázaro Cárdenas, se elaboró de otro proyecto de ley elaborado por el entonces titular de la Secretaría de Gobernación, Lic. Ignacio García Téllez. El proyecto de García Téllez contemplaba la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita. Los riesgos sociales cubiertos eran: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales, maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. Aprobado el proyecto, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Pero a los legisladores les pareció conveniente que se elaborara un documento más completo, fundamentado en estudios actuariales.

El Presidente Manuel Ávila Camacho al tomar posesión de la Presidencia de la República, dejó ver su interés de crear una institución de seguros sociales, al señalar que: “Toda conciencia libre de prejuicios que reflexione en que un país no puede realizar grandes y nobles aspiraciones sin haber elevado a las masas a la dignidad de sus derechos, a la conciencia de su fuerza y de su responsabilidad, llegará a la conclusión de que la Revolución Mexicana ha sido un movimiento social guiado por la justicia histórica....el clamor de la República entera demanda ahora la consolidación material y espiritual de nuestras conquistas sociales en una economía próspera y poderosa...el desempleo y los bajos salarios que existen en nuestro país reclaman las oportunidades de vivir dignamente...Todos debemos asumir desde luego el propósito que yo desplegaré con todas mis fuerzas, de que un día próximo las leyes de seguridad social protejan a todos los mexicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez, para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir.”²²

Ávila Camacho anunció también la creación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social a cargo del Licenciado Ignacio García Téllez, quién a su vez creó a principios de 1941, el Departamento de Seguros Sociales. El nuevo Departamento tenía las siguientes atribuciones: “Estudio de proyectos que se relacionen con el establecimiento de seguros sociales sobre la vida, invalidez, cesación involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes, de acuerdo con lo ordenado por la fracción XXXIX del artículo 123 constitucional; recopilación de datos estadísticos e informaciones necesarias para el desarrollo de los trabajos antes indicados; y vigilancia del cumplimiento de las normas legales del Seguro Social” (art. 39 del Reglamento de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social).²³

El dos de junio de 1941 el Ejecutivo expidió un Decreto, el cual establece la creación de una Comisión Técnica con el objeto de elaborar el proyecto de Ley de Seguros Sociales. En los considerandos de dicho Decreto se señala: “...que la Oficina Internacional del Trabajo ha venido haciendo a todos los países múltiples recomendaciones en materia de seguros y previsión social, que han sido cuidadosamente acatadas por la mayoría de ellos, y que no existe motivo para que en México permanezca al margen de este movimiento social; que todos los países de Europa y aproximadamente un 90% de la población del Continente Americano, poseen una legislación de seguros sociales, mientras que México constituye una excepción que no es acorde con el sentido de su movimiento popular, con su evolución política y legal y con la tendencia revolucionaria de proteger a las masas productoras, y que, por último, el establecimiento del seguro social ha

²² Arce Cano, Gustavo, Los seguros sociales en México, México, ediciones Botas, 1944, pp. 35-36.

²³ *Idem.*, p. 36.

sido tema abordado frecuentemente en las reuniones de trabajadores y patrones de nuestra Patria, que han pedido su fundación inmediata.”²⁴

En diciembre de 1942 se envió a las Cámaras una nueva iniciativa de ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de “Proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales”. El Congreso aprobó la iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial, la Ley del Seguro Social.

La ley del seguro social, base del Instituto Mexicano del Seguro Social se publicó el 19 de enero de 1943 en el Diario Oficial.²⁵ Del año de 1943 a la fecha, la ley del seguro social ha sido objeto de múltiples reformas. No obstante quizás la más relevante sea la publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, en vigor en toda la República a partir del día 1o. de julio de 1997 (según el “Decreto por el que se reforma el párrafo primero de artículo primero transitorio de la Ley del Seguro Social publicado el 21 de diciembre de 1995”).²⁶ Reforma por medio de la cual se modificó el sistema de pensiones, hasta entonces caracterizado por la solidaridad intergeneracional, a otro basado en cuentas de capitalización individual.²⁷

La ley señala que el Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional. La organización y administración del Seguro Social están a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo público descentralizado con personalidad jurídica, patrimonio propio y con autonomía fiscal en lo relativo a su ámbito de competencia.

La ley del Instituto Mexicano del Seguro Social articula su modelo de seguros a través de dos tipos de regímenes: un régimen obligatorio y un régimen voluntario. Cada uno, con una serie de características y alcances particulares.

El régimen obligatorio comprende los seguros de: Riesgos de Trabajo, enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y guarderías y prestaciones sociales. Los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio son: los trabajadores sujetos a una relación de subordinación de manera permanente o eventual; los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo.

El régimen voluntario. Las personas que voluntariamente pueden ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio son: los trabajadores en industrias familiares y los independientes; los trabajadores domésticos; los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Otra manifestación del aseguramiento voluntario lo constituye el “seguro de salud para la Familia”. La ley señala que todas las familias de México tienen a derecho a un seguro de salud

²⁴ *Idem*, pp. 37-38.

²⁵ Arce Cano, Gustavo, *Los seguros sociales en México*, México, ediciones Botas, 1944, pp. 35-38.

²⁶ Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 21 de diciembre de 1996).

²⁷ Morales Ramírez, María Ascensión, *La recepción del modelo chileno en el sistema de pensiones mexicano*, México, UNAM, 2006.

para sus miembros, por lo que pueden celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Destaca igualmente que el Instituto Mexicano del Seguro Social también puede celebrar este tipo de convenios con los trabajadores mexicanos que se encuentren trabajando en el extranjero, a fin de proteger a sus familias residentes en territorio nacional y a ellos mismos cuando se ubiquen en éste (artículo 240 de la Ley del Seguro Social).

El seguro de salud para la familia y los convenios celebrados con trabajadores mexicanos que se encuentren en el extranjero serán objeto de estudio, más adelante en el presente trabajo, ya que como se verá, son el inicio de lo que hemos denominado la protección social “dentro” de la seguridad social.

Las prestaciones son los beneficios a que tienen derecho los asegurados, pensionados o familiares con motivo de una contingencia que altere la salud y las posibilidades de trabajo o los ingresos económicos; también representan una protección que se debe dar conforme a los años cotizados o edad de las personas, incluyendo aquellos aspectos relativos a la comunidad, con base en la solidaridad, para la capacitación, el esparcimiento o la salud; dichas prestaciones pueden otorgarse en dinero o en especie. El apoyo en materia de vivienda se otorga a través de otra institución diferente al IMSS, el INFONAVIT.

Las contingencias comprendidas dentro del régimen obligatorio son:

- enfermedades y maternidad;
- invalidez y vida;
- retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;
- riesgos de trabajo y ;
- guarderías y prestaciones sociales.

Por su parte, el régimen voluntario comprende:

- enfermedades y maternidad y;
- invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

Los recursos financieros del Instituto provienen de:

❖ Cuotas de los empleadores y trabajadores y contribuciones del Estado respecto a los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, así como de salud para la familia y adicionales.

❖ Los intereses, realización de activos, alquileres, rentas, rendimientos, utilidades y frutos de cualquier clase, que produzcan sus bienes.

❖ Las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan a su favor.

❖ Otros ingresos que le señalen las leyes reglamentarias.

El IMSS no es sujeto de contribuciones federales, estatales y municipales. Sólo son sujetos a los derechos de carácter municipal que causen sus inmuebles: agua, pavimento, etc. Igualmente se encuentran sujetos a los derechos de carácter federal correspondientes a la prestación de servicios públicos. Solvente por naturaleza. Se considera al IMSS de solvencia acreditada por lo que no está obligado a realizar depósito o fianzas legales. Además, los bienes del Instituto afectos a la prestación directa de sus servicios son inembargables.

2. *El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*

En 12 de agosto 1925 el Presidente Plutarco Elías Calles expidió la primer Ley General de Pensiones Civiles, seguida de la de 1946 y la de 1947. Posteriormente debido a la reforma de 1959 del artículo 123 constitucional que establece una regulación distinta para los trabajadores del gobierno federal, el 20 de noviembre de 1959 se promulga la primera Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en vigor hasta enero de 1984, fecha en que entra en vigor la nueva Ley. En tal sentido, la administración de los seguros, prestaciones, así como la del fondo de la vivienda de los trabajadores al servicio del Estado, están a cargo del organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, denominado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La Ley del Instituto se aplica a: los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la administración pública federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros; a las dependencias y entidades de la administración pública federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta ley; a las dependencias y entidades de la administración pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta ley, y las disposiciones de las demás legislaturas locales; a los diputados y senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta ley; y a las agrupaciones o entidades que en virtud de acuerdo de la junta directiva del Instituto se incorporen al régimen de esta ley. La cobertura social de la ley del Instituto comprende: un régimen obligatorio y un régimen voluntario.

El día 31 de marzo de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (con excepción de los artículos 42, 75, 1001, 193 y 199, los cuales entraron en vigor el día primero de enero de dos mil ocho), que abrogó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado publicada en el Diario Oficial de la Federación el día veintisiete de diciembre de mil novecientos ochenta y tres con sus reformas y adiciones, con excepción de los artículos 16, 21, 25 y 90 Bis, mismos que estuvieron vigentes hasta el día treinta y uno de diciembre de dos mil siete.

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República, y se aplica a las Dependencias, Entidades, Trabajadores al servicio civil, Pensionados y Familiares Derechohabientes, de:

I. La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto;

II. Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los Trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación;

III. El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal;

IV. La Procuraduría General de la República;

V. Los órganos jurisdiccionales autónomos;

VI. Los órganos con autonomía por disposición constitucional;

VII. El Gobierno del Distrito Federal, sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus Dependencias y Entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados, y el órgano judicial del Distrito Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y

VIII. Los gobiernos de las demás Entidades Federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales, y sus Trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de esta Ley.

La seguridad social de los Trabajadores regulada por la ley del ISSSTE comprende dos tipos de regímenes: El régimen obligatorio, y el régimen voluntario.

Con carácter obligatorio se encuentran los siguientes seguros:

I. De salud, que comprende:

- a) Atención médica preventiva;
- b) Atención médica curativa y de maternidad, y
- c) Rehabilitación física y mental;

II. De riesgos del trabajo;

III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y

IV. De invalidez y vida.

Por otro lado, se establecen con carácter obligatorio las siguientes prestaciones y servicios:

I. Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos;

II. Préstamos personales:

- a) Ordinarios;
- b) Especiales;
- c) Para adquisición de bienes de consumo duradero, y
- d) Extraordinarios para damnificados por desastres naturales;

III. Servicios sociales, consistentes en:

- a) Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar;
- b) Servicios turísticos;
- c) Servicios funerarios, y
- d) Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil;

IV. Servicios culturales, consistentes en:

- a) Programas culturales;
- b) Programas educativos y de capacitación;
- c) Atención a jubilados, Pensionados y discapacitados, y
- d) Programas de fomento deportivo.

La administración de los seguros, prestaciones y servicios, así como la del Fondo de la Vivienda, del PENSIONISSSTE, de sus delegaciones y de sus demás órganos desconcentrados, están a cargo del organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, denominado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. El Instituto tiene como objeto contribuir al bienestar de los Trabajadores, Pensionados y Familiares Derechohabientes (artículo 5).

La nueva ley se inspira en el modelo del IMSS, que a su vez partió del modelo chileno de pensiones:²⁸ una cuenta individual propiedad de cada trabajador, que posibilita la migración entre el sector público y privado, reconociendo el ISSSTE los años de servicio de un trabajador del sector privado (artículo 97).

La ley agrupa a los seguros, aunque el tema de mayor repercusión social tuvo que ver con la creación de cuentas individuales:²⁹ una cuenta individual propiedad de cada trabajador, que posibilita la migración entre el sector público y privado, reconociendo el ISSSTE los años de servicio de un trabajador del sector privado (artículo 97).

²⁸ Los fondos de pensión se inscriben en una crisis de los modelos de financiamiento de la seguridad social fundada en la solidaridad intergeneracional; en una modificación estructural que tiene que ver particularmente con la privatización de empresas públicas, la reducción del gasto y el incremento del déficit público; así como un intento de reconstrucción y fomento del ahorro interno y de revitalizar del mercado nacional de capitales. Ver. Sánchez-Castañeda, Alfredo, "Fondos de pensión", en Enciclopedia Jurídica Mexicana.

Los fondos de pensiones, Raúl, "Analyse d'un régime national de retraite privé: le cas du Chili. Commentaires", *Revue Internationale du Travail*, Ginebra, vol. 132, n. 3; Gillon, Colin y Bonilla, Alejandro, "Analyse d'un régime national de retraite privé: le cas du Chili", *Revue Internationale du Travail*, vol. 131, n. 2, 1992, y Ruiz Tagle, Jaime, "La evolución del nuevo sistema de pensiones en Chile", *Estudios del Trabajo (Argentina)*, n. 7, 1994.

²⁹ Los fondos de pensión se inscriben en una crisis de los modelos de financiamiento de la seguridad social fundada en la solidaridad intergeneracional; en una modificación estructural que tiene que ver particularmente con la privatización de empresas públicas, la reducción del gasto y el incremento del déficit público; así como un intento de reconstrucción y fomento del ahorro interno y de revitalizar del mercado nacional de capitales. Ver. Sánchez-Castañeda, Alfredo, "Fondos de pensión", en Enciclopedia Jurídica Mexicana.

Los fondos de pensiones, Raúl, "Analyse d'un régime national de retraite privé: le cas du Chili. Commentaires", *Revue Internationale du Travail*, Ginebra, vol. 132, n. 3; Gillon, Colin y Bonilla, Alejandro, "Analyse d'un régime national de retraite privé: le cas du Chili", *Revue Internationale du Travail*, vol. 131, n. 2, 1992, y Ruiz Tagle, Jaime, "La evolución del nuevo sistema de pensiones en Chile", *Estudios del Trabajo (Argentina)*, n. 7, 1994.

3. *Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas*

La fracción XIII del apartado B del artículo 123 constitucional establece las bases para la creación de la seguridad social de las Fuerzas Armadas Mexicanas al establecer que: “Los militares, marinos...se regirán por sus propias leyes. El Estado proporcionará a los miembros en e activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, las prestaciones a las que se refiere el inciso f) de la fracción XI de este apartado, en términos similares y a través del organismo encargado de la seguridad social de los componentes de dichas instituciones.” Sin embargo, la historia de la seguridad social para las fuerzas armadas tiene una larga historia.

El 16 de octubre de 1829 se aprobó el Reglamento General de la Gran Casa Nacional de Inválidos establecida en México por. Vicente Guerrero. En este documento se establecían las reglas para el funcionamiento de dicha casa y las condiciones para el otorgamiento del beneficio. “... servirá de asilo á los militares beneméritos ó particulares que por servicios calificados a la patria, hayan sacrificado una parte de su existencia en el campo del honor, ó en comisiones peligrosas de sumo interes á la patria, que se le hubiesen confiado y calificase tales el supremo gobierno...”

En 1925 se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual otorgaba a todos los prestadores de servicios del estado los beneficios de seguridad social.

En 1926 se expidió la “Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y la Armada Nacionales”. La cual fue reformada en 1939 para aumentar sus beneficios. En 1953 aparece la Ley del Seguro de Vida Militar.

En 1936 se emite el Decreto que crea el Fondo de Ahorro del Ejército, así como su Reglamento.

En 1955 El Congreso de la Unión aprobó un decreto del Ejecutivo Federal por medio del cual se reforma la Ley de Retiros y Pensiones Militares, y se crea la Dirección de Pensiones Militares, entidad con personalidad jurídica y patrimonio propio y con ubicación en la Ciudad de México, algunos de sus objetivos primordiales eran el manejo de pensiones, compensaciones y haberes de retiro.

En 1961 se emite la “Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas” mediante la cual se abroga la Ley de Seguro de Vida Militar. En 1976 entra en vigor la “Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, abrogando la “Ley de Retiros y Pensiones Militares”, de 30 de diciembre de 1955, el decreto que creó la “Dirección de Pensiones Militares”, de 26 de diciembre de 1955, la “Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas” de 30 de diciembre de 1961, y se derogan todas las disposiciones que se opongan a dicha ley.

En 1995, por acuerdo Presidencial se cran nuevos beneficios del Seguro Colectivo de Retiro para militares que soliciten su retiro, se encuentren inutilizados en actos fuera del servicio en primera o segunda categoría o fallezcan en actos fuera del servicio y hayan cumplido 20 o más años de servicios prestados; los que se inutilicen en actos dentro del servicio o como consecuencia de ellos en primera o segunda categoría, los beneficiarios de los militares que fallezcan en actos dentro del servicio en ambos casos, sin tomar en cuenta los años de servicios prestados

En el año del 2003 con la finalidad de continuar asegurando el bienestar de la Familia Militar, con fecha 9 de agosto, entró en vigor la Nueva Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, la cual fue objeto de reforma por última vez en el año de 2006.

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en la Ciudad de México (artículo primero).

Las funciones del Instituto son (artículo segundo):

I. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la presente Ley le encomienda;

II. Administrar su patrimonio exclusivamente para el fin señalado en la presente Ley;

III. Administrar los fondos que reciba con un destino específico, aplicándolos a los fines previstos;

IV. Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para:

a) La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen de condominio;

b) La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones, y

c) El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.

V. Coordinar y financiar con recursos del Fondo de la Vivienda programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada;

VI. Adquirir todos los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus cometidos;

VII. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de esta Ley;

VIII. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio;

IX. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas;

X. Expedir el estatuto orgánico, manuales, normas y procedimientos interiores para la debida prestación de los servicios y para su organización interna;

XI. Difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social, y

XII. Las demás que le confieren las leyes y reglamentos.

No obstante, la existencia de población no derechohabiente y de amplios sectores de la población que requería una atención médica en salud así como de diferentes necesidades sociales, dieron lugar al desarrollo de la protección social, en nuestro país, y en ese sentido al inicio de un modelo dual o mixto para atender las contingencias sociales de la población (**B**).

B. *El desarrollo de una protección social*

Es importante señalar que en el caso de México, la protección social se ha desarrollado de una manera particular, ya que esta primero apareció “dentro de la seguridad social”, siendo que normalmente la protección social es la que contempla a la seguridad social. Dicha evolución ha desembocado en una protección social manifestada en tres etapas: La protección social “dentro” de la seguridad social (1), la protección social a través del sistema nacional y los sistemas estatales de salud (2), y a través de la emergencia de una pluralidad de mecanismos de protección social (3).

1. *La protección social “dentro” de la seguridad social*

El inicio de la protección social, en nuestro país, tal y como lo comentamos anteriormente, encuentra sus bases en el artículo 123 f. XXIX, el cual señala que: “...La ley debe contemplar seguros encaminados a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y familiares.” Como una derivación de dicho mandato, comenzaron a aparecer, dentro de una institución de seguros sociales, el IMSS, mecanismos para incorporar a la población no asalariada o en condiciones de pobreza: la incorporación voluntaria (a), la incorporación de estudiantes de educación media y superior (b), el seguro de salud para la familia (c), Trabajadores mexicanos que se encuentren en el extranjero (d) e IMSS-Oportunidades (e).

a. *La incorporación voluntaria*

Voluntariamente pueden ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio:

- I. Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;
- II. Los trabajadores domésticos;
- III. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios;
- IV. Los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y
- V. Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Mediante convenio con el Instituto se establecerán las modalidades y fechas de incorporación al régimen obligatorio, de los sujetos de aseguramiento comprendidos en este artículo. Dichos convenios deberán sujetarse al reglamento que al efecto expida el Ejecutivo Federal.

Mediante convenio con el Instituto se establecen las modalidades y fechas de incorporación al régimen obligatorio. En los convenios se debe establecer:

- I. La fecha de inicio de la prestación de los servicios y los sujetos de aseguramiento que comprende;
- II. La vigencia;

- III. Las prestaciones que se otorgarán;
- IV. Las cuotas a cargo de los asegurados y demás sujetos obligados;
- V. La contribución a cargo del Gobierno Federal, cuando en su caso proceda;
- VI. Los procedimientos de inscripción y los de cobro de las cuotas, y
- VII. Las demás modalidades que se requieran conforme a esta Ley y sus reglamentos.

A partir de la incorporación voluntaria, se han desarrollado otros medios de incorporación al IMSS, entre los que se pueden señalar la incorporación de estudiantes de educación media superior, el seguro de salud para la familia y para los trabajadores mexicanos residentes en el extranjero.

b. Incorporación de estudiantes de educación media y superior

A las personas que se encuentran cursando algún grado en el nivel medio superior o superior dentro de las escuelas del Sistema Educativo Nacional por decreto presidencial del 10 de junio de 1987 se les incorporó al IMSS. En virtud del Acuerdo que incorpora al seguro facultativo del régimen del seguro social, a todas las personas que cursan estudios de nivel medio superior y superior en planteles públicos oficiales del sistema educativo nacional y que no cuentan con la misma o similar protección por parte de cualesquiera otra institución de seguridad social:

Artículo 1o.-En términos de los acuerdos que a tal efecto emita el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social y de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 224 de la Ley del Seguro Social, se incorporarán al seguro facultativo del régimen del seguro social, todas las personas que cursen estudios de nivel medio superior y superior en planteles públicos oficiales del sistema educativo nacional y que no cuenten con la misma o similar protección por parte de cualesquiera otra institución de seguridad social.

Artículo 2o.-El seguro facultativo que se implanta sólo otorga al estudiante asegurado derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Artículo 3o.-El estudiante asegurado tendrá derecho a las prestaciones a que se refiere el Artículo 99 de la Ley del Seguro Social, consistentes en asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

Artículo 4o.-El Gobierno Federal cubrirá en forma íntegra, por conducto de la Secretaría de Programación y Presupuesto, el monto de las cuotas para sufragar los gastos originados por el seguro que se establece, enterando bimestralmente al Instituto Mexicano del Seguro Social, las cantidades proporcionales sobre las estimadas como costo de operación anual, mediante entregas que realizará en los meses de febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre, en la inteligencia de que dentro de los tres primeros meses de cada año, se realizarán los ajustes que procedan, cubriéndose las diferencias.

Las cuotas se determinarán tomando como base el monto del salario mínimo general que haya estado vigente en el Distrito Federal durante el año calendario de que se trate y aplicando a éste el factor del 1.723% multiplicado por el número de estudiantes asegurados.

Artículo 5o.-Los planteles oficiales del sistema educativo nacional, así como las instituciones de salud y de seguridad social proporcionarán al Instituto Mexicano del Seguro Social los

informes y documentos que requiera para el cumplimiento de este Acuerdo.

Por cuanto a las instituciones educativas oficiales autónomas, el Instituto Mexicano del Seguro Social promoverá la celebración de convenios con objeto de facilitar para sus estudiantes el más pronto disfrute de los beneficios de este Acuerdo.

Artículo 6o.-Con el propósito de hacer posible la aplicación de este Acuerdo y a fin de que los estudiantes puedan acceder a los servicios que por el mismo se establecen en su favor, deberán proporcionar la información que el Instituto Mexicano del Seguro Social les requiera, ya sea en forma directa o a través de las propias instituciones educativas en que se encuentren cursando sus estudios.

El número de estudiantes que disfrutaran de los servicios en salud del IMSS es importante, ya que en el año de 2009 se tenían registrados 1263 306 estudiantes, representando el 3.7% de derechohabientes.³⁰

c. El seguro de salud para la familia

La ley del seguro social establece que todas las familias de México tienen derecho a un seguro de salud para sus integrantes, por lo que pueden celebrar con el IMSS un convenio para la prestación del seguro de enfermedades y maternidad (artículo 240). Los sujetos amparados por el seguro de salud para la familia son (artículos 84 y 241):

- I. El asegurado;
- II. El pensionado por:
 - a) Incapacidad permanente total o parcial;
 - b) Invalidez;
 - c) Cesantía en edad avanzada y vejez, y
 - d) Viudez, orfandad o ascendencia;

III. La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tiene derecho a la protección.

Del mismo derecho gozan el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y haya hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio;

IV. La esposa del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, a falta de esposa, la concubina si se reúnen los requisitos de la fracción III.

Del mismo derecho goza el esposo de la pensionada o a falta de éste el concubinario, si reúne los requisitos de la fracción III;

³⁰ Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009, indicadores básicos, en www.inegi.org.mx, consultado el 4 de octubre de 2011. Documento con nombre: Indicadores Básicos

V. Los hijos menores de dieciséis años del asegurado y de los pensionados, en los términos consignados en las fracciones anteriores;

VI. Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen o hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional;

VII. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como los de los pensionados por incapacidad permanente, en los mismos casos y condiciones establecidos en el artículo 136;

VIII. El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste, y

IX. El padre y la madre del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, si reúnen el requisito de convivencia señalado en la fracción VIII.

Los sujetos comprendidos en las fracciones III a IX, inclusive, tendrán derecho a las prestaciones respectivas si reúnen además los requisitos siguientes:

- a) Que dependan económicamente del asegurado o pensionado, y
- b) Que el asegurado tenga derecho a las prestaciones consignadas en el artículo 91 de esta Ley.

Todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al seguro de salud para la familia, incluidos los familiares y cualquier familiar adicional deben pagar anualmente la cuota establecida correspondiente, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan. Las cuotas son calculadas de acuerdo a la siguiente tabla, la cual es actualizada en febrero de cada año de acuerdo al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor del año calendario anterior.

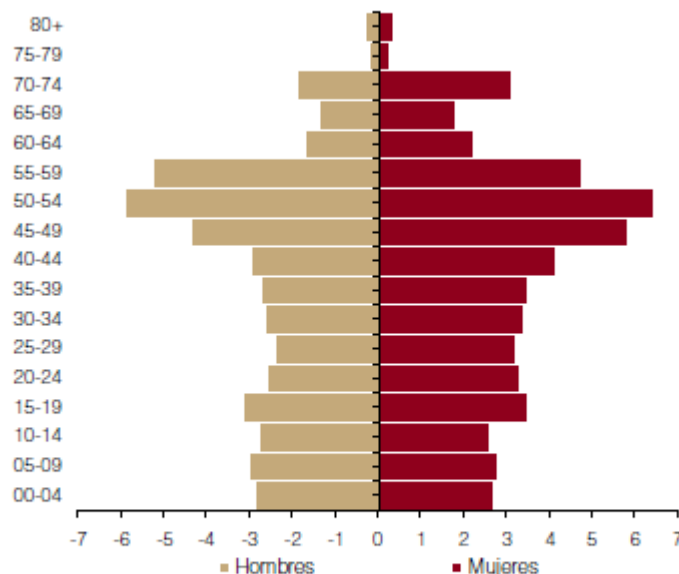
El Estado, independientemente del tamaño de la familia, cubre mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general para el Distrito Federal, cantidad se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Los seguros de salud para la familia se organizan en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separadas de la correspondiente a los seguros obligatorios, en las cifras consolidadas.

El número promedio de personas que se han afiliado al SSFAM, durante los últimos cinco años varía en un rango de 334 a 371 mil asegurados, con una clara tendencia creciente. La tasa de crecimiento promedio durante el período fue del 2.7 por ciento anual. De los 371 mil asegurados del SSFAM que se registraron en 2009, el 45.9 por ciento fueron hombres, mientras que el 54.1 por ciento lo integraron mujeres. En el caso de las mujeres los grupos de edad que tienen mayor participación son los de 40 a 59 años, que en conjunto acumulan al 39.2 por ciento de las aseguradas; respecto a la población masculina afiliada a este seguro, se observa que sobresalen los grupos de edad de 45 a 59 años, los cuales concentran al 33.8 por ciento de esta población.³¹

³¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009, pp. 94-95

Distribución Promedio de los Asegurados del SSFAM por Grupo de Edad



Fuente: Estimación de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales con base en información del número de asegurados de la modalidad 33 por grupo de edad y sexo, de 2005 a 2008, proporcionada por la Coordinación de Afiliación del IMSS.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009.

El SSFAM, que constituye la figura central del régimen voluntario del IMSS. Desde el año 2001 a venido registrando resultados deficitarios.³² Los ingresos del SSFAM en el 2009 fueron de 2,004 millones de pesos y los gastos totales ascendieron a 25,293 millones de pesos, que corresponden a 1,262.1 por ciento del total de ingresos. Como resultado se tuvo un déficit de 23,290 millones de pesos. Se estima que para el 2010 los ingresos asciendan a 1,507 millones de pesos y los gastos totales se calculan en 11,545 millones de pesos, que representan 766.1 por ciento respecto a los ingresos, por lo que se tendrá un déficit de 10,038 millones de pesos. Los escenarios para 2011 y 2012 consideran ingresos de 1,597 y 1,701 millones de pesos en cada año. Los gastos se proyectan en 11,990 y 12,766 millones de pesos, con un déficit en ambos años de 10,393 y 11,065 millones de pesos, respectivamente³³

Entre las posibles causas del desequilibrio financiero del seguro destacan las siguientes: i) el otorgamiento de servicios médicos sin restricciones de tiempo y forma, excepto para afiliados de primera vez; ii) la afiliación en el SSFAM de personas aseguradas en el esquema de continuación voluntaria, que podrían tener alguna(s) enfermedad(es) preexistente(s), y a las que por su carácter afiliatorio no se les puede aplicar el período de espera para otorgarles la atención; iii) el fenómeno de selección adversa, originado por el carácter de aseguramiento voluntario del SSFAM, mediante el cual quedan amparadas por este seguro personas de mayores riesgos y costos, y que tienen la necesidad de hacer uso inmediato de los servicios médicos ofrecidos, y que en

³² Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009, p. 95.

³³ Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009, pp. 24-25.

consecuencia están dispuestas a pagar una cuota para garantizar su atención; y iv) la insuficiencia de las cuotas que se cobran a los afiliados para cubrir los gastos del seguro.³⁴

**Proyección del Monto de las Aportaciones de los Asegurados del SSFAM,
Aplicando las Cuotas Anuales Vigentes y las Cuotas Necesarias para
Obtener Equilibrio Financiero en el Seguro Durante el Periodo 2010 - 2025
(millones de pesos de 2009)**

Año	Asegurados	Aportación del Gobierno Federal	Gasto estimado	Sin Incremento		Con Incremento	
				Ingresos por cuotas	Resultado Financiero	Ingresos por cuotas	Resultado Financiero
2,010	377,565	1,135	6,219	724	-4,360	5,945	861
2,011	384,112	1,154	6,508	741	-4,613	6,081	727
2,012	390,667	1,174	6,821	757	-4,890	6,218	570
2,013	397,193	1,193	7,054	774	-5,086	6,355	495
2,014	403,664	1,213	7,313	791	-5,310	6,494	393
2,015	410,045	1,232	7,580	808	-5,541	6,632	284
2,016	416,322	1,251	7,864	824	-5,788	6,770	157
2,017	422,479	1,269	8,163	841	-6,052	6,908	14
2,018	428,505	1,288	8,476	858	-6,330	7,044	-144
2,019	434,406	1,305	8,792	874	-6,612	7,180	-306
2,020	440,215	1,323	9,097	891	-6,883	7,316	-458
2,021	445,941	1,340	9,386	907	-7,139	7,452	-595
2,022	451,547	1,357	9,662	924	-7,381	7,587	-719
2,023	457,027	1,373	9,924	940	-7,611	7,721	-830
2,024	462,377	1,389	10,175	956	-7,829	7,854	-932
2,025	467,593	1,405	10,421	973	-8,043	7,986	-1,030
Valor presente neto^{VI}		15,823	100,676	10,463	-72,990	85,916	0

^{VI} Tasa de descuento igual a 3.5 por ciento.

Fuente: Asegurados del SSFAM vigentes a 2008; Ley del Seguro Social y estimaciones de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales.

El Informe Financiero y Actuarial des IMMS señala que es urgente revisar el nivel y la estructura de las cuotas que se cobran en este Seguro, pues es notoria la insuficiencia de los ingresos. Con base en la proyección de la población que estaría afiliada al SSFAM y al monto del gasto estimado para este seguro en el Modelo Financiero y Actuarial del IMSS, para los años de 2010 a 2025, se estimó que el incremento real necesario en las aportaciones por edad de los asegurados para asegurar el equilibrio financiero del seguro en el periodo, sería de 721 por ciento.³⁵

**Cuotas Anuales 2009 y Estimación de Cuotas Necesarias
para Obtener Equilibrio Financiero en el SSFAM, 2010 - 2025**

Grupo de edad	Cuotas		Incremento	
	Vigentes	Necesarias	Absoluto	Relativo
0 a 19	1,222	10,030	8,809	721.1%
20 a 39	1,428	11,722	10,295	721.1%
40 a 59	2,134	17,521	15,388	721.1%
60 y más	3,211	26,367	23,156	721.1%

Fuente: Estimaciones de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009.

³⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009, p. 97.

³⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009, p.102

d. Trabajadores mexicanos que se encuentren en el extranjero

El IMSS puede celebrar también convenios para la prestación del seguro de enfermedades y maternidad con los trabajadores mexicanos que se encuentren en el extranjero, a fin de proteger a sus familiares residentes en el territorio nacional y a ellos mismos cuando se encuentren en el país. En este caso, los asegurados deben cubrir íntegramente la prima establecida para el seguro cubrirán íntegramente la prima establecida para el seguro de salud para la familia (artículo 243 de la ley del seguro social).

e. IMSS-Oportunidades.

IMSS-Oportunidades³⁶ es un Programa del Ejecutivo Federal, administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que promueve el derecho a la salud y el bienestar individual y colectivo de los mexicanos que carecen de acceso a los Servicios de Seguridad Social.

IMSS-Oportunidades opera con recursos del Gobierno Federal, siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social el administrador del Programa. El IMSS emplea su estructura institucional a fin de distribuir lo necesario para el mantenimiento de la infraestructura y la operación de los servicios de salud que IMSS-Oportunidades otorga. Asimismo, de manera coordinada con la Unidad IMSS-Oportunidades, realiza el seguimiento y evaluación del Programa.

A nivel estatal, y bajo la Coordinación de la Unidad IMSS-Oportunidades, las Delegaciones del IMSS son las responsables de otorgar atención a la salud de la población beneficiaria, así como de la operación de los aspectos específicos del Programa IMSS-Oportunidades, con base en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS).

IMSS-Oportunidades privilegia la participación de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de salud y para ello propicia la existencia de una organización comunitaria que participa en la promoción de la salud, a través de una estrategia de comunicación educativa. Asimismo, favorece la vinculación de la medicina institucional con la medicina tradicional mexicana.

A lo largo de 32 años de labor, se señala, el Programa ha establecido una red de servicios de salud que beneficia a más de 10.4 millones de mexicanos que carecen de seguridad social – entre ellos 3.4 millones de indígenas– en zonas rurales y urbano marginadas de 19 estados el ámbito rural y 26 entidades en lo urbano de la República Mexicana. Además, articula sus acciones al Programa Desarrollo Humano Oportunidades, al otorgar el componente de salud a las familias beneficiarias del mismo.³⁷

³⁶ ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011. Miércoles 29 de diciembre de 2010 DIARIO OFICIAL

³⁷ El origen del Programa IMSS-Oportunidades se remonta a 1973 cuando se modifica la Ley del Seguro Social y se faculta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación. En consecuencia, en 1974 se implementa el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En 1977, el gobierno crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), como parte de una política para abatir la marginación. En 1979 se aprovecha la experiencia adquirida por el IMSS al integrar sus servicios a Coplamar, por lo que surge el Programa IMSS-Coplamar con el fin de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional. El 20 de abril de 1983, por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación, desaparece COPLAMAR y se establece que el Programa IMSS-Coplamar esté administrado en su totalidad por el IMSS. Por

2. *La protección social a través de los sistemas nacionales y los sistemas estatales de atención social*

Varios han sido los mecanismos de protección social creados: el Sistema nacional de salud (a), el sistema nacional de asistencia social (b), el Sistema nacional de desarrollo social (c), y los sistemas estatales de atención social (d).

a. *El Sistema Nacional de Salud*

La Ley General de Salud reglamenta del párrafo tercero del artículo 4º. Constitucional, en su artículo 5º se refiere al Sistema Nacional de Salud, coordinado por la Secretaría de Salud. El Sistema Nacional de Salud “está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.”

El artículo 6º de la Ley en comento se refiere a los fines del Sistema Nacional de Salud: proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas; colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social; impulsar el desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez; así como apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

lo tanto, se conforma el Comité de Operación del Programa IMSS-Coplamar, órgano responsable de evaluar sistemáticamente la operación del Programa y de cooperar con otras dependencias de la Administración Pública Federal vinculadas al desarrollo rural y con las principales organizaciones indígenas y campesinas del país. En marzo de 1984, se descentralizan los servicios de salud y se transfieren 911 unidades médicas rurales y 23 hospitales rurales a los gobiernos de 14 estados de la República. De tal forma, la operación del Programa IMSS-Coplamar se reduce a 17 estados: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. A partir de 1989, en estos estados donde permaneció vigente, se amplió la infraestructura del Programa IMSS-Coplamar y cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad. En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) con la finalidad de afrontar importantes rezagos del medio rural, en materia de salud, educación y principalmente desnutrición. El 6 de marzo de 2002, como parte de la política social del Gobierno Federal para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró al PROGRESA como Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). En este contexto, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del PDHO. En 2010 el Programa IMSS-Oportunidades cumple 31 años de trayectoria. Cada uno de estos años ha servido para consolidarse como una red de servicios médicos en el ámbito rural, y para reafirmar el compromiso que tiene el Programa para que las familias sin seguridad social puedan Vivir Mejor. Información de: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/introducc.htm> Consultado el 6 de octubre de 2011.

b. El Sistema Nacional de Asistencia Social

La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social³⁸ establece los principios generales del Sistema Nacional de Asistencia Social, buscando proteger a las familias desprotegidas y particularmente a los menores de edad, a las personas de edad avanzada, así como a los indigentes.

El sistema nacional está encargado también de coordinar los hospitales que se encuentran en los estados y municipios de la Federación. Se encarga igualmente de administrar los programas de asistencia para las personas de edad avanzada, los discapacitados y la población más pobre.

La ley señala que son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social preferentemente los siguientes:

- ❖ Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos al maltrato;
- ❖ Menores infractores;
- ❖ Alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia;
- ❖ Mujeres en período de gestación o lactancia;
- ❖ Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato;:
- ❖ Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro-musculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje y otras deficiencias;
- ❖ Indigentes;
- ❖ Personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales;
- ❖ Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono;
- ❖ Familiares que dependen económicamente de quienes se encuentren detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono;
- ❖ Habitantes del medio rural o del urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia, y
- ❖ Personas afectadas por desastres.

c. El Sistema Nacional de Desarrollo Social

La Ley General de Desarrollo Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero de 2004 constituye otro instrumento del Estado que busca garantizar el ejercicio de los derechos sociales. La Ley es de orden público e interés social y de observancia general en todo el territorio nacional, y tiene por objeto: Garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social.

³⁸ Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social . **ARTICULO 3o.-** Para los efectos de esta ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

La Ley General de Desarrollo Social en su artículo 14 señala que la Política Nacional de Desarrollo Social debe incluir, cuando menos, las siguientes vertientes:

- ❖ Superación de la pobreza a través de la educación, la salud, la alimentación, la generación de empleo e ingreso, autoempleo y capacitación;
- ❖ Seguridad social y programas asistenciales;
- ❖ Desarrollo Regional;
- ❖ Infraestructura social básica, y
- ❖ Fomento del sector social de la economía.

Como se puede apreciar, en el artículo 14 de la Ley General de Desarrollo Social aparece una referencia directa a la seguridad social, que dicho sea de paso, no define que entienda por la misma.

El artículo 38 de la Ley en comento señala que el Sistema Nacional es un mecanismo permanente de concurrencia, colaboración, coordinación y concertación de los gobiernos; federal, los de las entidades federativas y los municipales, así como los sectores social y privado, que tiene por objeto:

- ❖ Integrar la participación de los sectores público, social y privado en el cumplimiento de los objetivos, estrategias y prioridades de la Política Nacional de Desarrollo Social;
- ❖ Establecer la colaboración entre las dependencias y entidades federales en la formulación, ejecución e instrumentación de programas, acciones e inversiones en materia de desarrollo social;
- ❖ Promover la concurrencia, vinculación y congruencia de los programas, acciones e inversiones de los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, con los objetivos, estrategias y prioridades de la Política Nacional de Desarrollo Social;
- ❖ Fomentar la participación de las personas, familias y organizaciones y, en general, de los sectores social y privado en el desarrollo social;
- ❖ Coordinar las acciones orientadas a la consecución de los objetivos, estrategias y prioridades de la Política Nacional de Desarrollo Social, e
- ❖ Impulsar la desconcentración y descentralización de los recursos y acciones para el desarrollo social, la rendición de cuentas y el fortalecimiento del pacto federal.

d. Los sistemas estatales de atención social.

La población abierta satisface también sus necesidades de asistencia médica, maternidad y enfermedades no profesionales a través de los servicios de salud estatales destinados a la población no asegurada. Los cuales, pueden desarrollarse a través de servicios otorgados por el seguro popular o a través de programas específicos de las entidades federativas, como es el caso del D.F, de las familias beneficiadas por el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos. En el caso del seguro popular se contabilizan 821,897 personas beneficiadas. Las cuales han recibido

429,960 consultas, 361,469 vacunas, 223,560 estudios de laboratorio, 16,667 rayos “X” y 70, 403 acciones preventivas.³⁹

En lo que respecta a las familias beneficiadas y servicios otorgados por la Secretaría de Salud del D.F. en el Programa de Servicios Médicos y medicamentos Gratuitos, se tiene un padrón de 2, 994, 724 personas. Las cuales recibieron 2, 944, 915 consultas externas, 3, 358, 573 estudios de laboratorio y 156, 190 estudios de rayos “X”.⁴⁰

En el año de 20110 el D.F. en materia de prestación de servicios de salud tiene registradas 4, 559, 979 consultas externas, 645,078 ingresos de urgencias y 80, 848 intervenciones quirúrgicas.⁴¹

El Distrito federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) cuenta con 36 hospitales (uno de especialidades, 11 generales, 10 pediátricos, 8 materno infantiles, 1 de especialidades toxicológicas y 5 en reclusorio). Además cuenta con 344 unidades de consulta externa 8205 centros de salud, 13 clínicas de especialidad, 8 medibuses, , 10 caravanas de salud, 32 unidades de especialidades medicas que funcionan como centros de atención para adicciones, 2 unidades de especialidades medicas para enfermedades crónicas –sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus-, así como 68 unidades en agencias de ministerio público). Las cuales son atendidas por 23, 239 personas, de los cuales 6,665 son médicos, 7,011 enfermeras, 1330 encargados de servicios de diagnóstico y tratamiento, 2,126 profesionistas de otra naturaleza, 3,889 trabajadores administrativos y 2,228 trabajadores clasificado como otro personal.⁴²

En el DF, también destaca el Programa de Seguro de Desempleo del Distrito Federal es un sistema de protección que se traduce en un beneficio económico mensual equivalente a 30 días de salario mínimo vigente en el Distrito Federal. El programa se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 3 de octubre de 2007 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. El Programa está a cargo de la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo del Distrito Federal.⁴³ Existe también en el Distrito Federal desde el año 2003 una pensión de asistencia social consistente en apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos para la gente mayor de 70 años que radica en la Ciudad de México.

A un lado de los sistemas nacionales o estatales de salud, asistencia social, desarrollo social, han aparecido otros mecanismos de protección social, que por su amplitud o recursos económicos han superado, quizás, a los anteriores sistemas de vocación nacional (3).

³⁹ Agenda Estadística 2010, Secretaria de Salud del D.F.

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html Consultado el 7 de octubre de 2011.

⁴⁰ Agenda Estadística 2010, Secretaria de Salud del D.F.

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html Consultado el 7 de octubre de 2011.

⁴¹ Agenda Estadística 2010, Secretaria de Salud del D.F.

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html Consultado el 7 de octubre de 2011.

⁴² Agenda Estadística 2010, Secretaria de Salud del D.F.

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html Consultado el 7 de octubre de 2011.

⁴³ http://www.df.gob.mx/wb/gdf/seguro_de_desempl

3. *La emergencia de una pluralidad de mecanismos de protección social*

Los esquemas de protección social han partido del derecho a la protección en salud, establecido en el artículo 4º constitucional. El cual aparece con la reforma constitucional del 2 de diciembre de 1982. El artículo 4º en su párrafo tercer o establece que: "...toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución."

La regulación constitucional que aparece en el párrafo tercero del artículo 4º. Es fundamental porque ya no liga el derecho de atención a la salud con la calidad de trabajador asalariado, sino que se extiende a "toda persona". Independientemente de que sea trabajador o no.

De suerte, que la protección a los trabajadores no asalariados y otros sectores iniciada bajo el amparo del artículo 123 constitucional, Apartado "A" fracción XXIX; ha sido continuada o establecida con claridad, en lo que respecta al derecho a la salud, para "toda persona", gracias a la reforma de 1982 al artículo 4º, constitucional.

Así, al lado de los sistemas nacionales y estatales de atención social, podemos encontrar el sistema de protección social en salud –seguro popular- (a), el seguro médico para una nueva generación (b), el programa de desarrollo humano Oportunidades y el programa de apoyo alimentario (c) y, el programa 70 y más (d).

a. *El sistema de protección social en salud: seguro popular*

Según el registro del censo de población y vivienda 2000 el 57.8 por ciento del total de la población del país no está asegurada por alguna institución de seguridad social, por lo cual en la mayoría de los casos posterga e incluso deja de atenderse por el alto costo que el tratamiento involucra y el limitado patrimonio del que disponen.⁴⁴

A partir del 2002, el Gobierno instrumenta para enfrentar el reto establecido en el Plan Nacional de Salud 2001-2006,⁴⁵ en coordinación con los Gobiernos Estatales, el Seguro Popular de Salud. La reforma a la Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento, publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, que dan origen al Sistema de Protección Social en Salud, para otorgar los beneficios de la protección financiera en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social.

El artículo 77 bis 3 de la LGS establece que las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozan de las acciones de protección en salud.

La reforma establece los lineamientos para incorporar gradualmente a todos los mexicanos que por su situación social o laboral no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Se establece que su aplicación será competencia de la Secretaría de Salud, de los

⁴⁴ Cf. *Financiamiento justo y protección social universal. La Reforma estructural del sistema de salud en México*. Secretaría de Salud, México, 2004, pp.7-13

⁴⁵ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de septiembre de 2001.

Servicios Estatales de Salud, en términos de la Ley General de Salud y acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

La unidad de protección es el núcleo familiar, el cual puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras (art. 77 bis 4 LGS):

- I.** Por los cónyuges;
- II.** Por la concubina y el concubinario;
- III.** Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y
- IV.** Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.

Se consideran integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes.

Gozan de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:

- I.** Ser residentes en el territorio nacional;
- II.** No ser derechohabientes de la seguridad social;
- III.** Contar con Clave Única de Registro de Población;
- IV.** Cubran las cuotas familiares correspondientes,
- V.** Cumplan con las obligaciones establecidas en la materia.

La Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal, deben promover las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes (artículo 77 bis 9 LGS):

- I.** Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;
- II.** Aplicación de exámenes preventivos;
- III.** Programación de citas para consultas;
- IV.** Atención personalizada;
- V.** Integración de expedientes clínicos;
- VI.** Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;

VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y

VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

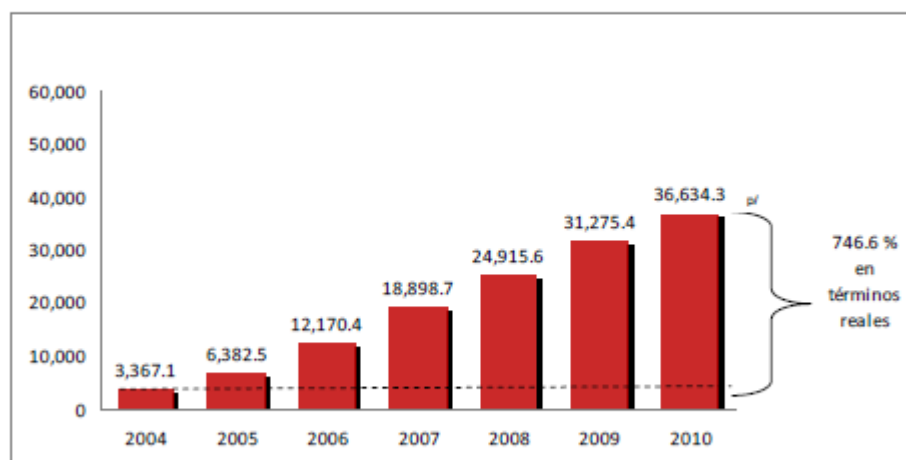
Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deben proveer de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados, sin exigir cuotas distintas a las establecidas en la LGS, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones. Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deben destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica (artículo 77 b 10).

El Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el índice Nacional de Precios al Consumidor. La aportación se entrega a los estados y al Distrito Federal. Además, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectúan aportaciones solidarias por persona beneficiaria conforme a los siguientes criterios (art. 77 bis 12 LGS):

I. Una aportación mínima de los estados y del Distrito Federal por persona es equivalente a la mitad de la cuota social cubierta por el Gobierno federal, y

II. Una aportación solidaria por parte del Gobierno Federal. Dicha aportación debe representar al menos una y media veces el monto de la cuota social.

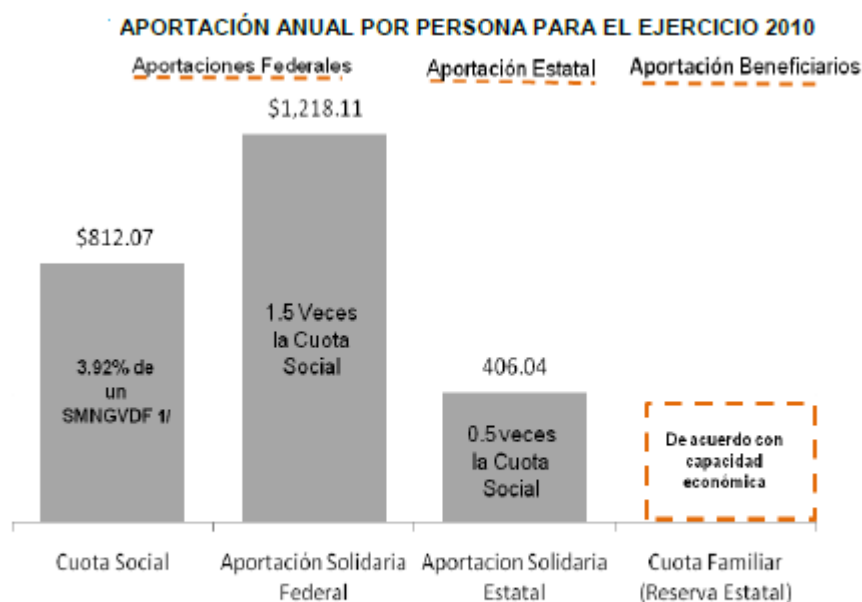
RECURSOS FEDERALES TRANSFERIDOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, 2004-2010 ^{1/}
(Millones de Pesos)



^{1/} Recursos transferidos por Cuota Social y Aportación Solidaria Federal.
^{pl} Cifras preliminares.
Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

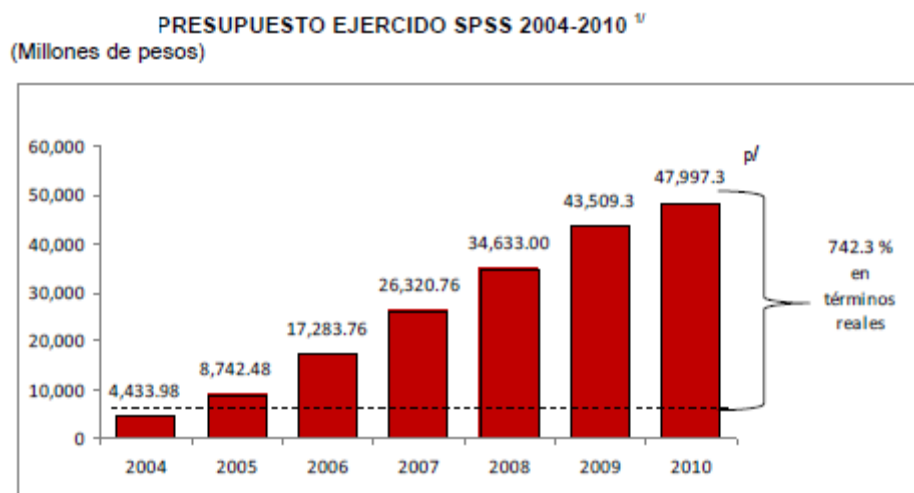
Su financiamiento es fundamentalmente público, mediante subsidio y complementado con una contribución menor de los asegurados, así como por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. La participación es de la siguiente manera:

- 1) Una contribución del Estado (cuota social) idéntica a la del IMSS y el ISSSTE.
- 2) Una aportación solidaria equivalente a la cuota patronal, pero que será cubierta por el gobierno federal y los estatales.
- 3) Finalmente hay una aportación familiar, proporcional a las capacidades de pago de cada familia, y dicha aportación puede llegar a ser cero en caso de familias muy pobres.



^{1/} SMNGVDF: Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal de 2009 actualizado en enero de 2010 con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.
Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

De la cuota social y de las aportaciones solidarias la Secretaría de Salud canaliza anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido. De la cuota social y de las aportaciones solidarias la Secretaría de Salud canaliza anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios (artículo 77 bis 17 y 77 bis 18 LFG).



1/ Incluye recursos para el Seguro Popular, Operación de la CNPSS y Otras Acciones.
p/ Cifras preliminares.
Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Los recursos ejercidos del SPSS para los años del periodo 2004 a 2010, se integraron de la forma siguiente:

PRESUPUESTO EJERCIDO DEL SPSS, 2004-2010
(Millones de pesos)

Concepto	Ejercicios							Variaciones % ^{1/}	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ^{2/}	2004	2009
Total a) + b) + c)	4,433.9	8,742.4	17,283.8	26,320.8	34,633.0	43,509.3	47,997.3	742.3	5.7
a) Seguro Popular	4,315.3	7,968.7	16,100.1	25,443.9	32,685.6	40,979.2	47,210.5	751.3	10.3
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal	3,367.1	6,362.5	12,170.4	18,898.7	24,915.6	31,275.4	36,634.3	746.6	12.2
Asignación compensatoria ^{2/}	-	-	-	-	-	-	559.7	N.A.	N.A.
Fondo de Previsión Presupuestal	232.5	514.0	1,044.3	1,512.3	2,078.2	2,646.5	2,731.8	814.3	-1.1
Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos	620.0	969.6	2,885.4	5,032.9	5,691.8	7,057.3	7,284.7	814.3	-1.1
Gasto de Operación para REPSS	95.7	122.6	-	-	-	-	-	N.A.	N.A.
b) Operación CNPSS	118.6	294.0	598.3	382.2	476.2	553.0	786.8	416.2	36.3
c) Otras acciones	0.0	459.7	585.4	494.7	1,471.2	1,977.1	N.A.	N.A.	N.A.
Relación Porcentual (c/total)	0.0	5.3	3.4	1.9	4.2	4.6	N.A.	N.A.	N.A.

p/ Cifras preliminares.
^{1/} Variación real calculada con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.
^{2/} Asignación compensatoria, por única vez, para diferencias efectivas por cambio en el esquema de financiamiento, conforme a las previsiones máximas establecidas en el transitorio Décimo Octavo del PEF 2010.
N.A. = No aplica.
Fuente: 2004-2009, Cierre para Cuenta Pública; 2010, otras preliminares al cierre del ejercicio.

Actualmente los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud⁴⁶ es de 18,910,718 personas. De los cuales son titulares 6,473, 437 personas y beneficiarios⁴⁷ 12,389, 344 personas.

⁴⁶ Comprende a los afiliados al Sistema de protección Social en salud (seguro Popular y seguro Médico para una nueva Generación. 5. Precisiones estadísticas nacionales de los indicadores básicos de seguridad social, ocupación y empleo. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009, indicadores básicos*, en www.inegi.org.mx, consultado el 4 de octubre de 2011.

El número de personas beneficiarias, prácticamente es la mitad del número de personas beneficiarias en el IMSS: 34,545,220, personas; de las cuales 12,426,147 son trabajadores o asegurado titular (incluye afiliados por cuenta propia) y 18,526,147 personas son beneficiarios.

b. Seguro Médico para una Nueva Generación.

El Seguro Médico para una Nueva Generación es un seguro de gastos médico voluntario, para los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 y sus familias, que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social. Entre sus objetivos se encuentran: Reducir la carga de enfermedad y discapacidad en los recién nacidos; contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida; mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal.

A partir del 01 de marzo de 2008, no se realiza cobro alguno a las familias que cuenten con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre de 2006, que se afilien o reafilien al Sistema de Protección Social en Salud, siempre y cuando derivado de la evaluación socioeconómica se ubiquen en los deciles I a VII.

En gran medida el seguro médico para una nueva generación responde a los compromisos que el país ha contraído en materia de salud en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, particularmente, la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años. Este Seguro, utiliza como vehículo financiero al Seguro Popular, y opera en un contexto de colaboración institucional.

Dada la amplia distribución de los nacimientos en todos los ámbitos del país, la atención a la salud es provista por los Servicios de Salud de las Entidades Federativas, y en las localidades donde no existan éstos, serán proporcionados por instituciones de seguridad social o servicios médicos privados, mediante la firma de los convenios correspondientes.

Los criterios normativos y mecanismos operativos del Seguro Médico para una Nueva Generación son instrumentados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

c. Programa Desarrollo Humano Oportunidades y Programa de Apoyo Alimentario

El Programa tiene como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida. Entre los objetivos específicos se encuentran:⁴⁸

⁴⁷ Incluye integrantes del núcleo familiar y otros. **5. Precisiones estadísticas nacionales de los indicadores básicos de seguridad social, ocupación y empleo.** Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009, indicadores básicos, en www.inegi.org.mx, consultado el 4 de octubre de 2011.

⁴⁸ Ver: Las reglas de operación del programa de desarrollo de oportunidades.(pdf) (http://www.oportunidades.gob.mx/htmls/Reglas_de_Operacion_2008_con_links_100308.pdf) y Programa de Desarrollo de oportunidades y los componentes del programa de adultos mayores.

- a. Mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias en situación de pobreza extrema mediante el acceso a servicios de calidad en materia de educación, salud, alimentación, y la entrega de apoyos monetarios.
- b. Integrar acciones de educación, salud y alimentación para que la continuidad escolar no se vea afectada por enfermedades o desnutrición, ni por la necesidad de realizar labores que dificulten la asistencia escolar de los niños y jóvenes.
- c. Contribuir a que los niños y jóvenes completen la Educación Básica y Media Superior mediante becas escolares crecientes, y tengan la posibilidad de continuar hacia estudios superiores.
- d. Atender la salud y nutrición durante las etapas de gestación así como en el crecimiento de niños y niñas mediante la entrega de complementos alimenticios, vigilancia médica en las unidades de salud e información para el autocuidado y la buena alimentación.
- e. Fomentar la responsabilidad y la participación activa de los padres y de todos los integrantes de la familia para mejorar su educación, salud y alimentación.
- f. Promover la participación y respaldo de los padres en el mejoramiento de la calidad de la educación y los servicios de salud para que beneficien a toda la comunidad.

El Programa opera a nivel nacional, en alrededor de 100 mil localidades, en los municipios de mayor marginación, en áreas rurales y urbanas. El Programa contempla los siguientes apoyos:

- a. Recursos para mujeres, madres de familia, para el ingreso familiar y una mejor alimentación.
- b. Becas para niños y jóvenes, a partir de tercero de primaria y hasta el último grado de educación media superior.
- c. Apoyo monetario a familias beneficiarias con hijos de 0 a 9 años para fortalecer su desarrollo.
- d. Fondo de ahorro para jóvenes que concluyen su Educación Media Superior.
- e. Apoyo para útiles escolares.
- f. Paquete de servicios médicos y sesiones educativas para la salud.
- g. Suplementos alimenticios a niños y niñas entre 6 y 23 meses, y con desnutrición entre los 2 y 5 años. También a las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- h. Apoyo adicional por cada adulto mayor integrante de las familias beneficiarias, que no reciba recursos del Programa 70 y más.
- i. Apoyo adicional para el consumo energético de cada hogar.

Al inicio del primer trimestre del ejercicio 2006, se tenía un padrón activo de cinco millones de las familias beneficiarias, al cierre del trimestre, el Programa cuenta con un padrón activo de 4 millones 980 mil 252 familias, distribuidas en 92 mil 705 localidades de 2 mil 444 municipios.

(http://www.sedesol.gob.mx/archivos/801501/File/fxv/10_Oportunidades.pdf). Consultado el 1 de febrero de 2009.

pios en las 31 entidades federativas de la República Mexicana y en el Distrito Federal; el 85.91 por ciento de las familias se ubican en localidades rurales (incluye las familias de localidades semiurbanas), y el 14.09 por ciento en localidades urbanas, atiende a 5 millones 350 mil 144 becarios y a 803 mil 023 adultos mayores. De las cuatro millones 980 mil 252 familias atendidas un millón 244 mil 441 corresponden a familias que habitan en localidades indígenas (17 mil 662 localidades).

Los montos de los apoyos monetarios y el monto máximo mensual que una familia puede recibir se actualizan de manera semestral tomando en consideración el incremento acumulado del Índice Nacional de Precios de la Canasta Básica. Lo que significa que las familias beneficiarias reciben de manera mensual:

- ❖ \$180.00 para alimentación.
- ❖ \$250.00 por cada adulto mayor de 70 años o más.
- ❖ \$915.00 como máximo para familias con hijos sólo en educación básica.
- ❖ \$1,675.00 como máximo para familias que tengan hijos en educación media superior.

Adicionalmente a partir del primer bimestre del ejercicio 2007 (corresponsabilidad del bimestre noviembre-diciembre de 2006) las familias reciben 50.00 pesos mensuales como apoyo del componente energético.

A partir de 2010, el Programa Oportunidades opera el Programa de Apoyo Alimentario (PAL). El Acuerdo que modifica las Reglas de Operación del Programa de Apoyo Alimentario, para el Ejercicio Fiscal 2010⁴⁹, señala que a través del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) se atiende a más de 5 millones de familias, las cuales reciben apoyos en efectivo y en especie para mejorar su educación, salud y nutrición.

Sin embargo, señala el Acuerdo, la desnutrición y la anemia siguen siendo un problema de salud pública, especialmente en los menores y las mujeres en edad fértil. Ante la necesidad de superar la desnutrición en la población, el Programa de Apoyo Alimentario (Programa), se integra a la estrategia del Ejecutivo Federal para promover, en el marco de una política social integral, acciones para mejorar la alimentación y la nutrición en las familias en condición de pobreza (se refiere a la pobreza de patrimonio, que de acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), se define como la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar sea utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios. Dicha definición se puede consultar en la página www.coneval.gob.mx). En ese sentido el Programa tiene como fin mejorar la alimentación y la nutrición de las familias beneficiarias, en particular de los niños menores de 5 años y de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. El programa se aplica tanto en el ámbito rural como el urbano.

Señala el Acuerdo que: “La población objetivo son los hogares en condición de pobreza alimentaria (es la incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta, según la define el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) y la cual

⁴⁹ ACUERDO por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Apoyo Alimentario, para el Ejercicio Fiscal 2010. Diario Oficial de la Federación: 20/12/2009.

se puede consultar en la página www.coneval.gob.mx), así como aquellos que sin exceder la condición de pobreza, presentan características socioeconómicas y de ingreso insuficientes para invertir en el desarrollo adecuado de las capacidades de sus integrantes en materia de educación, nutrición y salud, y que no son atendidos por Oportunidades. Lo anterior, de conformidad con los criterios de elegibilidad, metodología de focalización y criterios de prioridad establecidos en las presentes Reglas de Operación... Son elegibles aquellas familias que se encuentran en condición de pobreza alimentaria así como aquellas que sin exceder la condición de pobreza, presentan características socioeconómicas y de ingreso insuficientes para invertir en el adecuado desarrollo de las capacidades de sus integrantes. Las familias tienen como requisito, el proporcionar mediante una encuesta, la información sobre sus características socioeconómicas y demográficas.”

El Programa otorga apoyos monetarios directos mensuales a las familias beneficiarias para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación, buscando por esta vía elevar su estado de nutrición. Asimismo, la entrega mensual o bimestral de complementos o leche fortificada, según el grupo de riesgo al que va dirigido, busca reforzar la alimentación y nutrición infantil y de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Adicionalmente, el Programa otorga un apoyo monetario mensual llamado apoyo alimentario Vivir Mejor, el cual tiene como propósito compensar a las familias beneficiarias por el efecto del alza internacional de los precios de los alimentos. Las familias beneficiarias con hijos de 0 a 9 años reciben bimestralmente un apoyo monetario mensual por cada menor en este rango de edad para fortalecer su desarrollo.

Los apoyos monetarios directos se entregan bimestralmente, en efectivo y en forma individual a las titulares beneficiarias del Programa. El monto mensual del apoyo alimentario se actualiza semestralmente, en enero y en julio, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y tomando en consideración el incremento acumulado del Índice Nacional de Precios de la Canasta Básica, hasta el mes inmediato anterior al de la actualización. Dicho índice es publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, previa presentación a la SHCP.

De los recursos destinados al seguro popular, al 31 de diciembre de 2010, las aportaciones por concepto de Cuota Familiar sumaron, como resultado de las evaluaciones socioeconómicas, 212.5 millones de pesos. Considerando las aportaciones de todas aquellas familias del régimen contributivo que estuvieron vigentes durante uno o más trimestres, así como de las denominadas familias unipersonales, es decir, de un solo integrante afiliado, que aportan únicamente el 50% de la Cuota Familiar que corresponda a su decil de ingreso.⁵⁰

d. Programa 70 y más

El Programa 70 y Más⁵¹ busca abatir el rezago social que enfrentan los adultos mayores de más de 70 años mediante la entrega de apoyos económicos; acciones, servicios, participación social y apoyos. Para tener acceso al Programa se requiere tener 70 años de edad o más; habitar en localidades de hasta 30 mil habitantes y, no ser beneficiario del componente Adulto Mayor del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

⁵⁰ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultado 2010.

⁵¹ <http://www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=801576>

III. LOS GRANDES RETOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA PROTECCIÓN SOCIAL

Si se estudia el desarrollo del modelo de seguros sociales (**A**), así como el de los esquemas de protección social (**B**), se pueden encontrar una serie de dificultades que se han presentado al paso del tiempo.

A. *Las dificultades que enfrenta la seguridad social*

Tres grandes dificultades pueden señalarse en materia de seguros sociales: el problema crónico de financiamiento (**1**), la falta de uniformidad de las prestaciones (**2**), las limitaciones de los fondos de pensiones (**3**), el problema de la calidad en la protección social creada “dentro” del IMSS (**4**), así como la existencia de infraestructura deficiente (5).

1. *El problema crónico de financiamiento*

Los déficits financieros de la seguridad social mexicana han estado presentes en toda época. Ya sea por la falta de recursos o por el ingreso de nuevos sectores a las instituciones encargadas de la protección social. De hecho en México, desde el año de 1964 hablaba de un déficit de la seguridad social, en el mismo momento en que surgió la posibilidad de acelerar la incorporación del sector campesino a la seguridad social.⁵²

Con lo anterior se evidencia que independientemente del modelo de financiamiento de la seguridad social, la falta de recursos para el sostenimiento de la misma, siempre es insuficiente.⁵³

Resulta paradójico que mientras se incrementan los montos para cubrir el seguro popular⁵⁴. No se busca, de igual manera, apoyar a los trabajadores que sí realizan un trabajo formal y sí pagan impuestos. Afrontar los costos que demanda la seguridad social requiriere imaginar modelos que contemplen formas varias o alternativas diferentes para allegar los recursos necesarios a la seguridad social.

En el caso del IMSS para los años de 2012 y 2013 se estima un déficit después de la creación de reservas y fondos por 26,928 y 30,087 millones de pesos, respectivamente. Esta situación se debe a la evolución de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la cual en 2011 se incrementa 12.5 por ciento respecto a 2010, y en 2012 y 2013, 10.9 y 10.4 por ciento, respectivamente, lo que representa una presión de gasto por 4,749 millones de pesos en 2012 y 4,988 millones de pesos en 2013. El IMSS estima utilizar en 2012 la totalidad de los recursos de la

⁵² Gómez Morin, Manuel, *Seguridad Social*, PAN, México, 1966, pp. 82-87.

⁵³ En algunos países como Francia se suele preguntar por qué un país que gasta 2700 billones de francos por año para la protección social de sus ciudadanos no cuenta con 20 o 30 mil millones de francos que permitan proteger a las personas mayores contra el riesgo de pérdida de autonomía. Cómo admitir el aumento de la exclusión en un país que destina tanto dinero para prevenirla. Charpentier, François, (sous la direction de), *Encyclopédie Protection Sociale. Quelle Refondation?*, Paris, Editions Liaisons/Economica, 2000, p. 7.

⁵⁴ Al 31 de diciembre de 2010, las aportaciones por concepto de Cuota Familiar sumaron, como resultado de las evaluaciones socioeconómicas, 212.5 millones de pesos.

Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, de conformidad con el Artículo 286 K de la Ley del Seguro Social para apoyar el gasto en la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones con un importe de 13,121 millones de pesos. Asimismo, se utilizarán 4,645 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, de conformidad con el Artículo 277 A de la Ley del Seguro Social y 9,958 millones de pesos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y

Maternidad a fin de respaldar el déficit esperado. Para 2013 se usarían recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad por 30,674 millones de pesos. En 2014 se usarán 28,952 millones de pesos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad y 8,441 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento en el marco del Artículo 277 A de la LSS. Cabe señalar que con este uso se agotarán los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Como se puede observar, en 2015 los ingresos serán menores a la presión de gasto por un monto de 43,325 millones de pesos y no se contará con recursos en las Reserva Financiera y Actuarial para hacer frente a esa diferencia entre ingresos y gasto.⁵⁵

Las dificultades financieras también han sido señaladas por auditores independientes: “Los pasivos acumulados del Instituto relacionados con las obligaciones laborales al retiro que no han sido registrados, aunado a las necesidades de: a) equipamiento y expansión de las unidades operativas, b) los altos costos de atención provocados por el crecimiento demográfico de la población derechohabiente, c) el incremento en las incidencias epidemiológicas, d) el insuficiente financiamiento de los ramos de seguros de enfermedades y maternidad, guarderías y prestaciones sociales y salud para la familia y e) la obligación de acumulación de reservas financieras actuariales; están incidiendo en que la situación financiera del Instituto se continúe deteriorando.”⁵⁶

2. *Falta de uniformidad de las prestaciones*

Debe señalarse que la seguridad social institucional, que cubre a los asegurados -que forman parte de la PEA y a sus derechohabientes, que son parte de la PEI-, no otorga una atención uniforme ya que en cada sector se advierten prestaciones y montos distintos, incluso bajo sistemas de organización diferentes. En términos generales estos sectores se pueden clasificar en:

- Trabajadores -y derechohabientes- del sector privado, regidos por la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social (leyes reglamentarias del artículo 123 apartado “A” y de la fracción XXIX del mismo artículo, respectivamente), sujetos al régimen obligatorio del seguro social.

⁵⁵ INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN 2010-2011, PP. 50-51. [HTTP://WWW.IMSS.GOB.MX/NR/RDONLYRES/C9960C51-9CBC-48B4-A3A5-713FF8AC21CE/0/C03.PDF](http://www.imss.gob.mx/NR/RDONLYRES/C9960C51-9CBC-48B4-A3A5-713FF8AC21CE/0/C03.PDF). CONSULTADO EL 7 DE OCTUBRE DE 2011.

⁵⁶ DICTAMEN DE LOS AUDITORES EXTERNOS. MANCERA, S.C., INTEGRANTE DE ERNST & YOUNG GLOBAL. EL DOCUMENTO SE ENCUENTRA EN: INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN 2010-2011. INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2009-2010, P.6. [HTTP://WWW.IMSS.GOB.MX/NR/RDONLYRES/B1BE9782-5027-431B-B87A-3F5C69EE8E47/0/AUDITORES.PDF](http://www.imss.gob.mx/NR/RDONLYRES/B1BE9782-5027-431B-B87A-3F5C69EE8E47/0/AUDITORES.PDF) CONSULTADO EL 7 DE OCTUBRE DE 2011.

- Población adherida al régimen del seguro social, a través del régimen de seguro voluntario o facultativo. Los derechohabientes se aseguran mediante convenios que se celebran con el IMSS de manera individual o colectiva. Pueden beneficiarse de este seguro, los comerciantes independientes, los artesanos, los cooperativistas, los trabajadores domésticos y los servidores de municipios que no cuenten con otro tipo de aseguramiento. También se pueden afiliar los empleados de organismos internacionales y de embajadas y consulados asentados en el país con los cuales se han celebrado los convenios respectivos.
- Trabajadores –y derechohabientes- de organismos descentralizados, banca de desarrollo, entidades y sector paraestatal en general, con regímenes complementarios y/o sujetos a su propio régimen de seguridad social según estipulaciones convenidas en la negociación colectiva, algunas cotizando al IMSS y conforme al sistema de reversión de cuotas. Entre las más representativas están PEMEX, CFE, la Compañía LyFC y los propios trabajadores del IMSS quienes disfrutaban de un régimen complementario al igual que muchas universidades.
- Trabajadores al servicio de las dependencias y entidades de la administración pública federal que por ley o por acuerdo con el Ejecutivo se incorporen a los Poderes de la Unión; a las dependencias y entidades de la administración pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de convenio que el ISSSTE celebre con los mismos; a los diputados y senadores que individual y voluntariamente se incorporen al este régimen –y a sus derechohabientes- regidos por la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado (reglamentaria del artículo 123 constitucional apartado “B”).
- Trabajadores al servicio de las fuerzas armadas (Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de la Marina y la Fuerza Aérea), bajo un régimen legal exclusivo administrado por ISSFAM.
- Trabajadores al servicio de gobiernos estatales y, en su caso al servicio de los municipios bajo sus propios regímenes.

Es factible señalar que la seguridad social no abarca a todos los sectores de la población y que la cobertura es discriminatoria, dependiendo del sector asegurado. Por ejemplo, en materia de pensiones, la pensión mínima garantizada para un trabajador del sector privado es de un salario mínimo, mientras que la pensión mínima garantizada para un trabajador del sector público es de dos salarios mínimos. Además paralelamente encuentran una serie de régimen en donde las pensiones de jubilación, son muy superiores (IMSS; PEMEX), abonando más a la desigualdad existente. A pesar de que el derecho a la protección a la salud está garantizado en el artículo 4º de la Constitución Política Federal, no se prevé lo necesario para que la población en general disfrute de este derecho humano. La atención, en donde existe, no es uniforme ya que las prestaciones son distintas en cantidad y calidad.

3. *Las limitaciones de los fondos de pensión*

El tránsito de los seguros de retiro a cuentas de capitalización individuales han llevado a cuestionarse seriamente si dicho modelo responde a los principios que deben caracterizar a la seguridad social. Al respecto, se ha señalado que:⁵⁷

1. Muchas de las reformas que instauran los fondos de pensión “parecen supeditar a las leyes del mercado y de la especulación de derechos y garantías sociales mínimas, cuyos objetivos fueron justamente ofrecer certeza y seguridad al trabajador ante las contingencias de la vida profesional y del envejecimiento.”
2. Las reformas han introducido elementos de incertidumbre, mediante conceptos como rentabilidad, y han disminuido además, en diversos casos, esas normas mínimas. Por ejemplo:
 - a. **Solidaridad horizontal e intergeneracional.** Supresión de las contribuciones patronales y estatales que se destinan para la constitución de los fondos. El Estado mantiene un rol subsidiario en el aspecto financiero y administrativo. Los convenios de 1927 (núm. 24 y 25) como los de 1933 (núms. 35 a 40), prevén que los asegurados, sus empleados, sus empleadores y los poderes públicos deben contribuir a la formación de los recursos del seguro. El Convenio 102 establece que el costo de las prestaciones y los gastos de administración deben ser financiados colectivamente por medio de cotizaciones o de impuestos. El Convenio 102 y los núms. 121, 128 y 130, estipulan que el total de las cotizaciones a cargo de los asalariados protegidos no deben exceder del 50% del total de los recursos destinados a su protección.
 - b. **Administración privada de los fondos de pensión.** Los asegurados no participan en la administración de las instituciones de seguro. Los acuerdos anteriores y posteriores al Convenio 102, prevén que los representantes de las personas protegidas participen en su administración.
 - c. **Gratuidad en el servicio de prestaciones.** Las instituciones de seguridad han trasladado al asegurado los costos de la administración de sus fondos de pensiones. El Convenio 102 y posteriores prevén que los gastos de administración sean financiados colectivamente por medio de cotizaciones o de impuestos.
 - d. **Administración de los seguros de pensiones y de salud por sociedades con fines de lucro.** Este principio es contrario a los Convenios 24, 25, 35 a 40 de la OIT. Ni la norma mínima (convenio 102) ni convenios las posteriores aceptan esta modalidad en la administración de las pensiones.
 - e. **Retiro programado.** Según esta modalidad de retiro, el asegurado puede efectuar retiros mensuales hasta la extinción del capital acumulado en su cuenta. El Convenio 102 estipula que las prestaciones deben concederse durante todo el transcurso de la contingencia, cabe preguntarse cómo se garantizará la aplicación de dicho principio.

⁵⁷ López Morales, Germán, La normas internacionales del trabajo sobre seguridad social y las reformas de la seguridad social en América latina, en CISS, ISSSTE, IDSS, III Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social. Memoria, Santo Domingo, República Dominicana, 1996, pp. 127-129.

En el caso de la nueva Ley del ISSSTE, la doctrina ha señalado que: "...la capitalización individual no resuelve los problemas financieros del Instituto ya que sólo se dirige a los pasivos contingentes pero no a sus problemas de liquidez. Se trata de una solución parcial que podría hacer crisis en años."⁵⁸

El modelo por ser privado, en sí mismo no puede ser considerado inadecuado. No obstante, lo es cuando se trata del único mecanismo con que cuentan los trabajadores, es decir, no se trata de un instrumento complementario. La lógica de los fondos de pensión privados sólo tiene beneficios para los administradores privados, los riesgos y menoscabos son para el trabajador y el Estado.

En realidad, esta situación ya se ha presentado en México, como ya ha quedado anotado, antes de 1929 cuándo no se había reformado la Constitución declarando de utilidad pública la expedición de una ley del seguro social, las reglamentaciones existentes antes de la reforma ofrecieron, efectos negativos, ya que no se fomentaron las cajas de ahorros de seguros populares y análogos. En cambio, si se favoreció el auge de empresas aseguradoras, que operaban en el ramo de seguros contra accidentes del trabajo. Dichas empresas perseguían finalidades lucrativas por lo que mediante excluyentes legalistas y procedimientos dificultosos buscaban no cubrir los riesgos de trabajo. Tal y como sucede actualmente los "intereses económicos de esas empresas se sentían afectados por los intentos favorables al régimen de seguro social, que las desplazaría en la protección de los riesgos profesionales. De ahí, las campañas con que divulgaban el error y la confusión sobre el concepto y finalidades del seguro social y más adelante, cuando ya fue indife-rible la aplicación de la Ley del Seguro Social, no se recataron de participar y coadyuvar en la oposición a la misma."⁵⁹

Actualmente las afores administran **42 millones,243 mil 467** de cuentas⁶⁰, de las cuales se encuentran inactivas 20 millones 359 mil 869, ya que no reportan ninguna aportación en los últimos tres años. Según se desprende de un informe de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) enviado al Congreso. La cifra de inactivo representa un 48% del total y es mayor en un 5% a la equivalente en 2010. En junio de hace un año, las cuentas ascendieron a 40 millones 765 mil 920, mientras que los inactivos sumaron 18 millones 655 mil 800. En estos últimos 12 meses, detalló, el número de registros en las Afores también se elevó en un millón 137 mil cuentas. La Consar precisó que al cierre de junio de 2011, del total de cuentas que manejan las Afores, 21 millones 640 mil 131 recibieron al menos una aportación obligatoria al seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) en los últimos tres años⁶¹.

Como se aprecia dicha cantidad, representa menos del 50% de la población ocupada (ver grafica). Destacando también el 8.3 % de la población en condiciones de subocupación, el 11.1% en condiciones críticas de ocupación y el 28.9% de tasa de ocupación en el sector informal. Se trata de PEA que dadas sus condiciones de trabajo no puede acceder a un seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

⁵⁸ Morales Ramírez, María Ascensión, "Nueva Ley del ISSSTE y pensiones de retiro," *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 5, Julio-Diciembre de 2007, p. 268.

⁵⁹ Sánchez Vargas, Gustavo, *Orígenes y evolución de la seguridad social en México*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1963, pp. 35.

⁶⁰ http://www.consar.gob.mx/panorama_sar/cuentas_administrados.shtml consultado el 5 de octubre de 2011.

⁶¹ El Universal 27 de septiembre de 2011.

Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Población total	113 558 599	55 006 552	58 552 047
Población de 14 años y más	83 698 315	39 878 721	43 819 594
Población económicamente activa (PEA)	48 919 801	30 608 123	18 311 678
Ocupada	46 355 701	29 003 398	17 352 303
Desocupada	2 564 100	1 604 725	959 375
Población no económicamente activa (PNEA)	34 778 514	9 270 598	25 507 916
Disponibile	6 263 886	2 023 119	4 240 767
No disponible	28 514 628	7 247 479	21 267 149
Población subocupada por condición de búsqueda de trabajo adicional	3 851 053	2 657 599	1 193 454
Con condición de búsqueda de trabajo adicional	395 039	296 885	98 154
Sin condición de búsqueda de trabajo adicional	3 456 014	2 360 714	1 095 300
Edad promedio de la población económicamente activa	37.8	38.0	37.5
Promedio de escolaridad de la población económicamente activa	9.3	9.0	9.7
Tasa de participación de la población en edad de trabajar	58.4	76.8	41.8
Tasa de desocupación ^b	5.2	5.2	5.2
Tasa de ocupación parcial y desocupación 1 (TOPD1) ^b	11.4	9.1	15.3
Tasa de presión general (TPRG) ^b	8.9	9.4	8.1
Tasa de trabajo asalariado ^c	61.9	61.3	62.8
Tasa de subocupación ^c	8.3	9.2	6.9
Tasa de condiciones críticas de ocupación (TCCO) ^c	11.1	11.5	10.6
Tasa de ocupación en el sector informal ^c	28.9	27.9	30.4

^b Tasas calculadas contra la población económicamente activa.

^c Tasas calculadas contra la población ocupada.

Fuente: **INEGI**. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Indicadores estratégicos*.

Tal y como está diseñado el sistema de fondos de ahorro para el retiro, resulta excluyente de la población no asalariada o que siendo asalariados, se encuentran dentro del sector informal. Se trata de un número muy importante de personas que dada la condición y las características de su trabajo, no van a contar, al final de su vida productiva con un mecanismo que les permita solventar económicamente su vejez. El actual modelo de las afores no resulta atractivo para los

trabajadores independientes, quienes a diciembre de 2010, sólo contaban con 182 cuentas individuales de ahorro para el retiro registradas.⁶²

4. *IMSS-Oportunidades y la calidad del servicio*

En materia de calidad del servicio del programa IMSS-Oportunidades, destaca las visiones diferentes existentes en la materia, según se trate de información del propio IMSS o que se traten de evaluaciones externas.

Así, para el IMSS: “Respecto al trato recibido, en los últimos cinco años (2005-2009) se ha alcanzado una adecuada satisfacción de la población atendida en los servicios de consulta externa de las unidades del Programa, con un logro de 98.9 por ciento...De igual forma, en los servicios de urgencias de los HR, el índice de satisfacción por el tiempo de espera es de 96.2 puntos porcentuales, cifra aceptable en razón de que mide el grado de satisfacción de los usuarios por el tiempo de espera transcurrido entre el momento en que se solicitó la atención y el momento en que inició la atención en urgencias... En la atención médica efectiva en el primer nivel de atención., la mayoría de indicadores del Programa se mantienen aceptables...”

Sin embargo, según se desprende del Informe de la evaluación específica de desempeño 2010-2011, del Programa IMSS-Oportunidades, uno de los grandes retos del programa se centran en la calidad del servicio.⁶³ Así mismo el documento en comento señala que: “...La supervisión-operativa es un mecanismo de autoevaluación del Programa. En general, este tipo de mecanismos tienden a generar resultados poco críticos, con tendencia a la autocomplacencia. Por tanto, el IMSS-Oportunidades podría buscar mecanismos de validación externa, sobre todo en niveles de conducción delegacionales y zonales que realizan permanentemente esta actividad.” Sobre la evolución del presupuesto se señala que: “Entre 2003 y 2010 tanto el Presupuesto Original como el Ejercido se incrementaron en más del 60%, al pasar de 4,083.7 a 7,207.9 millones de pesos. El crecimiento ha sido permanente, con excepción del año 2004; por su parte, los mayores incrementos anuales se presentaron en 2008 y 2009, 16.5% y 18.5%, respectivamente. Cabe resaltar que el incremento en el presupuesto no se ha reflejado en un incremento en la cobertura del Programa...” De hecho: “Los datos disponibles permiten observar que la cobertura, en cuanto a la Población Atendida, ha tenido una reducción discreta, relativamente menor, al pasar de 10,049,350 personas atendidas en 2005 a 9,862,222 en 2010. Resulta necesario profundizar el análisis para elucidar estos resultados, más aún cuando en el periodo referido se han presentado incrementos importantes en el presupuesto y se han realizado inversiones relevantes en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.”⁶⁴

⁶² <http://www.amafore.org/cobertura-del-sistema-de-pensiones-en-m%C3%A9xico-0> Consultado el 2 de octubre de 2011.

⁶³ Informe de la evaluación específica de desempeño 2010-2011. Valoración de la Información contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED). Nombre del Programa: Programa IMSS-Oportunidades. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0CBD0EFE-1C7F-4729-A761-F859D37F27D2/0/InformeCompletoDeLaEvaluaci%C3%B3nEspec%C3%ADficadeDesempe%C3%B1oEED2010.pdf> Consultado el 6 de octubre de 2011.

⁶⁴ <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0CBD0EFE-1C7F-4729-A761-F859D37F27D2/0/InformeCompletoDeLaEvaluaci%C3%B3nEspec%C3%ADficadeDesempe%C3%B1oEED2010.pdf> Consultado el 6 de octubre de 2011.

Respecto a la calidad del servicio también se pueden señalar las evaluaciones hechas por auditores independientes: “...los seguros médicos y en especial el ramo de GMP del Seguro de enfermedades y Maternidad, enfrentan el gran reto de continuar proporcionando servicios de salud en la cantidad y calidad que demandan los usuarios, en medio de un panorama financiero complicado.”⁶⁵

5. *Infraestructura insuficiente*

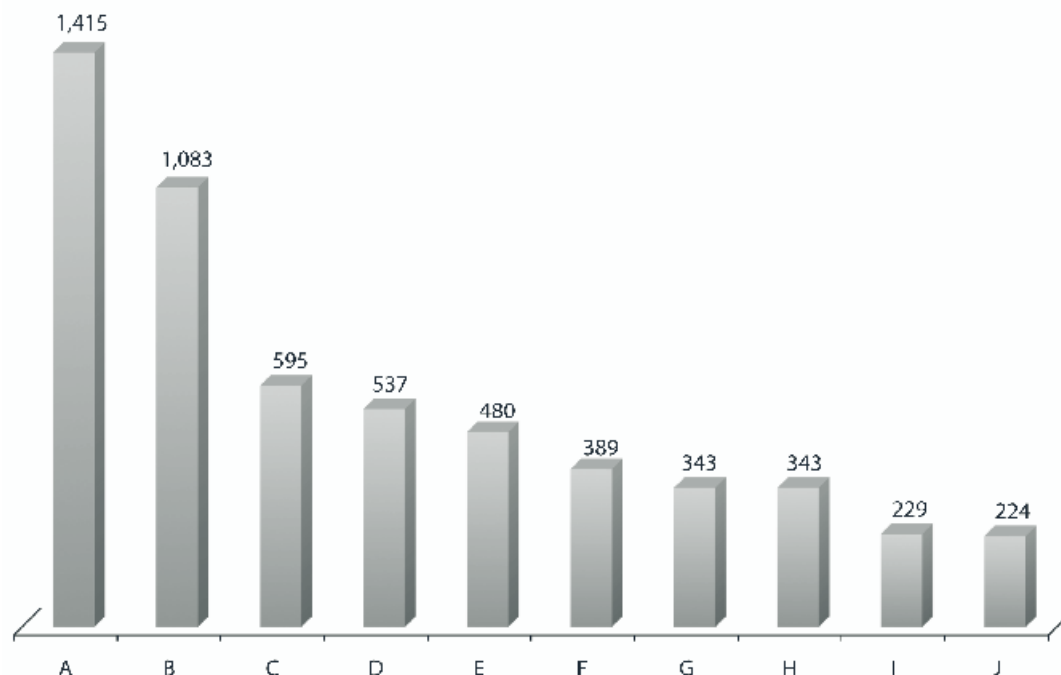
Nuevamente resultan interesantes las opiniones de las auditorías independientes, respecto a la infraestructura del IMSS: “Otros dos grandes retos internos del Instituto son, por un lado, el de la infraestructura, misma que se encuentra rebasada por la demanda de servicios...”⁶⁶

6. *IMSS, ISSSTE, calidad del servicio, violación de derechos humanos y conflictividad.*

Otra manera de explorar la calidad del servicio que se presta en el IMSS y el ISSSTE, puede inferirse en la posición que ocupa, dentro de las autoridades que fueron señaladas como presuntas responsables de violación a los derechos humanos en los expedientes de queja registrados entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 2010. Al respecto, el número de autoridades mencionadas fueron 509. Cifra que se desprendió a partir de los escritos de los quejosos, así como de las actuaciones realizadas pro la Comisión Nacional de Derechos Humanos. En el período arriba señalado, el IMSS ocupa el segundo lugar dentro de las más señaladas.

⁶⁵ Dictamen de los auditores externos. Mancera, S.C., Integrante de Ernst & Young Global. El documento se encuentra en: INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN 2010-2011. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, p. 4. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/B1BE9782-5027-431B-B87A-3F5C69EE8E47/0/auditores.pdf> Consultado el 7 de octubre de 2011.

⁶⁶ Dictamen de los auditores externos. Mancera, S.C., Integrante de Ernst & Young Global. El documento se encuentra en: INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN 2010-2011. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, p.4. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/B1BE9782-5027-431B-B87A-3F5C69EE8E47/0/auditores.pdf> Consultado el 7 de octubre de 2011.



A. Secretaría de la Defensa Nacional. **B.** Instituto Mexicano del Seguro Social. **C.** Policía Federal. **D.** Procuraduría General de la República. **E.** Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública. **F.** Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación. **G.** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. **H.** Secretaría de Educación Pública. **I.** Comisión Federal de Electricidad. **J.** Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

Fuente: 2010 Informe de Actividades de la CNDH del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, p. 52.

Por otro lado, destaca que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ocupa el quinto lugar. Clasificación que no puede considerarse inferior en relación con el IMSS, ya que el universo de población afiliada al ISSSTE es de; 6 057 647, mientras que la población afiliada del IMSS es de: 34,545 220 afiliados.⁶⁷

Proporcionalmente, incluso podría señalarse que el IMSS tiene menos quejas en relación al ISSSTE, ya que el IMSS tiene una queja por cada 31897.71 personas integrantes del universo de población afiliada; mientras que el ISSSTE tiene una queja por cada 17457.196 personas integrantes del universo de población afiliada. De lo que resulta que, proporcionalmente hablando, el ISSSTE tiene prácticamente el doble de quejas, en relación al IMSS.

Otra elemento importante lo constituye el grado de conflictividad que representan las instituciones de seguridad social. Según el INFORME ANUAL DE LABORES DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE de octubre 2009-noviembre 2010, al 31 de octubre de 2010, se registraron 214,479 conflictos individuales, ya sea en fase de instrucción o dictamen.

⁶⁷ Con datos de: *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009, Glosario*, en www.inegi.org.mx, consultado el 4 de octubre de 2011. - Enlace: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/Default.aspx?ClvGlo=ENESS09&s=est&c=26348>

El informe resalta el hecho de que atendiendo a la naturaleza del conflicto planteado, el 58% de carga de trabajo de la Junta Federal, corresponde a conflictos de seguridad social en contra del IMSS, INFONAVIT y AFORES. El universo de asuntos en trámite se distribuye de la siguiente forma: 31% corresponde a asuntos del IMSS, 7% a PEMEX, 2% a FNM en liquidación, 5% a la CFE, 1% a la extinta Luz y Fuerza del Centro y un estimado de 44% de juicios en contra de otros organismos públicos como el INFONAVIT, ISSSTE y SEPOMEX, así como en contra de las AFORES. Sólo 10% son en contra de empresas del sector privado.⁶⁸

Independientemente de que el IMSS tenga o no la razón jurídica en los conflictos individuales en las que es parte demandada, sin duda resalta el grado de conflictividad que presenta. Lo que a su vez denota, fuertes problemas en la calidad de sus servicios o en el manejo de sus relaciones laborales, ya que de uno de cada tres conflictos individuales que se someten a la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, es del IMSS.

B. Los problemas que enfrenta los esquemas de protección social

Entre los problemas que enfrenta el esquema de protección social, se pueden señalar los siguientes: Deficiente protección social para la población abierta (1), El manejo financiero estatal irregular (2), el caso particular del Fideicomiso de Protección Social en Salud (3), la deficiente infraestructura y presupuesto limitado para infraestructura (4), Los servicios privados de salud: Exclusión social e interés económico (5) y, La saturación del IMSS: más responsabilidades en materia de protección social (6).

1. La deficiente protección social para la población abierta: más cantidad que calidad

Quienes carecen de cobertura institucional, su situación es aún más grave puesto que deben resolver sus problemas de atención médica con sus propios recursos. Situación que puede resultar imposible para una buena parte de la población, a pesar de la existencia de otros mecanismos de seguridad social, tales como el seguro popular.

La calidad de atención del seguro popular es difícil de medir ya que en una medición del nivel de satisfacción se sumaron dos criterios “muy satisfechos” y “algo satisfechos”, arrojando un porcentaje total de la sumatoria de 94%. Dicho porcentaje contrasta con el porcentaje de las quejas que ha recibido el seguro popular: el 38.32% de las quejas que se reciben se refieren a la atención médica, un 11.59% a la venta de medicamentos y un 36.90% respecto a la afiliación.⁶⁹ También dicho nivel de satisfacción contrasta con los tiempos de espera del usuario para que sea atendido desde que llega a la unidad médica: el tiempo promedio es de 105.6 minutos, pudiendo llegar a ser de 152.3 minutos en Baja California, de 35 minutos en Michoacán y de 192.7 minutos en San Luis Potosí⁷⁰ También contrasta con el porcentaje de 76.8% de los usuarios que mani-

⁶⁸ INFORME ANUAL DE LABORES DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE de octubre 2009-noviembre 2010.

http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/junta_federal/secciones/documentos/INFORME%20ANUAL%20DE%20LABORES%202010.pdf Consultado el 2 de octubre de 2010.

⁶⁹ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultado 2010, México, Comisión Nacional de Protección en Salud, pp. 83 y 97.

⁷⁰ Idem. P. 84.

festaron estar “muy satisfechos o “algo satisfechos” con la forma y/o periodicidad en la que le entregaron los medicamentos que fueron recetados. Pudiendo ser de 47-0 % en Hidalgo y de 51.9 en Morelos.⁷¹ El porcentaje tal alto arriba señalado de satisfacción por los servicios del seguro popular, también contrasta con el porcentaje del 68.7% de los usuarios que manifestaron que la última vez que le recetaron medicinas, le proporcionaron todos o casi todos los medicamentos mediante el seguro popular, pudiendo ser dicho porcentaje 42.5% en Hidalgo, 46.1% en Morelos o de 53.3 en el Distrito Federal.⁷²

Por otro lado, en materia de medicamentos, el seguro popular enfrenta también deficiencias. Una evaluación realizada por el CONEVAL señala que el 56.9% de los beneficiarios del Programa reportó que la receta médica había sido surtida completamente.⁷³ Lo que quiere decir que existe un universo de beneficiados del 44.1% a los cuales no se les surte completamente su receta médica. Tema que no fue objeto de observaciones por parte de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud, en su respuesta institucional.⁷⁴

El seguro popular sin duda ha resultado un instrumento importante para la población carente de seguridad social, a través de alguna de los institutos de seguridad social existentes en el país. No obstante la existencia del mismo contribuye a la desarticulación de la protección social, ya que incrementa las secretarías de Estado y entidades públicas que intervienen en la organización y funcionamiento de la seguridad y protección social.

2. *El manejo financiero estatal irregular*

El modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se sustenta en un esquema tripartita con aportaciones por persona afiliada del gobierno federal y de las entidades federativas, así como por contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica.

El presupuesto federal ejercido para el SPSS en 2010 ascendió a 47,997.3 millones de pesos. A las entidades federativas, por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal en el 2010 se transfirieron 36,634.3 millones de pesos. Al Fideicomiso del SPSS se canalizaron 10,016.5 millones de pesos en el 2010. Del total de recursos canalizados a este fideicomiso, 2,731.8 millones de pesos fueron aportados a la subcuenta del Fondo de Previsión Presupuestal y 7,284.7 millones al FPGC.

De acuerdo con las metas de afiliación establecidas en el Anexo II del Acuerdo de Ejecución del SPSS, el monto total aportado por las 32 entidades federativas por Aportación Solidaria Estatal (ASE) ascendió a 15,166.4 millones de pesos, en el ejercicio fiscal 2010.

⁷¹ Idem. P. 85

⁷² Idem, p. 87.

⁷³ Evaluación Específica de Desempeño 2010. Unidad Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Programa: Seguro Médico para Una nueva Generación. Institución Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública. <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed2009/smng/completo.pdf> Consultado el 2 de octubre de 2011.

⁷⁴ Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2010. Unidad Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Programa: Seguro Médico para Una nueva Generación. Institución Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed2009/smng/posicion_institucional.pdf Consultado el 2 de octubre de 2011.

Por otro lado, si se revisa el Informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública, V. Gasto federalizado, V. 10. Ramo 12, realizado por la Auditoría Superior de la Federación al seguro popular, se pueden ejemplificar como la mayoría de los estados no cumple con la transparencia y el buen manejo de los recursos financieros destinados al seguro popular. A pesar de que el artículo 77 bis 16 de la Ley General de Salud establece que: Los recursos de carácter federal a que se refiere el presente Título, que se transfieran a los estados y al Distrito Federal no serán embargables, ni los gobiernos de los estados podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo

Por la trascendencia de las observaciones realizadas, resulta prudente, citar la mayoría de ellas:⁷⁵

- ❖ Los recursos federales otorgados en 2009 a través de la CS y ASF a los ejecutores del gasto no se manejaron exclusivamente en una cuenta bancaria específica, ni tampoco sus rendimientos financieros; asimismo, se manejaron operaciones que no correspondían al programa, lo que dificultó su control, identificación y aplicación directa a su destino final. Las entidades observadas fueron: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Zacatecas.
- ❖ Falta de documentación justificativa y comprobatoria del gasto por 1,814,022.4 miles de pesos, que significan el 60.3% del total de las recuperaciones determinadas. Esta irregularidad se presentó en Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.
- ❖ En 27 entidades federativas se destinaron recursos por 397,531.7 miles de pesos, de la CS y ASF correspondientes a 2009, en conceptos diferentes de los objetivos del Seguro Popular, como: Pago de telefonía celular y radiocomunicaciones, arrendamiento de edificios y locales fuera de la normativa, pago de proyectos ejecutivos de obra y planes de equipamiento, pago de servicios a médicos del Seguro Popular adicional a las nóminas, pago de trabajos no justificados al no atender intervención del CAUSES, pago de compensaciones adicionales a servidores públicos, préstamos a otros programas, pagos a sistemas de información automatizados y otros, lo que representó el 13.2 % del monto total de las recuperaciones determinadas.
- ❖ En Baja California, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, se efectuaron pagos por 170,448.2 miles de pesos, por concepto de remuneraciones a personal que no está directamente Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009 relacionado con la prestación de servicios de atención médica a los afiliados del sistema.

⁷⁵ Auditoría superior de la Federación, Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009, V. Gasto federalizado, V.10. Ramo 12. Seguro Popular (Acuerdos de Coordinación), México, 2011. http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/10_SEGURO%20POPULAR_a.pdf Consultado el primero de octubre de 2011.

- ❖ Los estados de Aguascalientes, Coahuila, Colima, Guerrero, Nayarit, Querétaro, Sonora, Tamaulipas y Veracruz destinaron recursos de la CS y ASF correspondientes a 2009, para el pago de percepciones a personal del Seguro Popular, sin contar con el sustento normativo que los autorice por 111,545.9 miles de pesos, asimismo; en Baja California Sur, Colima, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz se realizaron pagos en exceso por 73,730.9 miles de pesos.
- ❖ En el estado de Guerrero se destinaron recursos de la CS y ASF al pago de personal que no contaba con el contrato respectivo que ampara su relación laboral por 25,528.4 miles de pesos.
- ❖ En el Distrito Federal y Guerrero se realizaron pagos por 2,323.4 miles de pesos, a servidores públicos que no fueron localizados en su lugar de adscripción durante la verificación física realizada en instalaciones de diversos organismos de salud del estado.
- ❖ En 28 entidades federativas se adquirieron medicamentos a precios superiores a los de referencia determinados por la Secretaría de Salud, lo que originó un pago en exceso por 124,383.3 miles de pesos. Asimismo, en 25 estados se adquirieron medicamentos sin estar consideradas en el CAUSES por 182,432.1 miles de pesos.
- ❖ El estado de Guerrero realizó pagos indebidos por 22,566.6 miles de pesos, derivados de la administración, control y reposición de medicamentos y material de curación existente en unidades hospitalarias sujetas al procedimiento de subrogación.
- ❖ Al 31 de marzo de 2010, 20 entidades federativas habían ejercido recursos de la CS y ASF en acciones de promoción, prevención y detección oportuna contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), por 732,380.0 miles de pesos, monto que es inferior al 20% que como mínimo se debe destinar del total de los recursos transferidos para estas acciones en cada entidad.
- ❖ En los casos donde se destinaron recursos para estas acciones, es importante señalar que no existe evidencia de la validación por parte de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y del visto bueno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)
- ❖ No obstante que es responsabilidad de las entidades federativas el cubrir, con cargo en su presupuesto, los gastos de operación asociados al funcionamiento de la infraestructura nueva, el estado de San Luis Potosí destinó 1,112.2 miles de pesos a este concepto, lo que reduce su financiamiento y limita el avance en el crecimiento sustentable de la infraestructura de salud.
- ❖ En 26 entidades federativas no se ejercieron recursos de la CS y ASF en el programa de Caravanas de la Salud y sólo en Aguascalientes, Chihuahua, Michoacán, Nayarit, Quintana Roo y Tabasco se aplicaron recursos por 7,476.5 miles de pesos en este programa.
- ❖ Al 31 de marzo de 2010, se destinaron recursos de la CS y ASF del ejercicio fiscal 2009 por 10,977.3 miles de pesos, para cubrir el gasto operativo y el pago del personal administrativo de la unidad de protección social en salud, lo que representa el 6.1% del total de los recursos transferidos al estado de Colima, monto que a esa fecha excede lo autorizado como máximo para este rubro, que fue el 6.0%.

- ❖ Las entidades federativas de Coahuila, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Querétaro y Sinaloa no proporcionaron evidencia con la que se demuestre haber informado semestralmente a la CNPSS, sobre el nombre del proveedor, evento de licitación y el costo unitario de las claves de los medicamentos adquiridos asociados al CAUSES. Aguascalientes, Chiapas, Hidalgo y Tlaxcala enviaron de manera incompleta dicha información.
- ❖ En 30 entidades federativas, la administración de los recursos financieros del programa no se realiza directamente por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), sino por conducto de los Servicios de Salud del Estado. Solamente los REPSS de Campeche y Yucatán administran directamente los recursos del Seguro Popular.
- ❖ En las 18 entidades federativas se presentaron diferencias derivadas de la falta de conciliación de la información generada por las áreas responsables del manejo y operación del Seguro Popular y la reportada a la CNPSS.
- ❖ En el control y entrega de medicamentos se encontraron importantes deficiencias como las siguientes: el medicamento no está clasificado por fuente de financiamiento, lo que limita su identificación, control y fiscalización; no existe evidencia de las recetas expedidas a los pacientes; las recetas no llevan la firma de recepción del medicamento por parte de los usuarios; se prescriben medicamentos fuera del CAUSES; no se identifica el medicamento entregado al paciente; entrega incompleta de medicamento; y falta de número de folio de afiliación del paciente, entre otras.
- ❖ Colima, Jalisco, México, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Tlaxcala y Yucatán no contaron con un Plan de Fortalecimiento para destinar recursos de la CS y ASF en la adquisición de bienes informáticos, licencias de uso de sistemas de información y la incorporación de servicios y equipo telemático, instalación y conectividad para las unidades que atienden a los beneficiarios del SPSS.SEGURO POPULAR
- ❖ No se localizó diversa documentación relacionada con procedimientos de contratación de obra pública, como el dictamen que sirvió de base para la evaluación de las proposiciones técnica y económica ni el cuadro comparativo de las mismas; el presupuesto base; y el aviso de inicio de obra. Esta observación se presentó en San Luis Potosí.
- ❖ En cuatro entidades, no se proporcionó evidencia donde se demuestre que los bienes adquiridos o servicios contratados (compra de vehículos fuera de especificaciones; pagos por auditoría externa; compra de reactivos para pruebas inmunológicas e infecciosas; entre otros) garantizaron la prestación de servicios de salud del CAUSES, en beneficio de los afiliados al sistema.
- ❖ En 30 entidades federativas, la administración de los recursos financieros del programa no se realiza directamente por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), sino por conducto de los Servicios de Salud del Estado. Solamente los REPSS de Campeche y Yucatán administran directamente los recursos del Seguro Popular.

- ❖ La CNPSS solicitó el reintegro de 733.4 miles de pesos de los recursos ministrados por Cuota Social al estado de Baja California Sur, al no cumplir con la meta de afiliación de familias.
- ❖ En las 18 entidades federativas se presentaron diferencias derivadas de la falta de conciliación de la información generada por las áreas responsables del manejo y operación del Seguro Popular y la reportada a la CNPSS.
- ❖ En el control y entrega de medicamentos se encontraron importantes deficiencias como las siguientes: el medicamento no está clasificado por fuente de financiamiento, lo que limita su identificación, control y fiscalización; no existe evidencia de las recetas expedidas a los pacientes; las recetas no llevan la firma de recepción del medicamento por parte de los usuarios; se prescriben medicamentos fuera del CAUSES; no se identifica el medicamento entregado al paciente; entrega incompleta de medicamento; y falta de número de folio de afiliación del paciente, entre otras.
- ❖ Colima, Jalisco, México, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Tlaxcala y Yucatán no contaron con un Plan de Fortalecimiento para destinar recursos de la CS y ASF en la adquisición de bienes informáticos, licencias de uso de sistemas de información y la incorporación de servicios y equipo telemático, instalación y conectividad para las unidades que atienden a los beneficiarios del SPSS.SEGURO POPULAR
- ❖ No se localizó diversa documentación relacionada con procedimientos de contratación de obra pública, como el dictamen que sirvió de base para la evaluación de las proposiciones técnica y económica ni el cuadro comparativo de las mismas; el presupuesto base; y el aviso de inicio de obra. Esta observación se presentó en San Luis Potosí.
- ❖ En cuatro entidades, no se proporcionó evidencia donde se demuestre que los bienes adquiridos o servicios contratados (compra de vehículos fuera de especificaciones; pagos por auditoría externa; compra de reactivos para pruebas inmunológicas e infecciosas; entre otros) garantizaron la prestación de servicios de salud del CAUSES, en beneficio de los afiliados al sistema.

De hecho, la Evaluación Específica de Desempeño 2010 realizada al Seguro Popular por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el apartado de las conclusiones del evaluador externo, coincide con varias de las observaciones de la ASF, particularmente en lo referente al desempeño de las entidades federativas:⁷⁶

- El Programa cuenta con indicadores de resultado (uno financiero y otro relacionado con los niveles de afiliación) que permiten dar seguimiento a su desempeño. Al indicador financiero (que no es el mejor indicador que se pudo haber escogido) no se le ha dado seguimiento puntual, a pesar de que los valores anuales de dicho indicador los genera regularmente la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. 3. Se deberían incorporar a la lista de indicadores de Fin algunos indicadores de condiciones de salud, ya que el SPS tiene la obligación no sólo de ampliar

⁷⁶ Evaluación Específica de Desempeño 2010. Unidad Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Programa: Seguro Popular. Institución Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública.
http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/ced2009/seguro_popular/completo.pdf Consultado el 2 de octubre de 2011.

la protección financiera sino también de facilitar el acceso a servicios de salud de calidad a la población afiliada.

- El desempeño de las áreas centrales del SPS puede calificarse de aceptable, no así el desempeño de varios de las versiones estatales del mismo. Deja mucho que desear la movilización local de recursos líquidos para cubrir la ASE y la falta de transparencia en el ejercicio local de los recursos. De hecho, una de las carencias es la falta de indicadores que evalúe el desempeño de los Regímenes Estatales.

El tema del desempeño estatal que no fue objeto de posición institucional de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. En cambio si fue objeto de comentario, lo relativo a incorporar a la lista de indicadores de FIN algunos indicadores de condiciones de salud. Al respecto la respuesta fue que el seguro popular "...como ente financiero tiene como principal función garantizar financieramente el derecho a la salud de sus afiliados, derivado de ello se puede influir en la salud del beneficiario, pero la evaluación de las condiciones de salud no corresponde de manera directa al Seguro Popular.⁷⁷ Resulta interesante la observación, sin embargo, es obvio que el seguro popular debería verificar también el impacto en la mejora de la salud de los afiliados al mismo, como el mejor indicador del derecho a la salud.

Por otro lado destaca lo señalado en fracción IX del artículo 40 del Presupuesto de Egresos de la Federación, al señalar que las compras que realizan las entidades federativas deben sujetarse a los precios de referencia que publique la Secretaría de Salud. Dichos precios de referencia se publicaron el pasado 25 de mayo de 2010 en el Diario Oficial de la Federación mediante el Acuerdo por el cual se establecen los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES con recursos del SPSS. El Acuerdo contiene los ordenamientos que deberán seguir las entidades para la adquisición de medicamentos, entre las que destacan las siguientes:

- Las entidades deberán observar los precios de referencia contenidos en los lineamientos, sin importar la modalidad de compra (licitación, adjudicación directa, entre otras).
- Solamente en casos de emergencia epidemiológica se podrán adquirir medicamentos a un sobreprecio respecto al margen de referencia.
- Para medicamentos de patente, las entidades podrán adherirse a la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, con la finalidad de comprar a precios más bajos.
- Las entidades deberán reportar a lo largo del año la información relativa a la adquisición de medicamentos con recursos del Seguro Popular

Al respecto podemos señalar que implícitamente se les señala a las entidades federativas que deben comprar medicamentos en los precios de referencia fijados. Igualmente no pueden comprar medicamentos a un sobre precio, salvo en los casos de emergencia epidemiológica. Además de informar a lo del año, sobre la adquisición de medicamentos.

⁷⁷ Posición Institucional Evaluación Específica de Desempeño 2010.
http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/ced2009/seguro_popular/posicion_institucional.pdf Consultado el 2 de octubre de 2011.

Como se puede desprender de la lectura, éstos lineamientos sin duda se deben al posible uso irregular de los recursos asignados a las entidades federativas. Al respecto, ya hemos visto más arriba, como algunas entidades federativas son objeto de auditoría por el posible mas uso de los recursos del Seguro Popular.

3. El caso particular del Fideicomiso de Protección Social en Salud

La Ley General de Salud establece, en el artículo 77 Bis 29, que con el fin de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo que provocan gastos catastróficos, la Federación debe constituir y administrar un fondo de reserva sin límites de anualidad presupuestal.

Con este propósito, se creó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual se construye con el 8% de los recursos destinados a la Cuota Social y de las Aportaciones Solidarias (Federal y Estatal), y es administrado y operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS).

Según establecen los artículos 96 y 108 del Reglamento de la Ley General de Salud, los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y del Financiamiento para la Previsión Presupuestal (FPP) se administran a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Para la radicación de los recursos del Fideicomiso a los estados, se requiere del acuerdo del Comité Técnico del Fideicomiso⁷⁸, por medio del cual se autorizan: (i) los desembolsos para atender las enfermedades relacionadas con Gastos Catastróficos; (ii) los recursos para el fortalecimiento de infraestructura; (iii) las compensaciones para subsanar las diferencias imprevistas en la demanda de servicios y (iv) los recursos para cubrir la garantía por la prestación interestatal de servicios

El Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS) es administrado por un fiduciario y sus recursos van dirigidos a la atención de enfermedades de alto costo (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos) y a la infraestructura (Fondo de Previsión Presupuestal). Los importes del FPGC y del FPP no se transfieren directamente a las entidades federativas, ya que de acuerdo a la normatividad vigente, éstos se envían primero al Fideicomiso de Protección Social en Salud (FSPSS).

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) administra y opera los recursos financieros del FPP, a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), quien mantiene estos recursos en una subcuenta específica. El Comité Técnico del FSPSS es la instancia colegiada que autoriza el otorgamiento de los apoyos económicos contemplados en el FPP.

⁷⁸ El Comité Técnico del Fideicomiso está integrado por: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, quien funge como Presidente del mismo, el Director General de Financiamiento de la CNPSS, el Director General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS, el Director General de Afiliación y Operación de la CNPSS, el Director General de Programación, Organización y Presupuesto de la SS, el Director General de Planeación y Desarrollo en Salud de la SS, el Coordinador General de Institutos Nacionales en Salud, el Secretario del Consejo de Salubridad General, el Director General de Programación y Presupuesto "A" de la SHCP, el Titular de la Unidad de Política y Control Presupuestario de la SHCP. Además tienen el carácter de invitados permanentes, un Representante tanto de la Secretaría de la Función Pública como del Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S. N. C.

Al respecto, resalta la cantidad de recursos que maneja el Fideicomiso. En el año de 2010 se canalizaron al FSPSS 10,016.5 millones de pesos en el 2010. Del total de recursos canalizados a este fideicomiso, 2,731.8 millones de pesos fueron aportados a la subcuenta del Fondo de Previsión Presupuestal y 7,284.7 millones al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).⁷⁹

El monto de los recursos manejados ameritaría una regulación diferente y no a través de un fideicomiso. Dicha modalidad abre las puertas para no respetar la legislación en materia de transparencia, ya que el fideicomiso goza del benéfico de la protección del secreto bancario. El cual puede ser adecuado para un particular, pero no para un ente que maneja recursos públicos.

Así mismo, el fideicomiso puede permitir evadir la legislación administrativa, por ejemplo toda la que se refiera al manejo presupuestal, como puede ser el caso de la ley federal de presupuesto y responsabilidad hacendaria y en general todo lo que tiene que ver con recursos públicos.

En materia de responsabilidades de servidores públicos, también, la legislación puede ser evadida, si se utiliza la figura del fideicomiso. Lo mismo se puede decir se en relación a los honorarios que se asignan a los integrantes del fideicomiso, los cuales escapan a la obligación de transparencia.

4. La deficiente infraestructura y presupuesto limitado para infraestructura

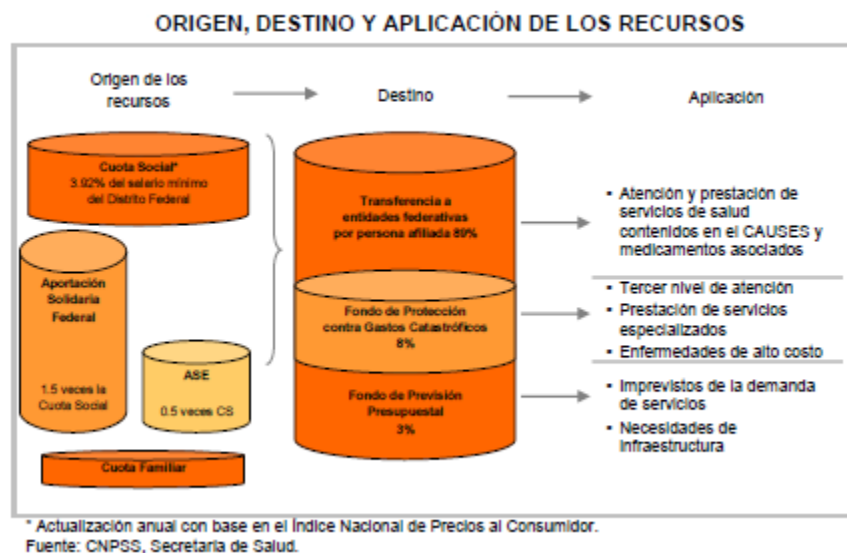
Así mismo el seguro popular se apoya en la infraestructura hospitalaria existente. Aumentando el número de beneficiarios pero no aumentando la infraestructura de los hospitales públicos. Esta situación sin duda ha redundado en una ineficiencia del derecho de la salud.

El Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios El Gobierno Federal cubre anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual es equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La aportación mínima de los estados y del Distrito Federal por persona sea equivalente a la mitad de la cuota social aportada por la federación. A su vez el gobierno federal cubre una aportación solidaria que debe representar al menos una y media veces el monto de la cuota social.

De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos, la Secretaría de Salud debe canalizar anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Artículo 77 bis 17 LGS).

De la cuota social y de las aportaciones solidarias la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios (Artículo 77 bis 18).

⁷⁹ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultado 2010, México, Comisión Nacional de Protección en Salud, p. 4.



Como se puede observar, del 3% de la cuota social y de las aportaciones solidarias, se aplica solamente dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social.

Durante el 2010, el Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS autorizó el financiamiento de 230 proyectos de infraestructura y equipamiento en 16 entidades federativas por un monto de hasta 1,818.9 millones de pesos.⁸⁰

Si se hace una revisión en la prensa estatal en cuanto a la suficiencia de la infraestructura médica⁸¹, se puede observar que existe una queja contante al respecto⁸², ya sea de los usuarios⁸³,

⁸⁰ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultado 2010, México, Comisión Nacional de Protección en Salud, p.8

⁸¹ http://www.elconfidencialdigital.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4065:fallas-y-deficiencias-en-el-seguro-popular&catid=1:local&Itemid=2 (nota del 2 de junio de 2011). El seguro popular en Delicias registra nulos avances en su aplicación. Chihuahua es el primer lugar con mayor tiempo de espera, cuarto en menor caaiad de surtimiento de medicamentos y 31 en calidad de servicios médicos. Consultado el 6 de octubre de 2011.

⁸² <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/176907.html>. EL UNIVERSAL visitó clínicas y hospitales en Guerrero, Chiapas, estado de México y el Distrito Federal. En todos los sitios encontró historias de personas decepcionadas porque el Seguro Popular no cumplió con las promesas que pregona: servicios médicos de calidad, así como atención y medicamentos gratuitos para sus afiliados. La falta de presupuesto no provoca las fallas. En varias ocasiones, funcionarios del gobierno federal han destacado que los recursos para el Seguro Popular se triplicaron. Si en 2006 recibió 18 mil millones de pesos, para 2010 fueron 52 mil millones. Incluso, a finales de marzo, el Banco Mundial aprobó un préstamo por mil 250 millones de dólares a México para que el Seguro Popular “sea más eficiente en su administración” y llegue a más población. Nota del 12 de abril de 2010. Consultado el 6 de octubre de 2011.

⁸³ http://www.municipiospuebla.com.mx/portal/index.php?option=com_k2&view=item&id=307:afiliados-al-seguro-popular-denuncian-deficiencias-en-texmelucan&Itemid=353 Las quejas por parte de derechohabientes del seguro popular en la región van en aumento, toda vez que señalan que las deficiencias y falta de medicamentos son evidentes y se suman los malos tratos del personal que atiende **estos lugares**. Los afiliados al seguro popular lamentaron que en las campañas televisivas se promuevan las bondades y beneficios de este programa, las cuales no cumplen las expectativas de los ciudadanos, ya que cuando acuden por alguna emergencia no se cuenta con el servicio adecuado ni con los medicamentos necesarios. Consultado el 6 de octubre de 2011.

del personal médico o un reconocimiento⁸⁴ dicho fenómeno por los responsables del sector Salud.

En relación a funcionario del sector salud, el titular de la Secretaría de Salud (Ssa), José Ángel Córdova Villalobos, en la conferencia “Los retos en la salud para el siglo XXI”, dictada en la Facultad de Medicina de la UNAM reconoció que pese a los avances que se han registren materia de salud, todavía existen fragmentación del sistema, duplicidades e ineficiencias; oferta diferenciada de servicios; variabilidad de la atención médica, y heterogeneidad en el financiamiento y administración.⁸⁵

En otras ocasiones el seguro popular es desbordado por la demanda existente.⁸⁶ Si bien, algunas entidades pueden tener una cobertura al cien por ciento. Se ha confundido cobertura con calidad en el servicio.

5. Los servicios privados de salud: Exclusión social e interés económico

La Ley General de Salud, establece que su artículo 5º. que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

No obstante la atención en salud que se pudiera obtener a través de los servicios privados de salud, lejos de complementar la protección social, constituyen una evidencia de la desigualdad existente en materia de salud. Al respecto, se ha señalado que uno de los grandes problemas que se encuentra en medio, es que la atención médica se ha convertido en uno de los grandes negocios del siglo XX. Si la medicina se socializó con la seguridad social, ahora pareciera que la ale-

⁸⁴ <http://www.coatzadigital.net/2010/07/senalan-deficiencias-en-el-programa.html> En su visita por el municipio de Coatzacoalcos el delegado estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Veracruz Sur, Miguel Ángel Llera Bello reconoció que existen deficiencias en el programa de “Seguro Popular” a pesar de ser un beneficio para la población. Llera Bello expresó que son evidentes algunas fallas de este programa federal, “entendemos que el Seguro Popular ha caído en algunas deficiencias a la hora de prestación de servicio” destacó. En ese sentido añadió que son situaciones que se deben mejorar a la brevedad posible para dar mejor servicio al derechohabiente, siendo uno de las principales quejas en el Seguro Popular “el desabasto de medicamentos”. Consultado el 6 de octubre de 2011

⁸⁵ Gaceta de la Facultad de Medicina, UNAM. 10 de febrero de 2011, No. 635.

⁸⁶ <http://www.zetatijuana.com/2011/06/06/deficiente-seguro-popular/> La demanda de servicio médico sobrepasa la capacidad de atención del Seguro Popular, programa en el que una tercera parte de los bajacalifornianos está afiliada y que cada vez resulta más difícil para obtener una cita. En un recorrido efectuado por ZETA, derechohabientes se quejaron de la falta de personal médico e incluso de medicamentos, como la señora Selene Pérez, quien acudió a la unidad médica de “El Tecolote”, donde prácticamente debe pernoctar para alcanzar una cita, y aun cuando llegó a las 5:00 am, fue atendida hasta después de las 5:00 pm.

Luego de perder todo el día para lograr ser consultada, le dijeron que volviera otro día, o de plano adquiriera por su cuenta el medicamento requerido, ya que el que le fue recetado, no estaba en existencia. En la unidad médica de la colonia El Pípila, localizada al Este de la ciudad y una de las de mayor demanda en la Tijuana, sólo se cuenta con un doctor a cargo del consultorio que da servicio a los derechohabientes del Seguro Popular, por lo que éstos no sólo deben madrugar para poder ser revisados por el profesional, sino perder dos o tres días para obtener cita. La señora María Gómez, residente de El Pípila, acudió el 18 de mayo a recibir atención médica, llegando a las 7:00 am y, aun así, no alcanzó lugar, por lo que volvió al día siguiente, pero su cita se programó hasta el viernes 20 de mayo. Consultado el 6 de octubre de 2011.

jan de la sociedad. El encarecimiento de los servicios de la salud se debe a que un día infausto los inversionistas descubrieron que la medicina podría ser un campo tan rentable o más que el deporte, el sexo o la moda, porque cuenta con un mercado potencial inmenso (toda la especie humana) y totalmente cautivo. Los inversionistas se pusieron a trabajar para llevar a cabo una transformación más de la medicina: convertirla de un servicio accesible de toda la sociedad, en un negocio para el beneficio económico de unos cuantos.⁸⁷

Por otro lado, la posible falta de confianza y de calidad en las instituciones de seguros (IMSS o ISSSTE) y de protección social (seguro popular) se puede quizás ver reflejada en el incremento de la atención médica en instituciones privadas. En el año de 1995 se realizaron 5,481 560 consultas y en el año de 2010 se realizaron 12 084 805 consultas (en ambos casos incluye consultas generales, especializadas -consultas de gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna y otras especialidades-, urgencias, odontología y medicina preventiva).⁸⁸ Sede observar como en cinco años las consultas aumentaron más de un 150%.

6. *La saturación del IMSS: más responsabilidades en materia de protección social*

En los últimos años se ha continuado saturando la infraestructura del IMSS al hacerlo responsable tanto del Seguro Médico para una Nueva Generación como de la prestación de servicios médicos de primer y segundo niveles de atención, en beneficio de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Así, de enero-diciembre 2009, IMSS-Oportunidades otorgó un total de 676,449 consultas a familias beneficiarias del Seguro Popular, en 18 entidades de la República Mexicana (incluido el Distrito Federal).⁸⁹

El 2 de febrero de 2007, la Secretaría de Salud y el IMSS celebraron el Convenio de Colaboración Interinstitucional para la Ejecución de Acciones Relativas al Seguro Universal de Salud para Niños (Seguro Médico para una Nueva Generación), cuyo objeto fue que el IMSS, en su carácter de administrador del Programa IMSS-Oportunidades, preste servicios médicos a los niños nacidos a partir del 1º. de diciembre de 2006, cuya edad fluctúe entre 0 meses y 6 años, y que hubiesen sido registrados en el SPSS, en aquellas localidades donde no existan instalaciones médicas de los Servicios Estatales de Salud.

De suerte que el programa IMSS-Oportunidades se constituye como un prestador de servicios de salud a los recién nacidos, a través de sus Unidades Médicas en las localidades altamente marginadas del país.

El 16 de junio de 2008, el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y el IMSS, celebró el Convenio Marco de Coordinación Interinstitucional para la Ejecución de Acciones Relativas al Sistema de Protección Social en Salud, el cual tuvo por objeto establecer las

⁸⁷ Pérez Tamayo, Ruy, “Los límites de la medicina”, en Rivero Serrano Octavio y Tanimoto Miguel (coordinadores), *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX (tercera parte)*; siglo XXI UNAM, 2005, p. 16.

⁸⁸ Consultas externas en establecimientos médicos particulares según tipo de consulta, 1995 a 2010.

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal39&s=est&c=22547> Consultado el 7 de diciembre de 2010.

⁸⁹ INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN 2009-2010. INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2009-2010, pp. 270.-272.

bases generales para la celebración de convenios específicos para la prestación de servicios médicos de primer y segundo niveles de atención, en beneficio de las familias afiliadas al SPSS.

IV. LAS NECESARIAS REFORMAS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y CREACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DE PROTECCIÓN SOCIAL

En México se ha desarrollado un sistema basado en seguros, pero también paralelamente se ha impulsado la creación de un sistema nacional de protección social. El sistema de salud en México se desarrolló de manera segmentada, sin una idea rectora que lo organizara en su conjunto, adicionando instituciones de salud y de seguridad social por grupos de población. Por ejemplo, el caso más reciente, el Seguro Médico para una Nueva Generación, que es un seguro voluntario de gastos médicos para los niños nacidos a partir del primero de diciembre del 2006 y sus familias, que no se encuentren afiliados a ninguna institución de seguridad social. Siendo loable su nacimiento, discrimina a los no nacidos en las fechas establecidas. Además responsabiliza a los Servicios de Salud de las Entidades Federativas y en caso de las localidades donde no existan éstos, serán proporcionados por instituciones de seguridad social o servicios médicos privados, mediante la firma de los convenios correspondientes.

El Informe de Evaluación de la Política desarrollo Social en México 2008, ha dado cuenta de la dispersión de programas y de la falta de coordinación institucional, que más que representar un beneficio es un problema estructural de la política de desarrollo social: “La multiplicidad de problemas socio económicos que padece el país podría justificar la diversidad de programas, pero parecería que esta diversidad más que un beneficio es un problema estructural de la política de desarrollo social. Salvo un pequeño conjunto e programas de gran presupuesto, es evidente que existe una gran dispersión de recursos en diversos programas, secretarías e instituciones, lo cual significa una atomización lo que puede traducirse en una falta de efectividad y eficiencia...”⁹⁰ Así mismo se señala que: “...la política de desarrollo social se ha centrado en los últimos 20 años en programas sociales focalizados, lo cual de alguna manera hace más eficiente el gasto, pero se ha olvidado de políticas universales que pudieran mejorar la calidad y cobertura de la educación, la salud, la seguridad social, que son parte de los derechos sociales universales. La política de desarrollo social debería incluir de manera ordenada y clara los programas sociales, la seguridad social y la política laboral, para que en el diseño agregado de la política de desarrollo social no se dupliquen esfuerzos, y se logren cambios mucho más efectivos en el abatimiento de la pobreza y el acceso a derechos sociales.”⁹¹

El Informe de Evaluación de la Política Desarrollo Social en México 2008, señala en su apartado de conclusiones, entre otras, que la política de desarrollo tiene grandes retos: El objeto de la política social está fragmentado y disperso; es necesario reforzar los sistemas de evaluación en el país, especialmente en los estados y municipios; no existen evaluaciones en los estados y municipios; hay gran número y dispersión de programas sociales; insuficiente coordinación al interior y entre instituciones que tienen a su cargo programas y políticas de desarrollo social; insuficiente coordinación entre federación, estados y municipios; la calidad de algunos servicios

⁹⁰ Informe de Evaluación de la Política Desarrollo Social en México 2008, p. 72.

⁹¹ Idem, p. 77.

públicos es deficiente, en particular en el caso de la educación y la salud, situación que es más aguda si se trata de poblaciones indígenas.⁹²

La desarticulación existente entre las diferentes instituciones de la seguridad social y programas de protección social es notoria. Quizás el hecho de mezclar instituciones y programas de protección ha generado, quizás si el incremento de la cobertura, pero también el incremento de problemas, entre los que se encuentran: la saturación de los servicios de seguros sociales al incrementar su espectro incluyendo a beneficiarios de programas de protección social (Seguro para una nueva generación, IMSS-Oportunidades, seguro popular), la falta de infraestructura y la calidad del servicio.

Resulta imprescindible replantear la organización y funcionamiento de la seguridad social para asegurar su viabilidad (**A**). Por otro lado, es evidente que se requiere una organización particular que se encargue de la cobertura social de la población que por alguna razón no sea asalariado formal registrado ante el seguro social, es necesaria la creación de un Instituto Mexicano de Protección Social, encargado de aglutinar a todo estos sectores (**B**).

A. Las reformas al modelo de seguros sociales

Varias son las reformas que se pueden realizar dentro del modelo de seguros sociales desarrollado en nuestro país, por ejemplo, fortalecer o incrementar los mecanismos de coordinación entre el IMSS y el ISSSTE (**1**), diversificar el financiamiento de la seguridad social (**2**) y, repensar el sistema nacional de pensiones, de suerte que sea menos importante el lucro que la protección (**3**).

1. Establecer o incrementar los mecanismos de una coordinación entre el IMSS y el ISSSTE

Salvo el tema de la portabilidad de las pensiones entre el IMSS y el ISSSTE, se debería evaluar incrementar la coordinación interinstitucional entre el IMSS, el ISSSTE en materia de prestaciones sociales y de seguros. Así mismo establecer una mayor coordinación entre el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de salud, en materia de compra y producción de medicamentos, de compra de infraestructura médica así como de mejores prácticas en la prestación del servicio médico.

Al respecto se debe de tener muy presente que uno de los grandes problemas de la seguridad social mexicana tiene que ver con la ausencia de unidad en la administración y gestión de la seguridad social.

2. Diversificar el financiamiento de la seguridad social

Algunos autores se han preguntado si ¿realmente pueden reducirse los costos de la atención médica? La respuesta ha sido contestada en dos sentidos: Sí, como hasta ahora, se busca una reducción modesta, no sistematizada, coyuntural y por sectores, la respuesta es afirmativa. Pe-

⁹² Informe de Evaluación de la Política Desarrollo Social en México 2008, pp. 94-95.

ro si se desea una disminución importante, sistemática, definitiva y global, la respuesta es no o casi no.⁹³

El financiamiento de la seguridad social mexicana, como ya quedo expuesto más arriba se encuentra en crisis⁹⁴, particularmente se refiere al tema de las pensiones⁹⁵. Aunque, habría que haría insistir, se trata de un fenómeno global. Ante dicha situación, se hace necesario pensar en otro tipo de fuentes de financiamiento. Entre las diferentes propuestas para resolver el financiamiento de la seguridad social se encuentran: Aumentos en la tasa de cotización, ampliación de la base gravable, aumento en la edad de retiro o disminución de la jubilación por edad temprana, co-pago o pago extra por servicios de salud, indexación de las jubilaciones a la inflación y los salarios, mejoras administrativas, uso del bono demográfico, ingresos fiscales de otras fuentes y privatización del sistema de pensiones.⁹⁶

Dado que la seguridad social mexicana busca combatir y prevenir enfermedades a través de un sistema nacional de salud. Debería explorarse la posibilidad de introducir una contribución destinada exclusivamente al financiamiento de la seguridad social. Se trataría de una manera de equilibrar el financiamiento de la misma. Sobre todo del sector que la seguridad social mexicana que busca otorga protección a la sociedad, a través del sistema nacional o estatal de salud. La composición del empleo en México se integra no sólo por trabajadores asalariados, sino que también por una cantidad considerable de trabajadores independientes y de informalidad, no es plausible considerar que sólo se pueden sostener las instituciones de seguridad social con las cuotas obrero-patronales. La sociedad en su conjunto debe participar en preservar y mantener estándares altos de seguridad social.⁹⁷

Una posibilidad, ya existente, en otros países, puede ser la introducción de una Contribución Social generalizada sobre los ingresos de actividad, ingresos en sustitución, rendimientos del patrimonio y productos financieros. Este tipo de contribuciones permite establecer un impuesto con fines específicos, que permite, por un lado, respetar el actual financiamiento de la seguridad social mexicana, así como salir de la discusión, que se ha dado en algunos países, sobre el incremento de los impuestos sobre el ingreso –como lo hace Dinamarca, Holanda y Alema-

⁹³ Treviño, Norberto, “¿realmente pueden reducirse los costos de la atención médica?”, en Rivero Serrano Octavio y Tanimoto Miguel (coordinadores), *El ejercicio actual de la medicina, siglo XXI*, UNAM, 2000, pp. 151-156.

⁹⁴ Moreno Padilla, Javier, *Financiamiento del seguro social* y Ángel Guillermo Ruíz Moreno, *El financiamiento de la seguridad social*, en Kurczyn, Patricia, Derecho Social. Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados, UNAM, México, 2005.

⁹⁵ Morales Ramírez, María Ascensión, *Financiamiento de la seguridad social: lo sistemas de pensiones*, en Kurczyn, Patricia, Derecho Social. Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados, UNAM, México, 2005

⁹⁶ Conferencia Interamericana de Seguridad Social, *Problemas de financiación y opciones de solución. Informe sobre la seguridad social en América 2002*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2002, p. 102-103.

⁹⁷ En Francia, el régimen general de Seguridad Social se financia fundamentalmente mediante cotizaciones y aportaciones basadas sobre las remuneraciones. Las cotizaciones se calculan a partir de determinadas tasas establecidas a nivel nacional y son a cargo de los empresarios y de los trabajadores por cuenta ajena. El régimen se financia también mediante la vía de contribuciones específicamente destinadas, particularmente: La Contribución Social Generalizada (CSG) y la Contribución para el Reembolso de la Deuda Social (CRDS). Se descuenta la CSG sobre los ingresos de actividad, ingresos en sustitución, rendimientos del patrimonio y productos financieros. Así mismo, des 1996 se descuenta también sobre todo tipo de ingresos la CRDS. Las personas que tienen su domicilio fiscal en Francia y que están a cargo, por cualquier concepto, de un régimen francés obligatorio de Seguro de Enfermedad tienen la obligación de pagar sobre el rendimiento de sus actividades una tasa de 7,5 % y la CRDS a una tasa de 0,5%.

nia-, en donde la protección social es financiada exclusivamente por los impuestos- o de tasar todos los productos con el impuesto al valor agregado.

3. *Sistema nacional de pensiones: menos lucro y más protección*

Estudios del Banco Mundial ha reconocido que los países que consiguieron mejores resultados con las reformas, se encuentran todavía con problemas: Baja cobertura, falta de mitigación de la pobreza, déficit fiscal persistente, limitada capacidad actuarial, sector financiero poco desarrollado, altas comisiones, sistemas de pensiones adicionales, prestaciones elevadas y falta de oportunidad y eficacia de la asistencia al fortalecimiento de la capacidad administrativa.⁹⁸ Además de que las cuentas de capitalización individuales, suelen ser atractivas y otorgar beneficios a los grandes inversionistas y costosas para los participantes pobres.⁹⁹

En el caso mexicano, ya se ha señalado el origen chileno del modelo implementado en el IMSS¹⁰⁰ y recientemente en el ISSSTE.¹⁰¹ La participación del sector privado en la administración de las pensiones de los trabajadores, las altas comisiones que se cobran por el manejo de las cuentas individuales, ya han planteado la necesidad de reformar los fondos de pensión basados en cuentas individuales. No por nada, la nueva ley del ISSSTE de 2007 ha sido tan discutida y objeto de una cantidad considerable de amparos por parte de los derechohabientes.

Hace años, los autores de la privatización de los fondos de pensión podían afirmar que se tendría que esperar para ver los resultados de la privatización total o parcial, con el fin de determinar su viabilidad para otros países.¹⁰² No obstante, el fracaso de las cuentas individuales de capitalización, manejadas por el sector privado conforme pasa el tiempo, demuestran su inviabilidad como método exclusivo para asegurar una pensión por años trabajados o por vejez.¹⁰³

Sin duda, los caminos apuntan a la necesaria existencia de un sistema mixto, en donde conviva una base solidaria que le asegure a todo indebido una vejez digna y por otro lado, posibilitar la existencia de un ahorro individual a través de aportaciones voluntarias.

⁹⁸ Grupo de Evaluación Independiente, *Reforma y reestructuración de los sistemas de pensiones. Evaluación de la asistencia prestada por el Banco Mundial*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, p. 62.

⁹⁹ Medigliani, Franco y Muralidhar, Arun, *Rethinking Pension Reform*, Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, 2004, pp.70.

¹⁰⁰ Morales Ramírez, María Ascensión, *La recepción del modelo chileno en el sistema de pensiones mexicano*, UNAM, México, 2005, 263 pp.

¹⁰¹ Se pueden consultar algunos comentarios sobre la nueva ley del ISSSTE en: Mendizábal Bermúdez, Gabriela, “Comentario a la nueva Ley del ISSSTE: aspectos positivos y negativos en el otorgamiento de las prestaciones”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 5, Julio-Diciembre de 2007; Morales Ramírez, María Ascensión, “Nueva Ley del ISSSTE y pensiones de retiro”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 5, Julio-Diciembre de 2007; Kurczyn Villalobos, Patricia, “Nueva Ley del ISSSTE”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 5, Julio-Diciembre de 2007; Ruiz de Chávez, Arturo, “Inobservancia del principio tutelar del derecho social en las normas del sistema de ahorro para el retiro de los trabajadores”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 5, Julio-Diciembre de 2007; Ruiz Moreno, Ángel Guillermo, “Las reformas a la Ley del ISSSTE: medicina amarga para un paciente en crisis”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 5, Julio-Diciembre de 2007, y Sánchez-Castañeda, Alfredo, “La nueva Ley del ISSSTE: ¿una reforma adecuada?”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 5, Julio-Diciembre de 2007.

¹⁰² González Roaro, Benjamín, *La seguridad social en el mundo*, México, Siglo XXI, 2003 (segunda edición), p 114.

¹⁰³ Ensignia, Jaime y Díaz, Rolando, (coordinadores) *La seguridad social en América Latina: ¿Reforma o liquidación?*, Nueva Sociedad, Venezuela, 1997, 252 pp.; Ramírez López, Berenice P. (coordinadora), *La seguridad social. Reformas y retos*, UNAM-Miguel Ángel Porrúa, México, 1999, 352 pp.

La crisis de las instituciones de seguridad social, particularmente en materia de pensiones, hace necesario reformar el marco jurídico existente, ya sea modificando el diseño de las prestaciones o incrementando las aportaciones en algunos seguros. En ese sentido se debe considerar crear un sistema nacional de pensiones que contemple la creación de un Instituto Nacional de Pensiones. El cual se encargaría de centralizar la organización y administración de las pensiones, a partir de una gestión pública que privilegie el interés público y no el lucro privado.

Tan existe un lucro económico de por medio, que si se comparan las comisiones de las siefores¹⁰⁴ básicas, se puede observar que la cobra una comisión menor sobre el porcentual sobre el saldo es PensionISSSTE (ver cuadro):

COMISIONES DE LAS SIEFORES BÁSICAS

(Al cierre de agosto de 2011)

Afore	Porcentaje Anual Sobre Saldo
Afirme Bajío	1.51
Azteca	1.67
Banamex	1.45
Bancomer	1.40
Banorte Generali	1.48
Coppel	1.70
HSBC	1.52
Inbursa	1.17
ING	1.48
Invercap	1.72
Metlife	1.69
PensionISSSTE	1.00
Principal	1.55
Profuturo GNP	1.53
XXI	1.40

Con información de: <http://www.consar.gob.mx/SeriesTiempo/CuadroInicial.aspx?md=5> Consultado el 5 de octubre de 2011.

El modelo sueco de pensiones, podría ser una posibilidad. En donde con el fin de minimizar los costos administrativos (gestión de cuenta, recaudar cotizaciones, proporcionar informa-

¹⁰⁴ Las Siefores (Sociedades de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro) son los fondos donde las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) invierten los recursos de los trabajadores a lo largo de su vida laboral.

ción, etc.), que conlleva un sistema de capitalización individual, los servicios administrativos están separados de los financieros e inversión de los fondos. En ese sentido, la administración de las cuentas la lleva una entidad pública y la inversión de los recursos es realizada por administradoras privadas, elegidas libremente por el afiliado.¹⁰⁵

La Autoridad de Pensiones de Prima se encarga de administrar las cuentas. Se trata de un organismo público creado al interior de la administración de la seguridad social. Entre sus funciones se encuentran: gestionar las cuentas individuales y proporcionar los servicios correspondientes operar como una cámara de compensación en las transacciones, es el proveedor monopolístico de pensiones.

Las Administradoras Privadas (AP) se encargan, por su parte, de la administración de los fondos. Las AP celebran un convenio con la Autoridad de Pensiones de Prima, no con el trabajador. Las AP desconocen la identidad de los fondos en los que invierten. El modelo genera competencia entre las AP, ya que deben ofrecer los mejores rendimientos.

B. La creación del Instituto Mexicano de Protección Social

Es de destacar que la fracción XXIX del Apartado A del artículo 123 Constitucional, ya haya contemplado, cualquier otro seguro: "...encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y familiares". De alguna manera dicha fracción ha sentado las bases del derecho a la protección social para toda persona no asalariada.

Históricamente la existencia de población sin empleo, de trabajadores independientes y en general de sectores en condiciones de vulnerabilidad social, ha originado que la seguridad social mexicana se complementa con políticas de protección social para dicha población que, por sus características, no puede o le es imposible cotizar en alguno de los institutos de seguridad social existentes.

Por lo que paralelamente se inició el desarrollo de los institutos de seguridad social para los trabajadores del sector privado, así como de una protección social para todas aquellas personas que no podían contar con los servicios proporcionados por dichas instituciones y que sin embargo requerían una atención médica en caso de enfermedades y que atendieran su situación de vulnerabilidad social.

Dicha complementariedad, desafortunadamente, no se ha dado bajo un esquema de coordinación, de simplificación y de reducción de costos para la administración pública. Muy por el contrario, se aprecia una desarticulación, entre otras razones, porque son varias las entidades y secretarías de Estado que intervienen.

El sistema de salud en México que originalmente partía del IMSS, a través de IMSS-Coplamar, al paso del tiempo se ha desarticulado. A pesar de sus nobles propósitos, carece de racionalidad (ausencia del principio de solidaridad intergeneracional, de responsabilidad del Estado y el individuo, múltiples órganos administrativos a cargo de la seguridad y la protección social, una universalidad formal más que real, cobertura sin calidad, etc.). Se ha desarrollado de

¹⁰⁵ Para un mayor estudio del modelo sueco, ver: Morales Ramírez, María Ascensión, Modelos de financiamiento de las pensiones. Tesis para obtener el grado de Doctora en Derecho, México, UNAM, 2009. Especialmente ver el capítulo IV: Sistema de cuentas nocionales y el modelo sueco, pp. 203 a 247.

manera segmentada, sin una rectoría centralizada de su organización y administración. Adicionando y mezclando instituciones de salud, de seguridad social y de protección social.

Sin duda los paradigmas han cambiado en nuestro país. El IMSS respondía al modelo de trabajadores asalariados con una relación laboral por tiempo indeterminado, que les permitía encuadrar su seguridad social en los cánones fijados por la Ley del Seguro Social.

Aunque, este contexto, nunca lo fue así, o quizás mayoritariamente nunca ha sido así. Situación que podemos ejemplificar con el hecho concreto de que son más los adultos mayores sin ningún tipo de pensión por jubilación, que aquellos que si cuentan con una pensión. De cada tres adultos mayores, no cuenta con algún tipo de pensión.

Por otro lado, cada vez vemos la aparición de una pluralidad de trabajadores que va más allá de aquellos caracterizados por un vínculo de subordinación clara y que cuentan con un empleo estable; así hoy en día podemos observar el surgimiento o el incremento de: trabajadores independientes, cierto es, en ocasiones falsos independientes, de trabajadores semi subordinados - parasubordinados-, de trabajadores a medio tiempo, de trabajadores informales y un porcentaje muy importante de población económicamente activa que no trabaja porque no encuentra un empleo. Los anteriores casos, dado el diseño de nuestra seguridad social no tiene cabida dentro de un sistema clásico de seguros sociales.

Para dicha población, han aparecido una serie de programas o de instituciones destinadas a cubrir sus necesidades de atención en materia de salud, así como para proporcionarles un ingreso de sobrevivencia. Dichos programas se han instaurado, en algunos casos, dentro del propio IMSS. Dando a dicha institución una responsabilidad de protección social, además de la de seguridad social. Otros programas de protección social se han desarrollado ya sea dentro de la Secretaría de Salud o la Secretaría de Desarrollo Social, tal y como ha quedado señalado con anterioridad.

Todos los programas e instituciones creadas, sin duda tienen fines nobles (desde IMSS-Coplamar, pasando por IMSS-Oportunidades y el seguro popular): contribuir con la protección social, la protección en salud o en bienestar social de población no derechohabiente, tal y como la definen dichos programas.

1. Fines del Instituto Mexicano de Protección Social

Quizás sea el momento, en los umbrales del siglo XXI, pensar en la creación de un Instituto Mexicano de Protección Social destinado a la población abierta no derechohabiente. En donde se perseguirían cuatro grandes fines.:

I. En primer lugar, centralizar la infinidad de programas e instituciones que prestan protección social, a la protección en salud o en bienestar social de población no derechohabiente. De esta manera, al existir una sola institución, el Instituto Mexicano del Protección Social, se lograría una mejor administración, calidad del servicio, cobertura y transparencia en el manejo de los recursos financieros.

II. General una infraestructura propia para el Instituto Mexicano de Protección Social, ya que actualmente es una de los aspectos más descuidados. Así, por ejemplo, el seguro popular

parte de la infraestructura existente, la cual de suyo es insuficiente e inadecuada. Ocasionando una sobresaturación de lo que de por sí ya estaba saturado.

III. En segundo lugar garantizar el derecho universal a la protección social para toda la población. No solamente en cuanto a la cobertura, si no lo más importante, en cuanto a la calidad del servicio

IV. En tercer lugar, crear un seguro de salud y de enfermedades para toda la población no derechohabiente. Así como diseñar esquemas de ahorro para, por ejemplo, el sector informal, que les permita contar con ingresos al final de su vida productiva. Algunas propuestas ya han sido elaboradas en la materia.¹⁰⁶ Sin embargo, nosotros concebimos que las prestaciones de vejez, edad avanzada o cesantía en el trabajo debe ser administrada por un organismo público y no por las Afores.

Así mismo, en caso de prestaciones que cubran enfermedades o accidentes de trabajo, así con la posibilidad de contar con una prestación o seguro de retiro, vejez y cesantía en edad avanzada, su financiamiento, se buscaría incluyera aportaciones de los beneficiarios. Esto bajo los principios de solidaridad y corresponsabilidad.

De hecho, el país estaría innovando en cuanto a la organización que se conoce actualmente como el piso de protección social como parte de la escalera de la seguridad social:



Actualmente, la metáfora de una “escalera” de seguridad social se refiere a tres escalones: El escalón de abajo comprende un conjunto de garantías básicas, que se otorgan a todas las personas mediante el piso de protección social. Para la gente con carácter de contribuyente, es necesario que un segundo nivel de prestaciones se fortalezca como derecho (definido y protegido por ley). Finalmente, para quienes necesitan o desean obtener niveles aún mayores de protección,

¹⁰⁶ Moreno Padilla, Javier, Seguridad Social para trabajadores informales, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 2, enero-junio de 26, pp. 223-281.

se puede organizar un “piso superior” destinado a contratar seguros privados voluntarios (pero sujetos a las regulaciones y a la supervisión estatal, del mismo modo que todos los regímenes de seguro privado).

El Instituto Mexicano de Protección Social contaría con prestaciones que se encuentran en este momento solo destinado a la población que gozan de seguridad social: enfermedades o accidentes de trabajo, así con la posibilidad de contar con una prestación o seguro de retiro, vejez y cesantía en edad avanzada.



El primer piso, dentro del esquema del Instituto Mexicano de Protección Social, no sólo contemplaría un acceso a servicios medios esenciales Si no que también, podría contemplar mecanismo especiales para los trabajadores no asalariados, a fin de que puedan contar con mecanismos que les permitan contar con una cobertura de accidentes de trabajo, así como con la posibilidad de gozar de un fondo de ahorro en caso de cesantía del trabajo por años laborados o por edad avanzada. Monto que necesariamente debe ser superior al que podría garantizar el Estado como pensión de sobrevivencia universal destinada a toda la población, independientemente de sus ingresos.

De esta manera se estaría considerando la existencia de prestaciones universales en materia de salud y de un sistema solidario público para las pensiones por vejez o años de trabajo. Sin dejar de lado el ahorro individual complementario o cotizaciones para cubrir enfermedades o accidentes de trabajo, así con la posibilidad de contar con una prestación o seguro de retiro, vejez y cesantía en edad avanzada.

2. *La naturaleza Jurídica del Instituto Nacional de Protección Social*

La organización y administración de la protección social estaría a cargo del Instituto Nacional de Protección Social, como un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Al cual dada su naturaleza tendría que contar con representantes del sector social.

El Instituto Mexicano de Protección Social constituiría, el ente institucionalizado, centralizado y eficiente administrativamente, que le permita al país, proporcionar de manera coherente y organizada una protección social universal para todos los mexicanos que no puedan acceder al IMSS o al ISSSTE.

De tal manera que nuestro país contaría con una institución, el IMSS destinado a la población derechohabiente y otra, destinada a la población no derechohabiente, el Instituto Mexicano de la Protección Social. Con estas dos instituciones se buscaría atender las necesidades de dos poblaciones con características diversas.

Una protección social para todos, implicaría diseñar dos instituciones que atiendan las particularidades de cada trabajador; ya sean o no trabajadores subordinados o no; se encuentren en el sector formal o informal de la economía; tenga la características de independientes, parasubordinados o semi independientes; o se encuentren en una situación de desempleo o de falta de empleo.

Estaríamos así en condiciones de contar con dos instituciones especializadas, según la derechohabiencia o no de los trabajadores, que permitirían asegurar una protección social universal. El Instituto Mexicano de Protección Social permitiría que todos los residentes tengan acceso a un conjunto básico de prestaciones de salud. Que todos los niños gocen de una seguridad de ingresos mediante transferencias en especie, que permitan garantizar el acceso a la nutrición, la educación y la salud. Al igual que las personas de edad avanzada o con discapacidades tengan acceso a un ingreso de sobrevivencia.

3. *El financiamiento del Instituto Mexicano de Protección Social*

El Instituto Mexicano de Protección Social, contaría con financiamiento público, proveniente de todos los programas sociales de previsión social, que en este momento se encuentran dispersos y en muchas ocasiones, carentes de transparencia y fuera del control de y vigilancia de los organismos públicos. Como ya se ha visto más arriba, los manejos irregulares que se realizan en las diferentes entidades federativas, sólo provocan que los recursos no se dediquen a lo que están planeados originalmente.

4. *Una protección social solidaria y contributiva con el sector informal*

El Instituto Mexicano de Protección Social, tendrían, entre sus diversas vocaciones, diseñar un modelo de protección social para el sector informal. En ese sentido atendiendo a las particularidades del contexto mexicano, se debería reflexionar sobre las tres formas fundamentales de promoción de la seguridad social para los trabajadores informales y las personas a su cargo:

Creación de regímenes especialmente diseñados. Situación que implica una ampliación y reforma del sistema formal de seguridad social.

Cabe señalar que la aplicación de alguna de las formas arriba señaladas para los trabajadores del sector informal se debe realizar a partir de una visión articulada que atienda a la pluralidad que se presenta en el sector informal. En donde se encuentran tanto trabajadores subordinados, como trabajadores independientes y pequeños empleadores informales.

5. *Prestaciones solidarias para adultos mayores*

Por otro lado, el Instituto Mexicano de Protección Social podría articular una prestación solidaria para los adultos mayores, que no cuenten con un ingreso derivado de un seguro de retiro, vejez o cesantía en edad avanzada.

El número de personas que reciben una pensión derivada de una relación laboral en México es infinitamente inferior al número de personas de la tercera edad existentes en el país. Por lo que es necesario garantizarles un ingreso sustituto que les permita una vida digna al final de sus años. De alguna, manera, los diferentes apoyos económicos, que se han creado o implementado para las personas de la tercera edad, permiten garantizar un ingreso de sobrevivencia mínimo.

Destaca dentro de esta visión, como ya se ha señalado previamente, la Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de setenta años, residentes en el Distrito federal, del 19 de noviembre del 2003, Dicha ley establece en su artículo primero que los adultos mayores de sesenta y ocho años, residentes en el Distrito Federal tienen derecho a recibir una pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

Otras entidades federativas, como el Estado de México cuenta con un paquete nutricional con orientación geriátrica, basado en la pirámide nutricional. Además se otorga un paquete con productos de aseo personal y limpieza. El programa cubre los 125 municipios del Estado de México. Para poder acceder al programa se requiere ser adulto mayor de 70 años o más, vivir en situación de pobreza alimentaria, marginación, exclusión y vulnerabilidad, habitar en el Estado de México, entre otros¹⁰⁷ En Veracruz se brinda a las personas mayores de 70 años de escasos recursos y que no cuenten con algún programa social del Estado o de la Federación, una Pensión Alimenticia correspondiente a la mitad del Salario Mínimo Mensual vigente en la ciudad de Xalapa.¹⁰⁸ En Zacatecas, el Programa “Por amor, al rescate de los abuelos” comprende a las personas de 60 a 74 años. A quienes se les otorga un apoyo de despensa. Este programa es estatal por lo que se desconoce el monto asignado, el SMDIF sólo cubre una cuota de recuperación de \$5.00 por despensa que se paga al SEDIF. Actualmente se cuenta con un padrón de 447 beneficiarios. El monto anual asignado por el SMDIF para cubrir dichas cuotas es de \$26,820.00 A los adultos mayores de 75 años en adelante, se les apoya con una beca económica de \$300.00. De esta beca el DIF Municipal aporta 50% de la beca y el SEDIF aporta el 50% restante. Actualmente se cuenta con un padrón de 550 beneficiarios. El monto anual asignado por el SMDIF para este programa es de \$990,000. Para ingresar al programa se requiere: Copia acta de naci-

¹⁰⁷ <http://www.edomex.gob.mx/portal/page/portal/cemybs/programas/pension70> (Consultado el 16 de enero de 2009).

¹⁰⁸ http://portal.veracruz.gob.mx/portal/page?_pageid=957,4286509&_dad=portal&_schema=PORTAL (Consultado el 16 de enero de 2009).

miento, copia credencial de elector, copia comprobante de domicilio y una fotografía de preferencia de cuerpo entero (sólo las personas mayores de 75 años) lo anterior, para integrar los expedientes respectivos.¹⁰⁹ En Yucatán existe un programa denominado “Programa Estatal de Apoyo a los Adultos Mayores”. Por conducto de este Programa, de acuerdo a las posibilidades presupuestarias y logísticas se proporciona una pensión a las personas de setenta años de edad o más. Dicha pensión consiste en la cantidad de \$550.00 (quinientos cincuenta pesos, moneda nacional) que podrá ser entregada en efectivo, o en su caso, depositada mensualmente por el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado en una cuenta bancaria individual para cada beneficiario.¹¹⁰

Los anteriores apoyos económicos resultan interesantes ya que a nivel de las entidades federativas se favorece el principio de solidaridad inter generacional y de una seguridad social, financiada a través de los impuestos de los contribuyentes. Son, así mismo, la base de la creación de un ingreso solidario para los adultos mayores. Se trata de articular los programas estatales como los federales destinados a los adultos mayores.

¹⁰⁹<http://www.capitalzacatecas.gob.mx/documentos/fracciones/fraccionespdf/FRACCION%20V/BENEFICIARIOS%20PROGRAMAS%20DIF.pdf> (Consultado el día 16 de enero de 2008).

http://www.yucatan.gob.mx/gobierno/orden_juridico/Yucatan/Programas/nr1661rfl.pdf (Consultado el 16 de febrero de 2009). Ver también: Diario Oficial del 1 de diciembre 2008.

CONSIDERACIONES FINALES

El modelo de seguros sociales, manifestado en los esquemas de seguros del IMSS o del ISSSTE, sin duda, a pesar de sus deficiencias, ha sido uno de los pilares fundamentales para garantizar el derecho a la salud en nuestro país. Sin embargo actualmente el modelo de seguros sociales necesita una refundación, particularmente, en lo que se refiere a sus esquemas de financiamiento, a la calidad del derecho que se presta, así como en la administración de la misma, particularmente en lo que respecta a los esquemas de ahorro para el retiro. En donde se debe privilegiar el interés social y en segundo lugar los espacios de lucro económico. Como funciona actualmente el modelo, se privilegia el interés económico sobre el interés social.

Por otro lado, los diferentes esquemas de protección social creados para atender a la población no derechohabiente; la cual generalmente se caracteriza por sus condiciones de pobreza; han permitido extender el derecho a la salud a amplios sectores de la población mexicana.

A lo largo de presente estudio, se ha podido observar cómo se han mezclado los esquemas de protección social con lo de seguridad social. Hoy como ayer, ya sea a través de IMSS-Coplamar (que implicó hacerse cargo de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, significado de Coplamar), de IMSS-Solidaridad o de IMSS-Oportunidades; es una muestra evidente de cómo en los últimos 32 años el IMSS ha desempeñado un papel muy importante para garantizar el derecho a la salud de la población no derechohabiente.

De hecho, la participación del IMSS en materia de protección social se ha incrementado a partir de los convenios celebrados con el Seguro Popular para atender a población beneficiaria de dicho programa. Gracias al convenio macro celebrado en 2008 entre la Secretaría de Salud y el IMSS para establecer las bases generales para la celebración de convenios específicos para la prestación de servicios médicos de primer y segundo niveles de atención, en beneficio de las familias afiliadas al SPSS.

No obstante, a pesar de esta colaboración permanente e histórica entre el IMSS y la Secretaría de Salud para garantizar el derecho a la salud de la población en condiciones de pobreza. Son varios los esquemas que se han desarrollado para atender a la población con necesidades sociales apremiantes, entre las cuales se encuentra el derecho a la salud. La pluralidad de esquemas utilizados, la concurrencia sin coordinación de varias secretarías de estado y de los gobiernos de las entidades federativas, lo único que han ocasionado es que formalmente se entienda el derecho a la salud, pero realmente siga siendo un derecho no garantizado plenamente. Llegándose a la malversación de recursos o manejo discrecional de los mismos. Problemas que se explican justamente por el inadecuado diseño estructurales de la protección social en nuestro país.

En ese sentido, como ha quedado asentado en el presente trabajo, hemos considerado la necesidad de articular la protección en un solo organismo, el Instituto Mexicano de Protección Social, que permita la existencia de una sola entidad que simplifique la administración y disminuya los costos de la protección social. Que asegure, además, transparencia y rendición de cuentas.

La creación del Instituto Mexicano de Protección Social permitiría articular la hoy dispersa política social. Su creación habilitaría la concreción del principio de solidaridad que permite otorgar prestaciones sin que tenga que mediar cotización alguna para todo a quella población -menores de edad, mujeres y personas de la tercera edad- en condiciones de dificultad y con problemas de inclusión social.

Sin duda, la creación de una nueva institución, tendrá que apoyarse en el IMSS, como históricamente ha sucedido, pero generado o creando al mismo tiempo su propia infraestructura hospitalaria. De otra manera, si se continúa bajo el mismo camino, se podrá presumir el incremento formal del número de beneficiarios de la protección social, pero no se garantizará realmente el derecho a la salud y se continuará con una política social en materia de protección en salud, desarticulada, ineficiente y carente de transparencia. Además de que el IMSS continuará siendo atiborrado, repercutiendo dicha saturación en la calidad del servicio. .

Como lo señalamos en la introducción del presente estudio, en el siglo XXI es fundamental consolidar e institucionalizar la protección social a través de la creación del Instituto Mexicano de la Protección Social, así como en el siglo XX se consolidó e institucionalizó la seguridad social en nuestro país a través del Instituto Mexicano del Seguro Social.