

SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO: PRESENTE Y FUTURO

Gonzalo ROJAS ARREOLA*
Odilia ULLOA PADILLA**

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El derecho a la seguridad social en México*. III. *El contexto de la reforma de la seguridad social en México*. IV. *Las directrices del Banco Mundial y la reforma de la seguridad social en México: servicios médicos*. V. *El “proyecto de reforma del IMSS”: el nuevo modelo y sus implicaciones*. VI. *Seguridad social en la LVII Legislatura*.

I. INTRODUCCIÓN

Después de la reforma de 1980-1985 a la seguridad social en Chile, varios países de América Latina han emprendido en la presente década reformas importantes a sus sistemas de seguridad social, México no ha sido la excepción. Uno de los campos de la reforma es el de las pensiones. Ya sea que se trate de una sustitución parcial o total de los sistemas de reparto tradicionales o del establecimiento de regímenes mixtos o complementarios (reparto y capitalización individual), la tendencia es hacia la adopción del modelo de pensiones privado chileno vigente desde 1981. Los regímenes públicos de pensiones basados en el reparto y la redistribución intergeneracional son sustituidos por sistemas de pensiones privados que se sustentan en la capitalización individual.

* Médico cirujano, diputado federal presidente de la Comisión de Seguridad Social y secretario de la Comisión Investigadora del IMSS de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, LVII Legislatura. Integrante de la Academia Mexicana del Derecho a la Seguridad Social.

** Economista, asesora de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, LVII Legislatura. Integrante de la Academia Mexicana del Derecho a la Seguridad Social.

Otro ámbito de la reforma son los regímenes de salud de los sistemas de seguridad social, en cuyo caso, se verifica una fuerte tendencia a la apertura del sector privado en la provisión de los servicios, sobre todo, en el caso de los sistemas más desarrollados. Los modelos públicos basados en fondos de financiamiento colectivos y provisión de servicios integrales en función de la necesidad son desplazados por modelos duales, público-privado, basados en la competencia, la libertad de elección y la dotación de paquetes “compresivos” o “básicos” de servicios de salud en función de su costo. En un esquema de este tipo, los beneficios no se otorgan en función de la necesidad, sino de la capacidad contributiva individual y de pagos adicionales (sobre primas).

La divisa de las reformas parece ser clara: romper lo que se ha dado en llamar el “cuasimonopolio” del Estado en la prestación de servicios de salud y de pensiones, baluartes de la seguridad social. Privatizar actividades estatales de carácter social potencialmente “rentables” para la empresa privada parece ser el fin último de las reformas.

Es ampliamente conocido el fuerte apoyo otorgado por los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial, a los países latinoamericanos que vienen emprendiendo estas reformas de corte estructural a sus sistemas de seguridad social. En la materia, una de las orientaciones más fuertes del Banco Mundial es que los gobiernos financien exclusivamente un conjunto de servicios clínicos esenciales de salud definidos a escala nacional (paquetes básicos de servicios de salud), lo cual permitiría —desde la perspectiva del Banco Mundial— que el resto de la atención a la salud se financiara de manera privada y a través de seguros sociales, estos últimos deberían fomentar esquemas de “competencia” o de subrogación de servicios.

En uno y otro caso (pensiones y salud), nos encontramos frente a un proyecto hegemónico que tiende al desmantelamiento de espacios vitales de la seguridad social pública para transferir esta responsabilidad a la empresa privada, llevando la famosa libertad de elección individual y de la competencia al terreno del derecho a la salud y a la previsión social. Asistimos, en pocas palabras, al fin de la seguridad social o al tránsito del seguro social al seguro privado. Seguridad privada no es de ninguna manera seguridad social, protección individual no es seguridad social.

II. EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

En México, el derecho a la seguridad social es una de las mejores expresiones del principio de justicia social contenido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y corolario de importantes luchas históricas de los trabajadores del campo y la ciudad. El derecho a la seguridad social ocupa un lugar privilegiado por su naturaleza obligatoria, integral, solidaria, redistributiva y subsidiaria. El artículo 123 constitucional ampara prácticamente la totalidad de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado, a través de una amplia cobertura de beneficios que comprende seguros de invalidez, de vejez, de vida (sobrevivencia), de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes no profesionales, de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, servicios de guarderías y otra clase de beneficios para el bienestar individual y colectivo, y el derecho a contar con una vivienda digna.

El derecho a la seguridad social en México siguió una ruta invariablemente ascendente desde 1942, año en el que el Congreso de la Unión aprueba el Decreto de Ley del Seguro Social que reglamentó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional. En enero de 1943 se expide la Ley del Seguro Social que da lugar en 1944 al nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para proteger a los trabajadores asalariados del sector formal de la economía. Posteriormente, en 1959, se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para proteger a los trabajadores asalariados del sector público. Hoy, el IMSS y el ISSSTE cubren a poco más de 65 millones de mexicanos que representan cerca del 67% de la población total de nuestro país: el IMSS protege alrededor de 55 millones (41.5 millones, asegurados directos y familiares; 3.4 millones, pensionados y familiares, y 10 millones en el Programa IMSS-Solidaridad) y el ISSSTE cubre a poco más de 10 millones (9.4 millones, asegurados directos y familiares, y 685 mil pensionados y familiares).

Durante los años setenta se fortalece el carácter integral del seguro social y se sientan las bases para su tránsito hacia un sistema de seguridad social. Este proceso se define, al menos, por los siguientes hechos:

- En 1972 se crean dos institutos nacionales de vivienda, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit) y el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Fovissste), concretándose así el derecho de los trabajadores asalariados del sector privado y público a contar con una vivienda digna y decorosa, previsto por el artículo 123 constitucional.
- En 1973 entra en vigor una nueva Ley del Seguro Social que dispuso, entre otros aspectos de avanzada, la creación del Seguro de Guarderías para apoyar a las madres trabajadoras; la extensión de los servicios médicos del IMSS a grupos de mexicanos sin capacidad de pago (básicamente de los sectores rural y urbano marginados) a través del programa IMSS-Coplamar (Coordinación del Plan de Apoyo a Zonas Marginadas), hoy IMSS-Solidaridad, y la extensión del régimen obligatorio del seguro social a sectores no sujetos a una relación salarial a través de su incorporación voluntaria (con la participación del Estado como sujeto solidario).

El Instituto Mexicano del Seguro Social se constituyó en el pilar más importante del derecho a la seguridad social en México, tanto por su cobertura poblacional como por los beneficios o riesgos previstos en su régimen obligatorio. En 1944, el IMSS inicio la prestación de servicios en la capital del país, y en 1958 la totalidad de las entidades federativas quedaron incorporadas.

El crecimiento de la infraestructura médica-hospitalaria del IMSS siguió una ruta vertiginosa. Entre 1950 y 1960 se construyeron setenta hospitales y más de 300 clínicas. En 1961 el Centro Médico Nacional de la ciudad de México, hoy Siglo XXI, se transfiere al patrimonio del Instituto. En 1979 se inauguran noventa unidades del Programa IMSS-Coplamar con el propósito de extender los beneficios del Instituto a sectores de la población marginados y sin capacidad de pago. Las unidades de IMSS-Solidaridad, dan atención a una población de entre 10 y 12 millones de personas y desde 1997 su financiamiento corre a cargo de la Secretaría de Salud.

Los hospitales del IMSS se convierten en el semillero de los mejores investigadores clínicos y médicos especialistas de México, circunstancia que le da gran prestigio a la medicina mexicana. En 1963 se establece el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social con la colabora-

ción del IMSS, la Organización de los Estados Americanos y la Oficina Internacional del Trabajo. Al centro acuden para capacitarse y compartir sus conocimientos funcionarios de salud de toda América. En el periodo que va de 1970 a 1983, 17 países solicitaron los servicios médicos del IMSS para atender a 1,311 pacientes. Además médicos extranjeros hacen aquí su especialización, por ejemplo, entre 1980 y 1983 se adiestraron 875 médicos practicantes de todos los países de Latinoamérica

En 1973, atendiendo a las disposiciones de la nueva Ley del Seguro Social, el IMSS ampara a grupos de campesinos, henequeneros de Yucatán, tejedores de fibra de la región mixteca de Oaxaca, Puebla y Guerrero, así como a ejidatarios del plan Chontalpa y de la Comarca Lagunera. En los años siguientes se siguen incorporando otros grupos de campesinos.¹

III. EL CONTEXTO DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Desde hace poco más de cuatro lustros, la economía mexicana transita por una grave crisis estructural. El proyecto económico neoliberal —iniciado con el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988)— para enfrentar la crisis, ha tenido como soporte un conjunto de transformaciones estructurales tales como la privatización de activos estatales, la reprivatización del campo y una acelerada liberalización comercial y financiera. La estrategia de “cambio estructural” impulsada por los tres sexenios recientes (1982-2000), ha cumplido puntualmente con las orientaciones dictadas y financiadas desde Washington por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

El ajuste estructural de la economía mexicana ha sido acompañado por la aplicación puntual de un paquete de política económica, entre cuyas medidas destacan: i) la reducción del déficit fiscal hacia una meta superavitaria; ii) la disciplina fiscal sobre la base de la reordenación y reorientación del gasto público; iii) una reforma fiscal basada en la ampliación de la base impositiva, el aumento de los impuestos indirectos (impuesto al consumo) y disminución de las exenciones fiscales; iv) la desregulación económica para promover la competencia en los mercados locales quitando los controles públicos y los subsidios “desleales” que “inhiben la libre competencia”; v) tasas de interés determinadas por el mercado, pero

1 IMSS, *Una historia compartida 1943-1993*, México, 1993.

con el control de su mantenimiento real y positivo; vi) atracción de inversión extranjera, mediante un mayor grado de participación y libertad en los mercados financieros y de bienes y servicios; vii) tipo de cambio acorde con el fomento de las exportaciones; viii) política comercial basada en la liberalización de las importaciones y la eliminación de las barreras y aranceles y, ix) la política de privatización de activos estatales como elemento sustantivo de la estrategia de ajuste estructural, bajo los supuestos de que la acción del Estado “crea distorsiones de precios”, la inversión pública es ineficiente y, que, a su vez, una menor participación del Estado en la economía permite reducir tanto el déficit fiscal como la deuda pública.

El proceso de “cambio o ajuste estructural” y el paquete de política económica adoptados, lejos de resolver la crisis de la economía mexicana, la ha profundizado. Los saldos económicos se expresan en la profundización de los desequilibrios macroeconómicos básicos y la reaparición de viejas y latentes contradicciones. Los frágiles y pasajeros equilibrios macroeconómicos alcanzados en periodos cortos, reaparecen con mayor fuerza como desequilibrios más difíciles de resolver; ejemplo de ello es el regreso en 1997 a una posición deficitaria en las finanzas públicas: en ese año el déficit fiscal se ubicó en 0.7% del PIB, en 1998 en 1.3% y en 1999 se estimó en 1.25% del mismo producto.²

Hoy, a diferencia del periodo de crecimiento económico anterior a los años ochenta, el déficit fiscal no financia la expansión económica, sino la ineficiencia del sector privado financiero y empresarial. El déficit fiscal de 1997, 1998 y 1999 es el resultado de los programas de “saneamiento financiero” y carretero y, no sólo ello, también el costo fiscal de la puesta en marcha de un nuevo negocio financiero, el sistema de pensiones privado con su red de Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore).

Los saldos económicos de los programas de ajuste y estabilización económica han propiciado a su vez una creciente desigualdad socioeconómica, resultado, por un lado, de la política salarial que ha devaluado los sueldos y salarios y, por otro, de la polarización en la distribución del ingreso que ha concentrado la riqueza nacional en niveles históricos, tanto por el lado de las ganancias (rentas empresariales, renta de la propiedad, etcétera) y de los salarios (distribución funcional) como por el lado

² Poder Ejecutivo federal, *Quinto informe de gobierno*, anexo, 1o. de septiembre, México, 1999.

de las familias o estratos de la población (distribución personal, por deciles). El saldo social puede resumirse en la extensión del círculo perverso de inequidad distributiva (pobreza) y, expresado en números, tenemos que:

- Entre 1982 y 1993, la participación de los salarios en el Producto Interno Bruto pasó de 36.0 a 28.5% y las ganancias de 55.0 a 62.0% del mismo PIB.³
- En 1984 y 1994, al decil más pobre de la población le correspondió el 1.3 y 1.1% del ingreso nacional, mientras que el más rico aumentó su participación al pasar de 34.2 a 41.2%, respectivamente.⁴
- Entre 1982 y 1997 la población en condiciones de pobreza pasó de alrededor de 40 millones a cerca de 50 millones de personas y, en el periodo 1994-1998, la cifra de mexicanos en extrema pobreza casi se duplicó al pasar de 14 a 26 millones de personas.⁵

En resumen, se han deteriorado todos los indicadores de niveles de vida de la gran mayoría de la población, lo que nos ubica en este terreno por debajo de las cinco economías más grandes de América Latina.

IV. LAS DIRECTRICES DEL BANCO MUNDIAL Y LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO: SERVICIOS MÉDICOS

En 1993 el Banco Mundial difunde su *Informe sobre Desarrollo Mundial* bajo el tema especial “Invertir en salud”, señalando una serie de recomendaciones tendientes a promover la asistencia clínica, vía la amplia-

3 Escobar Toledo, Saúl y Ulloa Padilla, Odilia, “El nuevo sistema de pensiones y su impacto en la economía: prefiguración de algunas tendencias”, en Mussot L., Ma. Luisa (coord.), *Alternativas de reformas de la seguridad Social*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco y Fundación Friedrich Ebert, 1996.

4 *Idem*.

5 De acuerdo con Enrique Hernández Laos en 1981, 1984 y 1988 el número de pobres se ubicó en alrededor de 42, 47 y 50 millones, respectivamente y, para 1992, el 6% de la población total del país se encontraba en esas condiciones, *Crecimiento económico y pobreza en México / Una agenda para la investigación*, México, UNAM, 1992. Por su parte, en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 estimó que en 1995, 14 millones de personas vivían en condiciones de pobreza extrema. Esta cifra, en 1998, se habría duplicado prácticamente al pasar a 26 millones, de acuerdo con declaraciones de Esteban Moctezuma, Secretario de Desarrollo Social del Gobierno Federal, *El Financiero*, México, 20 de julio de 1998, p. 74.

ción de los seguros privados o mediante seguros sociales bajo un modelo de “diversidad” y “competencia” y/o de “subrogación y subcontratación” de servicios clínicos e insumos del sector público.⁶

En 1995 el gobierno federal inicia una serie de acciones en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 bajo las condiciones que el Banco Mundial le impone. El IMSS, como la institución más grande de seguridad social, es el laboratorio de esta reforma. El titular del Poder Ejecutivo, Ernesto Zedillo Ponce de León, propone en noviembre de 1995 una nueva Ley del Seguro Social que es aprobada en diciembre de ese mismo año por el Congreso de la Unión, con el voto en contra de todas las fuerzas políticas de oposición. Los objetivos fundamentales de esta reforma profunda fueron, por un lado, instrumentar la privatización de los fondos de pensiones y, por otro, en una segunda generación de la reforma, establecer las condiciones para la ulterior modificación del modelo de prestaciones médicas hacia su privatización parcial.

El preámbulo de esa reforma fue el “Diagnóstico del IMSS” (marzo de 1995) elaborado por la dirección del instituto, en el que se señalaron serias deficiencias que supuestamente serían corregidas por la nueva Ley del Seguro Social, en vigor a partir del 1o. de julio de 1997. Sin embargo, las deficiencias que la nueva ley resolvería, lejos de disminuir, se incrementan. Y en una visión extrema, los problemas de la atención médica se atribuyen (Banco Mundial *dixit*) al sistema burocrático monopolizado por el Estado.

Desde una perspectiva más amplia, la reforma de la Ley del Seguro Social de 1995 se insertó en las políticas de desmantelamiento de la propiedad nacional y de ampliación del ámbito de la gran empresa privada nacional y extranjera. La política de privatización de activos estatales ha conducido al desmantelamiento de importantes áreas estratégicas propiedad de la nación y a un proceso creciente de extranjerización de nuestra economía. La globalización lo reclama todo para la gran empresa financiera y productiva nacional y extranjera, y sólo deja migajas para los pequeños y medianos inversionistas productivos de nuestra nación, que son los empresarios nacionalistas que emplean a la mayor parte de la población trabajadora de nuestro país.

6 *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*, Washington, D. C., Banco Mundial, 1993.

Con la reforma de seguridad social ya no es sólo el campo económico y financiero el objetivo de la política de privatizaciones, sino también el campo de los derechos sociales constitucionales y de las grandes instituciones de bienestar social. La divisa de la reforma es explícita: romper el “cuasimonopolio” del Estado en la prestación de servicios de salud y de pensiones, baluartes de la seguridad social. La intención de fondo es ahora privatizar actividades estatales de carácter social potencialmente “rentables”, donde la empresa privada ve una fuente adicional de extracción de ganancia: pensiones y servicios de salud.

En el marco de la reforma, en 1998 por gestiones del IMSS, el gobierno federal tramitó un préstamo por 700 millones de dólares del Banco Mundial, para establecer el Programa de Reformas al Sistema de Salud recomendado por el propio organismo financiero, y por 30 millones más para asesoría técnica en el establecimiento de ese programa (Préstamo para Asistencia Técnica). El préstamo está condicionado a que el IMSS cumpla con las políticas señaladas por el Banco Mundial, a satisfacción del propio Banco (*Loan Agreement*, septiembre 14, 1998), entre ellas destacan:

- La separación entre las áreas de financiamiento y las áreas de atención médica.
- Alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros.
- Alentar la prestación de servicios clínicos por el sector privado.⁷

El discurso oficial es reiterativo en el sentido de que no se privatiza la seguridad social. Sin embargo, los hechos demuestran lo contrario. La primera oleada de privatización, o mejor dicho, de desmantelamiento de la seguridad social está ya en marcha. La nueva Ley del Seguro Social (en vigor desde el primero de julio de 1997) procedió a privatizar los fondos sociales de pensiones y la asignación de toda clase de ellas. Con las nuevas disposiciones, la naciente industria financiera de las Afores y las compañías privadas de seguros pasaron a ocupar una parte vital de la seguridad social. Es decir, intermediarios financieros sustituyen una fun-

⁷ *Loan Agreement (Health System Reform Sector Adjustment Loan)* between Internacional Bank for Reconstruction and Development and Banco Nacional de Obras y Servicios, S.N.C., México, 14 de septiembre de 1998. Loan Number 4364-ME. *Loan Agreement (Health System Reform Technical Assistance Project)* between Internacional Bank for Reconstruction and Development and Banco Nacional de Obras y Servicios, S.N.-México, 14 de septiembre de 1998, Loan Number 4367-ME.

ción vital del Instituto Mexicano del Seguro Social. Con el nuevo sistema de pensiones privado, tres de los cinco seguros del régimen obligatorio quedan subsumidos en la dinámica de la empresa privada y del mercado: las Afores y su red de sociedades de inversión especializadas de fondos de ahorro para el retiro (Siefores), administran e invierten los fondos de pensiones individuados del seguro de retiro, cesantía y vejez (además están autorizadas para la venta de pensiones bajo la modalidad de retiros programados); por su parte, las compañías privadas de seguros asignan mediante contratos de compraventa toda clase de pensiones derivadas de los seguros de retiro, cesantía y vejez; de riesgos de trabajo, de invalidez y de vida. Por su parte. Al IMSS se le asigna una misión exclusivamente fiscalizadora y de gestión de la demanda.

Si esto no es privatización, entonces llámémosle desmantelamiento. En otras palabras, una actividad pública y social ahora es desempeñada por la empresa privada que, claro está, por la contraprestación de servicios obtiene utilidades que no son reembolsables al sistema de seguridad social y a sus beneficiarios. En promedio, las Afores cobran comisiones por administración de alrededor de 26% del salario base de cotización de los trabajadores y, según la dirección del IMSS, en 25 años administrarán recursos previsionales del 50% del PIB.

No obstante el alto costo que para los trabajadores y la sociedad en general implica la privatización de las pensiones —ya que hasta ahora lo único garantizado son las elevadas comisiones por administración—, el proyecto desmantelador de la seguridad social sigue su curso. Como se evidencia en los convenios de préstamo con el Banco Mundial, la segunda oleada de privatizaciones en el IMSS está en marcha: ahora en el campo de las prestaciones médicas. La reforma propuesta por el Banco Mundial y el gobierno federal en esta materia resulta todavía más grave, por cuanto no se requeriría en una primera fase de una virtual modificación del marco legal del Seguro Social, en otras palabras, no sería del conocimiento, discusión y aprobación o rechazo del Congreso de la Unión.

La segunda generación de reformas a la seguridad social está en curso con el proyecto de privatización parcial de los servicios médicos que otorgan de manera exclusiva el IMSS y el ISSSTE. En particular, el proyecto para privatizar áreas importantes de la atención a la salud del IMSS se viene efectuado con medidas y mecanismos que aparentemente buscan otro fin y, como hemos señalado, sin el conocimiento del Congreso de la

Unión, pero sí en cambio, con el apoyo, asesoría y financiamiento del Banco Mundial.

Es ampliamente conocido que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional vienen orientando las reformas estructurales en el plano social de los países de América Latina. Sus propuestas en materia de salud y seguridad social se encuentran ampliamente documentadas, en ellas se orienta a los gobiernos de América Latina a financiar exclusivamente un conjunto de “servicios clínicos esenciales de salud” definidos a escala nacional (en la versión mexicana: Paquete Básico de Servicios de Salud) con lo que el Estado justificaría el cumplimiento del derecho constitucional a la salud; ello permitiría que el resto de la atención a la salud se financie de manera privada y a través de seguros sociales (estos últimos bajo esquemas de subrogación o contraprestación de servicios).⁸ Estas orientaciones se encuentran claramente trazadas en los objetivos del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 del presidente Ernesto Zedillo, dentro de los cuales se destaca la necesidad de emprender reformas en materia de los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social.

En ese marco, desde hace varios años se vienen dando los pasos que facilitarán el camino para que en el futuro próximo se realicen los cambios recomendados. En una primera fase se trata de sentar las bases y afinar los mecanismos para que las compañías de seguros especializadas en salud se hagan cargo de una parte de la población trabajadora cotizante. El IMSS ha creado ya siete Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, con autonomía presupuestaria, de las que dependen por ahora treinta zonas que darán paso a las Organizaciones Administradoras de Servicios de Salud públicas (OASS), las que competirán por las cuotas y los derechohabientes con las OASS privadas (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, ISES). La estructura de regiones y zonas del IMSS se está llevando a cabo con base a las Health Maintenance Organizations (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud), empresas internacionales que manejan la atención de la salud. Además, el IMSS viene estableciendo los llamados sistemas de “capitación” y de los “grupos relacionados por diagnóstico” sistemas utilizados por las compañías aseguradoras en otros países, mismos que servirán para fijar las primas y co-pagos que

8 *Informe sobre el desarrollo mundial, op. cit., pp. 6-8.*

deben establecerse en las diferentes regiones del país. Para esto cuenta con el apoyo técnico del Banco Mundial.⁹

La ingerencia del Banco Mundial en las instituciones de México a las que ha hecho préstamos, el IMSS incluido en primer término, es cada vez más estrecha y cotidiana como lo señala el propio organismo financiero en su informe anual de 1998:

...Tanto personal como autoridades con capacidad de decisión del Banco se han puesto en mayor contacto con los clientes. Departamentos de tres países se han organizado en siete unidades de gestión, que han permitido a sus directores un trabajo más cercano y responsable con menor número de clientes. Tres directores y algunos grupos de proyecto se han establecido en las regiones (México, entre ellas). Esta medida ha facilitado el trabajo de equipo, el manejo colegiado y la responsabilidad conjunta de las operaciones... Para incrementar la participación de los países deudores y beneficiarios con el trabajo del Banco, existen nueve misiones residentes (una en México), que cuentan con personal del Banco dedicado a trabajar con los equipos locales y comunitarios.¹⁰

Vale la pena mencionar algunas recomendaciones específicas del Banco Mundial y sus efectos en el caso de México. El banco afirma que: “En los países en los que solo una parte de la población está cubierta por el Seguro Social, los gobiernos pueden aumentar el grado en que los servicios de salud se autofinancian mediante la eliminación de las subvenciones públicas a dicho seguro”.

En lo que se refiere a México, estarían recomendando la transformación del IMSS (y de las demás instituciones de seguridad social) en un órgano “gestor de la demanda” y fiscalizador en un esquema mixto de libre competencia entre prestadores de salud públicos y prestadores de salud privados. Sigue el Banco Mundial: “El logro de la cobertura universal sería más factible si los gobiernos limitasen el conjunto básico de servicios cubiertos por seguros a aquellos que fueran altamente eficaces en función de los costos”.

En otras palabras, establecer paquetes básicos de salud: vacunaciones, polvos anti-diarréicos, métodos de planificación familiar, antiparasitarios,

9 IMSS, *Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada*, 1999. *Loan Agreement*, 4364-ME, *op. cit.* *Loan Agreement*, 4367-ME, *op. cit.*

10 *The World Bank Annual Report*, 1998, Washington, D.C., p. 54.

tratamiento de tuberculosis, quizá de paludismo. Lo mínimo eficiente y que no sea de interés por no ser negocio para los servicios médicos privados. Como en cualquier otra forma de atención médica limitada a una lista de procedimientos, con esta recomendación se sientan las bases para una inequidad permanente.

En México esta situación se está dando en los servicios de la Secretaría de Salud, que cubre al 45% de los habitantes que no están afiliados a ningún sistema de seguridad social. Éstos reciben un paquete básico y para el resto de sus problemas de salud se les otorga una atención desigual en la que las deficiencias y carencias marcan la tónica. La gente más necesitada recibe los servicios más pobres.

Otra recomendación: “La competencia entre los proveedores de un conjunto claramente especificado de servicios de salud pagados por anticipado mejoraría la calidad de los mismos y fomentaría la eficiencia”. Esta es una buena promoción comercial para las compañías aseguradoras. Cabe preguntarse ¿cómo va a aumentar la eficiencia una empresa prepagada cuyos costos se encuentran muy por encima de lo que cuesta una institución gubernamental bien administrada?

Discutiremos esto con cierto detalle en un momento. Continúa el Banco Mundial: “Cuando el seguro social cubra servicios prestados por hospitales públicos, la eficiencia puede aumentar mediante la competencia del sector privado. Otros métodos prometedores son permitir que los hospitales públicos compitan entre sí, como empresas semiautónomas”. Se recomienda también “reducir gastos en hospitales de tercer nivel y separar las empresas que se encarguen del financiamiento, labor que puede quedar en manos del gobierno, y la atención al paciente, la que debe ser otorgada por empresas privadas”.¹¹

En otras palabras, las ganancias para las empresas y el trabajo duro para el gobierno, como está ocurriendo en Estados Unidos y en otros países en los que el Estado contrata y se supone que controla las aseguradoras de atención a la salud, que obtienen importantes ganancias provenientes de recursos fiscales (contribuciones).

En el marco de las disposiciones de la nueva Ley del Seguro Social, el referido “plan conservador de reforma de la salud del IMSS” contempla al menos dos proyectos complementarios entre sí: el primero, correspon-

11 *Informe sobre el desarrollo mundial, op. cit.*

de al proyecto de reglamentación institucional de la subrogación de servicios y reversión de cuotas (en todos los servicios y en todo el país) previsto en la ley y, el segundo, definido por el “Proyecto de reforma del IMSS” financiado con recursos del Banco Mundial hasta por 700 millones de dólares, cuya carta de intención ha sido recientemente firmada entre el organismo internacional y el gobierno mexicano y que se plantea como un “financiamiento no tradicional”.

En términos generales, el proyecto de reglamentación de subrogación de servicios y reversión de cuotas (facultad reglamentaria otorgada de manera inconstitucional al consejo técnico del IMSS), tiene como objetivo propiciar la apertura a las empresas y aseguradoras médicas privadas para la provisión de los servicios en especie (prestaciones médicas) y subsidios previstos en tres de los cinco seguros del régimen obligatorio de la nueva Ley del Seguro Social: enfermedades y maternidad, riesgos de trabajo y guarderías. Para darle sustento legal a este proyecto, la cúpula empresarial en México ha presentado un proyecto de reglamento que señala dos figuras organizadas en sociedades anónimas: los prestadores de servicios que pueden ser personas físicas o morales que cuenten con infraestructura propia para prestar servicios de atención a la salud, de atención médica derivada de riesgos de trabajo y de servicios de guarderías, y las administradoras de servicios que pueden ser personas físicas o morales contratadas por el patrón, que organizan y administran la provisión de servicios integrales de salud en los tres niveles de atención, en riesgos de trabajo y guarderías.¹²

En uno y otro caso, con este modelo estaríamos frente al desmantelamiento de espacios vitales de la prestación de servicios de salud de la seguridad social, para transferir dicha responsabilidad a la empresa privada organizada, eventualmente, en las llamadas OASS, llevando la famosa “libertad de elección individual” y la “competencia” al terreno del derecho a la salud. Por lo demás, es plenamente demostrable que la atención privada resulta mucho más cara y puede conducir a una perversa estratificación de beneficios entre la población asegurada.

12 Macías Santos, Eduardo, *Proyecto de reglamento de subrogación de servicios*, México, Vicepresidencia de la Comisión de Seguridad Social del Consejo Coordinador Empresarial, CCE, 20 de enero de 1998.

V. EL “PROYECTO DE REFORMA DEL IMSS”: EL NUEVO MODELO Y SUS IMPLICACIONES

La entrega de una parte sustancial de la atención médica a las organizaciones administradoras de servicios de salud y compañías de seguros privadas, como lo establece el Banco Mundial, es instrumentada en fases por gobierno mexicano dada la magnitud del IMSS y la presión constante ejercida por los trabajadores del Instituto. En una primera fase, se prevé la introducción de “nuevas formas de aseguramiento privado” a través de la reglamentación y ampliación de los mecanismos de subrogación de servicios y reversión de cuotas,¹³ alentando y promoviendo por esta vía la organización de los proveedores de servicios privados en México. La instrumentación de esta fase se dio con la nueva facultad que la Ley del Seguro Social en vigor concede al consejo técnico para expedir el reglamento de reversión de cuotas (artículo 264, fracción VII) y, las reformas aprobadas en abril de 2000 a la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que dan lugar a las llamadas ISES.¹⁴

En una segunda fase de la reforma y en el mediano plazo, se busca, por un lado, ampliar la cobertura de la seguridad social a la población de ingresos medios con capacidad de realizar un pago anticipado y, por otro, introducir la “libertad de elección” de los usuarios como elemento de calidad.¹⁵ Los pasos de esta fase, se han operado a través de la reforma de la Ley del Seguro Social que creó un nuevo seguro en el régimen voluntario, denominado Seguro de Salud para la Familia (SSF), que busca atraer a grupos de la población que sin tener una relación salarial o subordinada, tienen en cambio “capacidad de pago anticipado”. Por su parte, la introducción de la “libertad de elección” de los usuarios en el IMSS ha corrido con menos suerte para los autores de la reforma.¹⁶

En una tercera fase, bajo un esquema de mediano y largo plazos, se busca introducir un cambio radical al modelo de organización corporativa

13 Poder Ejecutivo federal, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, mayo de 1995.

14 Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de junio de 2000.

15 Poder Ejecutivo federal, *Programa de Reforma...*, op. cit.

16 Existen evidencias de que el algunas clínicas del IMSS —pequeñas y alejadas de los grandes centro de población en el Estado de México— se ha puesto en operación un programa piloto para la introducción de la libertad de elección: los asegurados que por falta de tiempo no fueron atendidos dentro de las clínicas del IMSS pueden acudir a los consultorios privados de los médicos de la propia institución, por ello estos últimos reciben un “estímulo” o remuneración adicional a su salario.

del IMSS y a los principios en los que se sustenta la prestación de servicios de salud del Instituto. Es decir, la reforma operaría tanto en el ámbito de la prestación o entrega de servicios como en el financiero (estructura de cuotas y aportaciones). En esta fase, el fortalecimiento de los mecanismos de libre elección conducirá a la separación de la función recaudadora y de financiamiento de la función de provisión de servicios.¹⁷

El modelo, la filosofía, las fases y los plazos de esta reforma están ampliamente documentados en el denominado “Proyecto de reforma del IMSS, versión para la evaluación del Banco Mundial” (enero, 1998) y en el reporte “Mexico: Health System Reform-IMSS” (marzo, 1998) suscrito por el Presidente del Banco Mundial, James D. Wolfensohn. Estos documentos no se hicieron públicos y sirvieron como “documento base” para el “crédito no tradicional” por 700 millones de dólares otorgado al IMSS (vía Banobras) por el organismo financiero internacional.¹⁸

La pretensión última de este proyecto es sentar las bases para la implantación de un régimen en el subsector de seguridad social de competencia interna y externa por la demanda, es decir, la competencia por los asegurados y el financiamiento (cuotas y aportaciones) en los tres niveles de atención, entre prestadores públicos y privados. De acuerdo con sus autores, este proyecto se fundamenta en la nueva legislación (Ley del Seguro Social) que abre opciones para ampliar la cobertura y la competencia en el otorgamiento de servicios médicos.

La reforma estructural del IMSS que se persigue con la implantación de este proyecto, es convertir al IMSS en gestor de la demanda y en un competidor por los asegurados de manera interna, a través de las unidades y hospitales del Instituto (OASS públicas) y, a su vez, en un competidor externo por los asegurados frente una red de administradoras de salud privadas (OASS privadas). Para ello, se propone el cambio radical que parte de la separación clara entre “financiamiento” y “prestación de servicios”, basándose en un esquema que incluye la identificación clara del gasto *per capita* en salud y de los padecimientos más frecuentes de la población asegurada y por grandes zonas médicas.

Este mecanismo, aparentemente inofensivo y supuestamente más eficiente para la contención de costos, sentaría las bases para la ulterior individuación de las cuotas del seguro de enfermedades y maternidad (aten-

17 Poder Ejecutivo federal, *Programa de reforma...*, op. cit.

18 Loan Agreement, 4364-ME, op. cit.

ción a la salud), tal como en su momento se hizo con las pensiones que finalmente fueron privatizadas. La identificación del gasto “capitado” (por persona) de salud y la individuación de las cuotas y aportaciones del seguro de enfermedades y maternidad, facilitarían el camino para la “libertad de elección” de los trabajadores asegurados, a fin de optar entre los servicios públicos y los privados. En un esquema de este tipo, los beneficios no se otorgan en función de la necesidad sino de la capacidad contributiva individual y de pagos adicionales (sobre primas o co-pagos).

En esencia, ese es el nuevo modelo de organización del subsistema de seguridad social para México, auspiciado por el Banco Mundial, que al implantarse en sus primeras fases mediante la subrogación de servicios y la reversión de cuotas (que jurídicamente representan mecanismos de auténtica privatización) de manera integral, es decir, en todos los servicios y en todo el país, traería por lo menos las implicaciones siguientes:

- Debilitamiento de la capacidad financiera del IMSS, como consecuencia de la sustracción de la contribución de los trabajadores de mayores salarios que decidan acogerse a la privada (alrededor de 30% de los cotizantes perciben entre 5 y 25 salarios mínimos, que contribuyen con poco más del 50% del presupuesto).
- Disminución de la capacidad resolutoria de las unidades médicas del instituto. En otras palabras, el IMSS tendría que dar atención, con menos recursos, a una población proporcionalmente más grande, de mayor edad y con mayores problemas de salud (alrededor de 70% de los cotizantes percibe entre uno y cinco salarios mínimos), y la cual se destinaría un “paquete básico de salud” provisto por las zonas médicas del IMSS.
- Inequidad y elitismo en la atención y, por lo tanto, estratificación de servicios entre toda la población afiliada.
- Incremento de la morbilidad y mortalidad entre la población menos protegida.
- Ruptura de la filosofía y del modelo de atención a la salud solidario, integral y redistributivo de la seguridad social.
- Desmantelamiento del IMSS y pérdida de la fuente de empleo de miles de trabajadores del Instituto.
- Vulneración del derecho a la salud.

En apariencia, el denominado “Proyecto de reforma del IMSS” aduce otro tipo de propósitos poco debatibles, como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de todas las unidades médicas del Instituto, pero que, sin embargo, guardan estricta relación con el objetivo de promover la participación de la empresa privada en la consecución de los altos fines de la seguridad social en materia de salud. Textualmente el documento del IMSS-Banco Mundial¹⁹ señala en su anexo número 13 que:

...la actual estructura corporativa del IMSS, en la cual están fusionados el financiamiento y la provisión del servicio médico, tiene un grado de centralización muy elevado, permitiendo un nivel de decisión muy pobre a las unidades médicas y un casi nulo manejo de presupuesto, lo que en ocasiones se traduce en un nivel bajo de respuesta a las necesidades locales por parte de la estructuración central normativa, no existiendo el factor de competencia ni interno ni externo, lo que induce a una baja productividad, tanto de los médicos como de la gestión hospitalaria, aunado a un burocratismo fuerte, determinado en gran medida por la fuerza que tiene el sindicato del Instituto.

Así, entre verdades inobjetables y propósitos ocultos (como la implantación de una deliberada política de contención salarial para los prestadores de servicios del Instituto, el desabasto de insumos y medicamentos y la toma de decisiones altamente centralizadas por la dirección del Instituto), la reforma del IMSS pretende, en el corto plazo, abrir sus puertas a la competencia externa en el marco de la inminente apertura del mercado nacional de salud y de las exigencias de las transnacionales privadas de la salud.

El protocolo del mencionado proyecto —que fue negado reiteradamente por los directivos del IMSS— establece la contratación por parte del gobierno federal de una línea de crédito por 700 millones de dólares con el Banco Mundial, poniendo como beneficiario al Instituto. Cabe mencionar que la carta de intención para dicho crédito fue firmada a espaldas del Poder Legislativo y sin esclarecer los compromisos del Ejecutivo federal con el Banco Mundial. El protocolo del proyecto IMSS-Banco Mundial, en su versión en inglés, señala entre otros riesgos los siguientes:

¹⁹ *Proyecto de reforma del IMSS, versión para la evaluación del Banco Mundial*, enero, 1998.

...el que inevitablemente habrá resistencias hacia la reforma dentro del propio IMSS, pero también fuera del él; para lo que será necesario asegurarse de que tanto el personal de todos los niveles como los beneficiarios entiendan los objetivos de la reforma. Y para reducir la oposición al cambio, la competencia en el mercado deberá introducirse de manera gradual...

...Para atenuar los “riesgos políticos”, deberán desplegarse fuertes campañas de información sobre el programa de reforma y sus ventajas entre los beneficiarios del IMSS y la población en general.

Como podemos darnos cuenta, las reformas a la Ley del Seguro Social en vigor desde julio 1997, y las que están en proceso, no tienen y no han tenido como fundamento la discusión democrática nacional ni la participación y opinión de cientos de miles de trabajadores mexicanos y de la sociedad en general. Las reformas que buscan la cancelación de la seguridad social se implantan de manera dictatorial y antidemocrática, como se demuestra en el caso de nuestro país. La segunda oleada privatizadora intenta cubrirse con fundamentos que en estricto sentido no deberían ser tema de debate, como el pretendido fortalecimiento del IMSS, que supuestamente busca el proyecto financiado por el Banco Mundial.

Sólo una vez que fue contratado el préstamo por 700 millones de dólares, se reconoció la existencia de un proyecto de reglamentación de subrogación de servicios y reversión de cuotas (mismo que también había sido negado); el siguiente paso será formalizarlo en el consejo técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El crédito millonario persigue declaradamente la reforma interna-estructural del IMSS, para convertirlo en un fiscalizador y “gestor de la demanda”, así como privatizar parcialmente los servicios de salud en sus tres niveles de atención, estableciendo para ello las condiciones internas y externas para desplegar una amplia competencia pública y privada por las aportaciones y los asegurados.

Como se decía, en México se pavimenta el camino para llegar a este esquema. El Instituto Mexicano del Seguro Social, a pesar del rezago intencionado al que se le ha sometido, constituye una de las instituciones más preciadas del pueblo de México y ha sido el resultado de grandes esfuerzos y de intensas luchas sociales. La mayoría de los mexicanos no está dispuesta a entregarlo a las empresas nacionales o transnacionales que lo codician. De ahí que el gobierno se vea obligado a negar lo obvio,

que es mucho de lo que aquí se ha dicho. Sin embargo continúan realizándose las acciones tendientes a la privatización, por ejemplo:²⁰

- Se están elaborando bases de datos para administrar y monitorear la elección, por parte de los beneficiarios, del proveedor de servicios médicos.
- Se instrumenta el manejo y capacitación para la administración de los servicios de salud con base en esquemas de pagos a proveedores alternativos y contabilidad de costos referidos a un sistema de clasificación de pacientes.
- Se divide el país en zonas que se organizan para que sean atendidas a mediano plazo por las OASS privadas.

El diagnóstico IMSS-Banco Mundial anota los problemas de los servicios de salud proporcionados por la institución, a saber: largas esperas para recibir la consulta; diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, de intervenciones quirúrgicas y de consulta de especialidades; saturación de las áreas de urgencias; falta de medicamentos (sistema de abastecimiento insuficiente); escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de las unidades; falta de motivación del personal; insatisfacción del usuario.

Las deficiencias en la atención médica conocidas y señaladas por las propias autoridades requerían ser atendidas de tiempo atrás; aunado a ello, el crecimiento de la población derechohabiente debió llamarles la atención sobre la necesidad de un crecimiento proporcional en personal, instalaciones, equipo e insumos. Sin embargo, esto no ha ocurrido. Las deficiencias en cada uno de los rubros mencionados persisten y la población derechohabiente recibe una atención cada vez más deficiente. Lo que redundó en una política deliberada consistente en:

- Mantener el mismo número de instalaciones: clínicas, hospitales, camas de hospitalización, quirófanos.
- Mantener el desabasto en medicamentos y material de consumo.
- No incrementar el número de plazas del personal de salud de acuerdo con necesidades.
- Mantener el deterioro del poder adquisitivo de los salarios del personal.

20 IMSS, *Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada*, 1999. *Loan Agreement*, 4364-ME, *op. cit.*

Las cifras son evidentes. Después de que entre 1994 y 1995 ocurrió un descenso del 5% en el número total de trabajadores cotizantes de 11.5 millones a 10.9 millones, a partir de 1995 se ha presentado un incremento progresivo y en agosto de 1999 se reportaron 14.8 millones, es decir, 28% más que en 1994.

Lo mismo ocurrió con los derechohabientes totales (asegurados y familiares) que en 1994 eran 36.5 millones y en 1999 pasaron a 43 millones, 18% más que en 1994.

El crecimiento de los derechohabientes se ha reflejado en un incremento de las actividades de atención clínica: de 1994 a 1998 el número de consultas aumentó en 15%; el número de consultas de especialidad en 10% y el de intervenciones quirúrgicas en 10%.²¹

A pesar del importante incremento observado en el número de los asegurados y derechohabientes, y de la correspondiente demanda de servicios, se ha estancado o ha disminuido el número de camas de hospitalización, quirófanos, áreas de urgencias, unidades médicas. Por ejemplo, de 1995 a la fecha se han construido únicamente diez clínicas de medicina familiar y están en proceso de construcción, iniciado hace más de dos años, otras seis clínicas de sólo cinco a diez consultorios.

Los presupuestos para obras y mantenimiento se utilizaron solo parcialmente. Las auditorías señalan la falta de cumplimiento de los programas de obras: en 1997 el ejercicio del presupuesto para construcciones fue sólo el 25% de lo autorizado originalmente. En 1998, una auditoría señala la falta de cumplimiento del subprograma de obras nuevas y en proceso.

El desabasto de medicamentos se hace cada vez más ostensible: en 1996 la falta de medicamentos en la República era del 11.2%, en 1997 de 18.1% y en 1998 el desabasto fue de 20.6%. En promedio, de las siete regiones en que el Instituto divide a la República Mexicana, los niveles de desabasto durante el cuarto trimestre de 1997 fueron del 36.2 al 45%. La evaluación de las farmacias ha mostrado una situación crítica en dos tercios de las claves revisadas.²²

21 SSA, *Boletín de Información Estadística*, núms. 1-16. IMSS, *Memoria Institucional*, 1997. IMSS, *Memoria Estadística*, 1998.

22 *Informe de la Dirección de Finanzas y Sistemas a la Comisión Investigadora del IMSS de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión de la LVII Legislatura*, 1999. Ernesto Zadillo Ponce de León, *Quinto informe de gobierno*, México, Unidad de Finanzas Públicas, Cámara de Diputados, 1999.

El porcentaje de los gastos de operación del IMSS con relación al PIB, que en 1994 era de 3.0, en los últimos años descendió a 2.5, 2.3, 1.9 y 2.3 en 1995, 1996, 1997 y 1998, respectivamente.

El gasto en salud del IMSS representaba en 1995 el 2.4% del PIB; en 1996 el 2.1%, en 1997 el 1.4% y en 1998 el 1.3% del mismo producto.²³

Los médicos aumentaron de 1994 a 1998 únicamente 5.5% y las enfermeras, 5.6%. Por otro lado, de acuerdo con el índice general de precios, los salarios mínimos profesionales en 1993 representaban el 40.8% de los de 1980, y desde 1994 la tendencia del deterioro salarial ha persistido.

Del análisis de estas cifras se deduce que no hay congruencia entre el crecimiento de los asegurados y derechohabientes (28% y 18%, respectivamente) y la evolución reciente de la infraestructura médica-hospitalaria del IMSS. La institución requiere un manejo financiero adecuado y una visión institucional en beneficio de toda la población derechohabiente. Su resurgimiento no se logrará preparando el terreno para la privatización de la institución.

El sector privado ha visto en la nueva Ley del Seguro Social y en las reformas recientes a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, un incentivo para organizar y ofrecer servicios médicos a las instituciones de seguridad social. Empresas nacionales como Grupo Nacional Provincial, Grupo Pulsar Internacional, Seguros Banamex-Aetna, se han unido a organizaciones internacionales que ya manejan empresas para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organizations*, HMO) en el extranjero.

Por otra parte, hospitales privados de prestigio son adquiridos por nuevos inversionistas, como Olegario Vázquez Raña, quien considera que la inversión en el campo de la salud es rentable “porque se piensa que va a ser un gran negocio la reversión de cuotas, lo cual daría a las clínicas privadas el equivalente a cerca de 70% de los recursos que ahora se dirigen como cuotas del Instituto Mexicano del Seguro Social”.²⁴

23 García Romero, Horacio (coord.), *El derecho a la salud de todos los mexicanos*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 1995.

24 Declaraciones de Olegario Vázquez Raña, *Semanario Proceso*, México, núm. 1173, 25 de abril de 1999, p. 31.

De hecho, las nuevas empresas de seguros que empiezan a especializarse en el ramo de la salud integral (atención médica general), tienen confianza en que la nueva legislación (seguridad social y seguros) constituya el primer paso jurídico efectivo para que las instituciones de seguros privadas se conviertan en un futuro próximo en las OASS o ISES, ambas equivalentes a las HMO estadounidenses.

Con referencia a las instituciones de seguridad social, Rafael Morfín, ha comentado que “...antes de transferir de plano los servicios médicos al sector privado, lo que se quiere por ahora es resolver lo relativo a la supervisión y vigilancia de las organizaciones que ya operan en el ramo de salud”.²⁵ Tema que por lo sensible que es para la sociedad, resultaba imprudente en tiempos preelectorales, y una vez pasado este periodo es posible que se ponga de nueva cuenta a la orden del día.

Como se ha señalado, la privatización de la atención médica tendría como consecuencia una elevación de los costos a niveles incompatibles con la estabilidad financiera del IMSS, estabilidad que fue una de las razones de la reforma a la Ley del Seguro Social de 1995. Un cálculo sencillo de los costos del seguro de atención integral más austero del Grupo Nacional Provincial (y de acuerdo con la pirámide poblacional según edades de CONAPO, 1999) nos lleva a señalar que la atención de los 41.9 millones de derechohabientes por Nacional Provincial costaría al IMSS 196 mil 505 millones de pesos; si los derechohabientes o el propio Instituto tuviesen que efectuar co-pagos del seguro (para servicios adicionales) esa cifra se elevaría a 215 mil 750 millones de pesos.²⁶

No existe ningún dato que haga pensar que la atención privada sería de mejor calidad que la que presta actualmente el Instituto. Antes bien, conociendo la infraestructura que existe en la mayoría de las instalaciones médicas privadas en la República, es de esperarse que la atención, cuando menos en lo hospitalario, no se compare con la que ofrece el Instituto. De hecho, el rechazo y las quejas que han presentado empleados bancarios contra algunas compañías aseguradoras son de dominio público.²⁷ No podía ser de otra manera. El móvil de las aseguradoras es el lucro, no la salud de la población. Las desventajas de los sistemas privados de otorga-

25 Rafael Morfín, Director de Consultores en Riesgos y Beneficios, *op. cit.*, p. 32.

26 CONAPO, *Proyecciones de población 1990-2010*, Grupo Nacional Provincial, Línea Azul Integral, Tarifa grupal para el año 2000.

27 *La Jornada*, México, 18 de junio de 1999, p. 21.

miento de la atención médica están ampliamente documentadas en los países en los que se han establecido.

Parecería absurdo entonces privatizar parcialmente la atención médica de las instituciones de seguridad social. Sin embargo, es fuerte la presión del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, que imponen las condiciones financieras y se obstinan en hacer señalamientos para que se desvanezca en México todo programa de seguridad social. Si no se toman medidas, la privatización seguirá su curso. Esto no disminuirá los problemas del IMSS; por el contrario, los hará más graves.

Por otra parte, en el marco del llamado “blindaje financiero” (Memorándum de políticas económicas y financieras 1999-2000) contratado con el Fondo Monetario Internacional —y que se enmascara en la estabilidad económica del país ante la transición presidencial del año 2000—, se reiteran los compromisos de reforma estructural de la seguridad social de México, los numerales 19 y 27 dan cuenta de ello:²⁸

19. El gobierno pretende continuar con el proceso de reformas estructurales, particularmente en lo relacionado al sistema bancario y a la seguridad social. Adicionalmente, se instrumentarán medidas para aumentar de manera importante la productividad del trabajo, desincorporar empresas públicas, e incrementar la participación del sector privado en sectores que antes estaban reservados al Estado. Estas acciones son fundamentales para alcanzar el alto nivel de crecimiento y la sustentabilidad de la balanza de pagos previstos en el programa de mediano plazo.

27. El gobierno está estudiando diversas opciones para reforzar aún más las reformas instrumentadas en los sistemas de seguridad social y salud. El gobierno planea eliminar algunas restricciones al régimen de inversión: i) permitiendo a los fondos de pensiones realizar un mayor monto de inversiones en instrumentos del sector privado, y ii) permitiendo a las administradoras de fondos de pensiones ofrecer a sus clientes más de un fondo (con diversos grados de riesgo). Asimismo, es importante fortalecer financieramente al Infonavit para asegurar la viabilidad del sistema de pensiones. Con respecto a la salud, el objetivo inmediato es el de asegurar la operación eficiente de la reforma instrumentada durante los años 1997 y 1998.

28 México-Memorándum de Políticas Económicas y Financieras, Anexo a la Carta signada por el Secretario de Hacienda y Crédito Público y el Gobernador del Banco de México, dirigida al Director Gerente del Fondo Monetario Internacional, 15 de junio de 1999, pp. 8-12.

El crédito externo y el proyecto de reforma interna buscan, asimismo, atenuar el impacto de los costos fiscales de la nueva Ley del Seguro Social. Ello a su vez, confirma la hipótesis de varios especialistas de que la nueva estructura de contribución del seguro de enfermedades y maternidad no garantiza su suficiencia financiera y confirma que la reforma de la Ley del IMSS se construyó a base de grandes mentiras a la nación.

Estamos en un proceso que, de no atajarse o modificarse a tiempo, en el mediano plazo dismantelará la seguridad social en nuestro país: seguridad privada no es de ninguna manera seguridad social, protección individual no es seguridad social.

VI. SEGURIDAD SOCIAL EN LA LVII LEGISLATURA

La integración de la Cámara de Diputados del H. Congreso de a Unión en la LVII Legislatura, marcó el inicio de una nueva etapa en la vida parlamentaria de nuestro país. Por primera vez se rompió el monopolio de la mayoría absoluta detentada por un solo partido. El nuevo escenario en la Cámara de Diputados, obligó a las fuerzas políticas a buscar los más amplios consensos para cumplir en un ámbito republicano con las atribuciones y facultades otorgadas por nuestra carta magna a este órgano legislativo.

Las comisiones de la Cámara de Diputados se convirtieron en verdaderos espacios plurales de discusión, reflexión, consenso y disenso. No sólo ello, los asuntos turnados a cada una de la comisiones reflejaron las prioridades en la agenda legislativa de las fuerzas políticas expresadas en la Cámara de Diputados, de las legislaturas locales y del propio Poder Ejecutivo federal.

En este marco, a la Comisión de Seguridad Social fueron turnadas para su estudio y dictamen correspondiente, treinta iniciativas de decreto para modificar diversas normas en materia de seguridad social, de las cuales, 14 fueron presentadas por el PAN, nueve por el PRD, dos por el PT y tres por el Congreso del Estado de Nuevo León. En esta materia fue notable la ausencia de propuestas provenientes del grupo parlamentario del PRI y del Poder Ejecutivo federal. No obstante, cabe aclarar que el presidente Ernesto Zedillo presentó una iniciativa de decreto de reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que en la parte referida a la “operación activa de seguros de salud” se

vincula directamente al proyecto de reforma sugerido por el Banco Mundial en el terreno de las prestaciones médicas. Dicha iniciativa aprobada en abril de este año por el Congreso de la Unión, da lugar al nacimiento de las llamadas ISES.

Es pertinente señalar que la lógica impuesta al grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional fue la de obstruir cualquier modificación a la Ley del Seguro Social que, reformada en 1995, sustentó la conversión del régimen de pensiones de público a privado, transfiriendo a la industria de las Afores el manejo de los cuantiosos recursos de los trabajadores afiliados al IMSS; además sentó las bases para la ulterior modificación del régimen solidario del seguro de enfermedades y maternidad, a fin de abrirlo a la iniciativa privada mediante la aplicación integral de la prestación indirecta de los servicios médicos en todo el país y en todos los servicios, situación derivada de las condiciones impuestas por el Banco Mundial para el otorgamiento de la línea de crédito no tradicional al Instituto Mexicano del Seguro Social, para la reforma estructural de la institución.

Una de las acciones trascendentes de 164 diputados pertenecientes a los grupos parlamentarios del PRD, PAN, PT y PVEM a sugerencia del diputado presidente de la Comisión de Seguridad Social, fue la propuesta para la creación de la Comisión Investigadora del IMSS que fue aprobada por el pleno de la Cámara de Diputados el 21 de abril de 1998. Uno de los fundamentos más importantes que motivó dicha iniciativa, fue la confidencialidad con la que el Ejecutivo federal venía concertando la línea de crédito con el Banco Mundial destinada a la llamada reforma del IMSS y de los riesgos que implicarían los compromisos establecidos en los documentos base para la contratación del crédito. El grupo parlamentario del PRI se opuso a la creación de esta comisión por considerar que las razones esgrimidas eran infundadas y que su objeto era impreciso. Los objetivos generales de la Comisión Investigadora del IMSS, fueron: a) investigar el funcionamiento del IMSS a partir de 1973; b) conocer y analizar las reformas estructurales del IMSS y los fundamentos, alcances y compromisos de las negociaciones entre el gobierno mexicano y el Banco Mundial, así como las implicaciones administrativas, laborales y sociales para el Instituto y su población derechohabiente; c) impulsar las iniciativas que se requieran para conservar y fortalecer la esencia de la seguridad social.

En el ámbito legislativo, el contenido de las iniciativas turnadas a la Comisión de Seguridad Social comprende modificaciones a diversos ordenamientos legales en la materia, a saber:

1. *Ley del Seguro Social*

Pensiones

- Para la actualización e incremento de la cuantía de las pensiones.

Órganos de dirección del IMSS

- Con el propósito de incorporar una representación directa del Sindicato de Trabajadores del Seguro Social en la Asamblea General, Consejo Técnico y Comité de Vigilancia del IMSS.
- Referente a la designación de las organizaciones patronales y de los trabajadores como miembros de la asamblea general; del nombramiento del director general y de los requisitos para ser director general del IMSS.

Sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio

- Relativa a los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio y de la información que el patrón deberá entregar al trabajador de la cuenta individual y de las Siefores.
- Reformas respecto de los sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio, a fin de que las personas pensionadas o jubiladas que reingresen a un trabajo, sean sujetos únicamente al régimen obligatorio del seguro de riesgos de trabajo, y el mantenimiento del pago de pensión garantizada cuando el pensionado reingrese a un trabajo sujeto al régimen obligatorio.
- En relación con los trabajadores que por convenio estén amparados en el seguro voluntario del régimen obligatorio, que no cuenten con el seguro de cesantía en edad avanzada o vejez, este seguro sea cubierto por el Instituto en la forma que el mismo convenio señale, mediante las cuotas correspondientes de los trabajadores y de las dependencias o entidades en donde los trabajadores laboren.

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

Jubilados y pensionados

- Relacionada con el tratamiento médico de jubilados y pensionados, otorgamiento de aparatos ortopédicos hasta rehabilitación; aumento de la cuantía de pensiones conforme el incremento a los salarios de los trabajadores en activo; dotación de créditos; gratificación anual; centros de asilo y obligación del director del Instituto a entregar informe anual a la Cámara de Diputados.

Equidad de género

- Relativa a igualdad de derechos de la trabajadora para la inscripción del esposo o concubino en el régimen de seguridad social del ISSSTE.

3. *Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro*

- Relativa al envío de estados de cuenta y demás información sobre las cuentas individuales de los trabajadores y al retiro de las cuotas del Infonavit a través de las Afores.
- Iniciativa de reformas a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, relativo al reconocimiento y homologación de semanas cotizadas en otro régimen para derecho a una pensión.

4. *Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México*

- Para el otorgamiento de diversas prestaciones al personal militar retirado.

5. *Ley Federal del Trabajo*

- Para transferir el disfrute del periodo de reposo preparto al parto a elección de la trabajadora.

- Que promueve que el examen del VIH/SIDA sea voluntario, informado y confidencial.
- Diversas reformas, referidas a las condiciones de trabajo para personas con alguna discapacidad.
- Ley Federal sobre la Readaptación Profesional y el Trabajo para Personas con Discapacidad Intelectual, con repercusiones en las leyes de seguridad social y otras.

6. *Ley Federal de las Entidades Paraestatales*

- Reforma que elimina la atribución discrecional de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales para conceder jubilaciones.

Del conjunto de las iniciativas presentadas por integrantes de la Comisión de Seguridad Social al Pleno de la Cámara de Diputados, destacan por su importancia y trascendencia:

1. Las relativas a riesgos de trabajo, propuestas por los diputados José de Jesús Montejo Blanco (PAN), y Gonzalo Rojas Arreola (PRD).
2. La referente a la subrogación de servicios y reversión de cuotas y a la corrección de la ilegal facultad reglamentaria en ambas materias concedida al consejo técnico del IMSS.

En el primer caso, las iniciativas proponen reformas a diversos artículos de la Ley del Seguro Social, que buscan resarcir los derechos conculcados en 1995 a los trabajadores afiliados al régimen del IMSS. En efecto, tanto la Constitución general de los Estados Unidos Mexicanos como la Ley Federal del Trabajo, establecen que la responsabilidad total de la cobertura de riesgos de trabajo corresponde única y exclusivamente a los empleadores, y con las modificaciones a la Ley del Seguro Social en 1995 se transfiere parte de esta responsabilidad a los trabajadores. Además de lo anterior, propone que los trabajadores que resulten incapacitados de manera parcial o total permanente reciban los montos acumulados en su Afore o bien que puedan contratar una pensión por un monto mayor. Esta iniciativa fue dictaminada favorablemente por la Comisión de Seguridad Social y aprobada por mayoría de los diputados de la LVII Le-

gislatura, con el voto del PRI en contra, y turnada al Senado de la República para su estudio y dictamen el 29 de abril de 2000.

En relación con la iniciativa que aborda lo relativo a la subrogación de servicios y reversión de cuotas del IMSS, es necesario señalar que su discusión y aprobación en el Pleno de la Cámara de Diputados en diciembre de 1999 reflejó la preocupación de los diputados integrantes de todos los grupos parlamentarios, con excepción del PRI, sobre las pretensiones del Ejecutivo federal de modificar el régimen de seguridad social en la prestación del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, mediante la aplicación integral en todos los servicios y en todo el país del mecanismo de subrogación de servicios, tal como lo persigue el Banco Mundial.

La iniciativa persigue lo siguiente: a) acotar la subrogación de los servicios médicos del Seguro Social a casos extraordinarios en los que la Institución no cuente con la capacidad para suministrarlos, se encuentre en riesgo la vida y la integridad física y/o mental de los beneficiarios del IMSS y que no se ponga en riesgo la estabilidad financiera de la institución; b) limitar la reversión de cuotas sólo en los casos en que ya existen y, por lo tanto, cerrar el paso al desfinanciamiento del IMSS por este camino, y c) eliminar la facultad anticonstitucionalmente otorgada al consejo técnico del IMSS para reglamentar la subrogación de servicios y reversión de cuotas, en virtud de que ésta es una facultad única, exclusiva e indelegable del Ejecutivo y, por lo tanto, el Legislativo no la puede transferir si no hay previamente una reforma constitucional, además de que, al otorgar dicha facultad reglamentaria al consejo técnico, se genera un conflicto de intereses por la composición tripartita de este órgano de dirección del Instituto.

Dentro de las consideraciones que contiene esta iniciativa se encuentra que la ampliación de la subrogación de servicios y la reversión de cuotas del IMSS podrían constituirse en la vía para la desnaturalización de la esencia de la seguridad social y de su desmantelamiento a mediano plazo, por lo que estos mecanismos deben ser acotados en la Ley y no en un reglamento como es la pretensión del Banco Mundial y del Ejecutivo federal.

En diciembre de 1999, la minuta con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social fue turnada al Senado de la República para su estudio y dictamen, corresponde a éste la responsabilidad histórica de aprobarla a fin de preservar una de las

conquistas más preciadas de los mexicanos, la de la seguridad social, pública, solidaria, integral y participativa.

Justo es reconocer que en la LVII Legislatura, que esta por fenecer, la Cámara de Senadores, con mayoría del Partido Revolucionario Institucional, pudo haber desechado esta minuta que le enviara la Cámara de Diputados; sin embargo ello no ocurrió, por lo que es de esperarse que en la LVIII Legislatura, con un Senado conformado de manera más equilibrada y sin la mayoría de un solo partido, dicha iniciativa sea aprobada para la preservación de los derechos a la seguridad social de más de 40 millones de mexicanos.