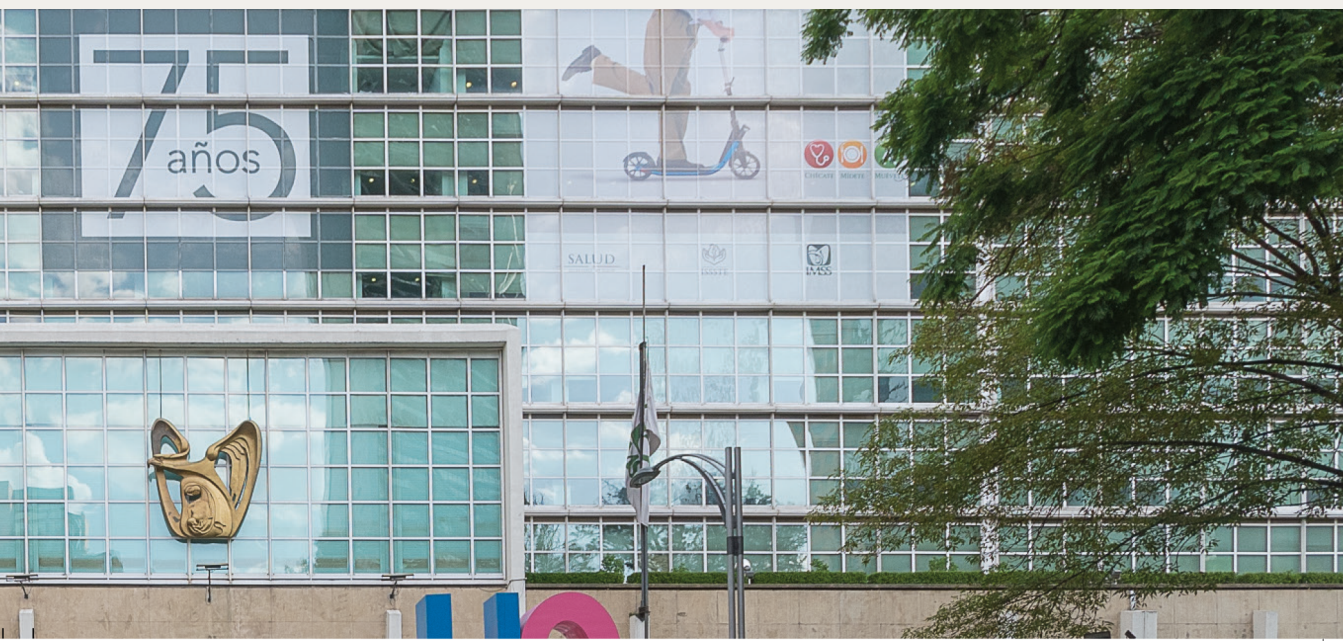


EL SEGURO SOCIAL: EVOLUCIÓN HISTÓRICA, CRISIS Y PERSPECTIVAS DE REFORMA

Miguel A. González Block



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EL SEGURO SOCIAL: EVOLUCIÓN HISTÓRICA, CRISIS Y PERSPECTIVAS DE REFORMA

Miguel A. González Block



González Block, Miguel A.

El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma I

Miguel A. González Block. – México: Universidad Anáhuac México Norte, 2018.

94 pp.; 23 x 17 cm.

ISBN: 978-607-8566-18-1

PDF

1. Instituto Mexicano del Seguro Social-Historia. 2. Seguridad Social - Legislación - México.

LC: HD7131G65

Dewey: 368.400972

Diseño de portada: VLA.Laboratorio Visual

Diseño de interiores: Nuria Saburit Solbes

Primera edición, 2018

ISBN: 978-607-8566-18-1

La presente edición digital de la obra

El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma

le pertenece al editor mediante licencia exclusiva.

El editor autoriza el acceso a la totalidad de la obra para su consulta, reproducción, almacenamiento digital en cualquier dispositivo e impresión para uso personal y privado y sin fines de lucro. Ninguna parte de la presente obra podrá ser alterada o modificada ni formar parte de nuevas obras, compilaciones o colecciones. Queda prohibida su difusión y comunicación pública en plataforma digital alguna distinta a la cual se encuentra almacenada, sin permiso previo del editor.

Derechos reservados:

© 2018, Investigaciones y Estudios Superiores SC

Universidad Anáhuac México Norte

Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac

Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana.

Registro núm. 3407

*La crítica puede no ser agradable, pero es necesaria.
Cumple la misma función que el dolor en el cuerpo
humano. Llama la atención hacia un estado poco
saludable de las cosas.*

WINSTON CHURCHILL

Agradecimientos

El autor agradece los enriquecedores comentarios y estímulos recibidos en el transcurso de elaborar este ensayo de Tomás Barrientos, Víctor Hugo Borja, Jacobo Finkelman, Julio Frenk, Germán Guerra, Asa Cristina Laurell, Armando Mansilla, Adolfo Martínez Palomo, Nelly Salgado de Snyder y Hortensia Reyes.

Índice de contenido

Introducción	9
¿Conquista de los trabajadores?	13
Antecedentes del Seguro Social	13
Formulación del artículo 123 constitucional	17
Propuesta de Instituto Nacional del Seguro Social	18
¿Respuesta a las necesidades de desarrollo?	23
El interludio cardenista	23
Implantación del Seguro Social	24
La influencia internacional sobre el Seguro Social	29
Recepción del Seguro Social	32
¿Seguridad social?	35
El desarrollo de la desigualdad	35
Situación de la desigualdad	38
Legitimación de la desigualdad	42
¿Protección de la cuna a la tumba?	45
El Seguro Social ante la inestabilidad del mercado laboral	45
Consecuencias de la rotación laboral para la protección y la salud	46
¿Gasto eficiente?	49
El monopolio de servicios	49
Contención de costos y desplazamiento de la demanda	51
¿Finanzas sanas?	55
¿Equitativo?	59

¿Rectoría de la Secretaría de Salud?	63
La autonomía del IMSS en el contexto institucional	63
La hegemonía del IMSS en su relación con el Seguro Popular	66
¿Gobernanza efectiva?	69
Conformación del Consejo Técnico	69
Representatividad del Consejo Técnico	71
Trayectoria de los miembros del Consejo Técnico	73
Calidad de las decisiones	74
Rendimientos decrecientes de la dependencia de trayectoria	79
Principios de reforma	81
Bibliografía consultada	83

Introducción

La seguridad social garantiza estándares mínimos de bienestar a lo largo del ciclo de vida para todos los ciudadanos, promoviendo el pleno empleo y la responsabilidad individual. México está lejos de contar con un sistema de seguridad social. En cambio, el gobierno organiza seguros sociales para equilibrar –y subordinar– a los “factores de la producción” con base en la gestión jerárquica y diferenciada de contribuciones y beneficios. Los seguros sociales en México son en realidad seguros estatales y se distinguen de los de Argentina, Chile y Alemania –entre otros– donde predomina la autogestión de fondos diferenciados, pero más equitativos, y donde el Estado se concentra en la regulación financiera y de prestaciones.¹ La Ley del Seguro Social (LSS) de 1943 y su brazo ejecutivo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), permitieron a la élite revolucionaria apoyar el “desarrollo estabilizador” y cimentar el nacionalismo revolucionario. El Seguro Social excluyó en un principio a la mayoría de los mexicanos e incumplió la promesa de incluirlos gradualmente en esquemas diferenciados de seguros. El Estado puso de cabeza la seguridad social al requerir que las personas primero salieran de la pobreza con un empleo asalariado para, luego, beneficiarlas con seguros sociales.

No sorprende que la mitad de la población sigue sumida en la pobreza, y una cuarta parte en la extrema pobreza, a 75 años de que la LSS prometiera un futuro de protección –aun diferenciado– para todos. Ante la imposibilidad de seguros alternativos –salvo el ISSSTE–, el Estado implementó mecanismos de asistencia social por canales e instituciones alternas, ya sea vía pensiones no contributivas, ayudas a la población en extrema pobreza o esquemas de solidaridad y Seguro Popular. Esta política de protección social diferenciada consolida la hegemonía del Seguro Social y no ha sido efectiva para eliminar la pobreza.

Para encarar los problemas del México de hoy –la desigualdad, la violencia, la corrupción, los monopolios y las enfermedades crónicas– es necesario fortalecer la cohesión entre los diversos grupos con base en el ejercicio del derecho ciudada-

¹ Carmelo Mesa-Lago (ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas*. México, Fondo de Cultura Económica, 1986, p. 10.

no a la seguridad social. Para ello se requiere una reforma constitucional que reconozca los intereses en juego y sienta las bases para que el Estado ejerza su función protectora y de recaudación, para que los gestores financieros y los prestadores promuevan la calidad y procuren la eficiencia, y para que los ciudadanos asuman sus responsabilidades y derechos como agentes transformadores de su propia realidad.

La reforma constitucional debe encarar los grandes problemas que enfrentan el Seguro Social y las instituciones asistenciales para ofrecerles soluciones efectivas, sencillas y factibles en el contexto de la desigualdad y de las restricciones financieras. La reforma debe estimular la inversión y la eficiencia de todos los actores involucrados, y sobre todo de los profesionales de la salud y de la población. La reforma constitucional requiere del más amplio apoyo de la sociedad y de un gobierno decidido. Para identificar soluciones de gran alcance es fundamental romper con la trayectoria de las decisiones del pasado.

Este ensayo pretende contribuir a conceptualizar las reformas que requiere el sistema de salud y seguridad social de México para romper con las tendencias del pasado. Utilizando un enfoque de economía política, se devela la dependencia que han tenido las decisiones del Seguro Social en su propia trayectoria (*path dependency*), dependencia que permite rendimientos crecientes y una retroalimentación positiva, hasta llegar a un punto de crisis en que los rendimientos se agotan y comienzan a impactar de manera negativa.² La dependencia de las decisiones del pasado se ha sustentado en la creación de mitos o paradigmas que impiden ver las anomalías y romper con las trayectorias para lograr la transformación. La tarea es, así, una de desmitificación para exponer los rendimientos decrecientes y, por tanto, el imperativo de la reforma. El análisis revela los valores de fondo del Seguro Social, permitiendo identificar la fortaleza institucional y romper con los rasgos que la debilitan y que significan amenazas para la gobernabilidad.

Las cuestiones analizadas en su trayectoria refieren primero a la cuestión de si el Seguro Social fue una “conquista de los trabajadores”, partiendo de la autonomía gremial consolidada en 1870, siguiendo con el desarrollo legislativo en diferentes momentos políticos hasta la subordinación obrero-patronal al Estado en 1929. Se analiza luego el apoyo del Seguro Social en su formulación final e implantación para identificar la influencia sobre su organización. Sobre estas bases se aborda la cuestión de la igualdad de los beneficios entre los grupos protegidos y luego el grado en que protege “de la cuna a la tumba”, de acuerdo con las expectativas del modelo y

² M. Sánchez de Dios, Estudio comparado de *path dependence* del estado de bienestar en los casos de USA, Suecia y España. *Revista de Estudios Políticos* (Nueva época), núm. 124, abril-junio, 2004, pp. 95-128. P. Pierson, Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *The American Political Science Review*, vol. 94, núm. 2, 2000, pp. 251-267.

resaltando la discontinuidad de la atención relacionada con la rotación de los beneficiarios en el mercado laboral.

Se procede entonces al análisis de tres cuestiones económicas: la eficiencia del Seguro Social en su capacidad para satisfacer las necesidades con los recursos disponibles, atendiendo a las restricciones impuestas por la organización monopólica; la quiebra técnica del IMSS, identificando la brecha de recursos y la amenaza que ello implica, y la equidad de las contribuciones del gobierno considerando la relación entre el financiamiento al Seguro Social y al Seguro Popular.

El ensayo continúa analizando dos cuestiones de gobernanza: la participación del Seguro Social en el Sistema Nacional de Salud, identificando su carácter voluntario y las dificultades que ello implica para la rectoría del sistema; y la gobernanza del Seguro Social con base en su Asamblea y Consejo Técnico, identificando la falta de representatividad y el enfoque de las decisiones en la conciliación de intereses por sobre las necesidades de salud y bienestar y las consecuencias que ello tiene sobre la protección del derecho a la salud. El análisis finaliza identificando la trayectoria de las decisiones en conjunto y ofreciendo opciones para la ruptura hacia un Seguro Social alineado a las necesidades y posibilidades de México.

¿Conquista de los trabajadores?

Antecedentes del Seguro Social

La LSS tuvo sus orígenes en la revolución industrial del mundo y su expresión en México para enfrentar el reto emergente de los accidentes laborales y para la conciliación y –en México– la subordinación de las clases sociales al Estado. Un primer periodo de desarrollo se observa entre 1870 y 1929 con la organización de las mutuales obreras anarquistas y de las cámaras de comercio e industriales a nivel nacional, la legislación de la protección obrera y empresarial ante los accidentes industriales y la conciliación por el Estado y posterior subordinación de las clases sociales (cuadro 1).

Expresión de la revolución industrial mexicana, el Gran Círculo de Obreros Mexicanos hizo suyas las ideas del anarquista Rhodakanaty para mantener la “absoluta autonomía en su consciencia y en su culto... sin comprometer al estado ni a la sociedad existente”.¹ Organizaciones similares surgieron hasta 1912, encarando la prohibición tácita de las huelgas con movilizaciones y paros que llevaron a mejorar su nivel de vida.² Los accidentes asociados a la industria y el maquinismo fueron objeto de lucha, pero también de preocupación de gobiernos y empresarios, pues crispaban a la sociedad, encarecían la producción con litigios y amenazaban las inversiones. Los gobernadores Vicente Villada en el Estado de México y Bernardo Reyes en Nuevo León promulgaron leyes de accidentes entre 1904 y 1906, adaptando la legislación europea de influencia liberal.³ Obligaron al patrón a in-

¹ Gran Círculo de Obreros Mexicanos, Manifiesto a las clases trabajadoras de la nación, 1876. Citado por M. Schettino, *Cien años de confusión. La construcción de la narrativa que legitimó al régimen autoritario del siglo xx*. Ciudad de México, Paidós, 2016, p. 153. P. C. Rhodakanaty, *Cartilla Socialista*, en J. C. Valadés, *Noticia sobre el socialismo en México durante el siglo xix. Estudios de historia moderna y contemporánea de México*. UNAM, s/f. Recuperado de <http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/moderna/vols/ehmc03/018.pdf>

² M. Schettino, *op. cit.*, p. 153.

³ Ley de accidentes de trabajo de José Vicente Villada, Estado de México, 30 de abril de 1904, en M.G. Mendoza Barrueto, E. Lombero Pallares y F. Remolina Roquení (Coords.), *Antecedentes de la Ley del Seguro Social*. México DF, IMSS, 1970, p. 11; Ley de Accidentes de Trabajo

demnizar a los trabajadores por los accidentes laborales, acotaron su riesgo civil, hicieron obligatoria la atención médica profesional por su reconocida eficiencia y condujeron a contabilizar la indemnización como un pasivo laboral y a administrar el riesgo contratando pólizas de seguros. Villada y Reyes también legislaron la indemnización del trabajador como derecho irrenunciable y la obligación del patrón de probar –en su caso– la culpabilidad del obrero accidentado. Esta legislación, de origen demócratacristiano y de la economía social, reconoció la asimetría de poder entre obreros y patrones, respetando la autonomía de las partes y reduciendo el clientelismo gubernamental.⁴

CUADRO 1. DEL MUTUALISMO AL DISEÑO DEL SEGURO SOCIAL, 1870-1928

<i>Fecha</i>		<i>México</i>	<i>Resto del mundo</i>
1870	Septiembre 16	Gran Círculo de Obreros Mexicanos	
1883	Junio 23		Ley de Seguros de Salud de Bismarck
1904	Abril 30	Ley de Accidentes de Vicente Villada	
1906	Noviembre 9	Ley de Accidentes de Bernardo Reyes	
1911	Enero	Confederación Nacional de Trabajadores	
1912	Noviembre 22	Casa del Obrero Mundial (COM)	
1913	Enero 29	Gran Liga Obrera	
1913	Febrero 22	Asesinato de Madero	
1914	Agosto 15	Ejército Constitucionalista apoya a la COM	
1915	Diciembre	Ley del Trabajo de Salvador Alvarado	
	Diciembre 28	Juntas Municipales Previsionales en Jalisco	
	Febrero	Batallones Rojos de la COM	

de Bernardo Reyes, Estado de Nuevo León, 9 de noviembre de 1906, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 15.

⁴ J. Déferme, J. de Maeyer, Entre sciences sociales et politique. La pensée leplaysienne et les milieux catholiques belges, *Les Études Sociales*, 2009, vol. 1, núm. 149-150, pp. 147-166.

Continuación

<i>Fecha</i>		<i>México</i>	<i>Resto del mundo</i>
1916	Enero	Se desbandan Batallones Rojos	
	Mayo	Huelga de la Federación de Sindicatos Obreros del DF (FSODF) paraliza la capital. Convocatoria a Congreso Constituyente	
	Julio 31	Huelga del Sindicato Mexicano de Electricistas	
	Agosto 2	COM y FSODF se rinden al gobierno	
	Octubre	Elección de diputados al Congreso Constituyente	
1917	Febrero 5	Promulgación de la Constitución	
1918	Marzo	CROM apoya al gobierno. Sindicalismo revolucionario nacionalista	
1919		Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio (CONCANACO) y Confederación de Cámaras Industriales (CONCAMIN)	
	Junio 28		Organización Internacional del Trabajo (OIT)
1920	Abril 23	Obregón asume la presidencia	
1921	Junio 2	Propuesta de Seguro Obrero	
1922	Octubre 29		Ascenso de Mussolini
1924	Septiembre	Propuesta para federalizar el artículo 123	
1925	Septiembre 3	Primera propuesta de Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)	
1928	Julio 17	Asesinato de Obregón	
	Noviembre 5	Segunda propuesta de Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)	
1929	Julio	Federalización del artículo 123: Ley del Seguro Social “de utilidad pública”	
	Octubre 29		Gran Depresión

El modelo Villada-Reyes fue replicado por otros gobernadores –incluso Plutarco E. Calles en Sonora– hasta la promulgación de la Constitución. Salvador Alvarado decretó en Yucatán el mismo modelo con innovaciones que apelaron a la eugenesia y a la ingeniería industrial en boga: introdujo limitaciones al trabajo de las mujeres embarazadas y de los niños y dispuso la creación de comités técnicos en las fábricas para la prevención de accidentes.⁵ Alvarado también estableció un fondo estatal de pensiones abierto a la contribución voluntaria de los trabajadores, supliendo la carencia de seguros privados. El gobernador Manuel Aguirre Berlanga de Jalisco innovó también estableciendo juntas municipales previsionales con fondos de contribuciones obligatorias de los trabajadores industriales y agrícolas. Los patrones habrían de participar con los gastos operativos, todo bajo la supervisión de los presidentes municipales.⁶ Esta Ley se asemejó a las leyes de seguros sociales que Bismarck había implantado en Alemania y que fueron difundidas por la socialdemocracia.

El conflicto armado a la caída de Díaz y su impacto salarial llevaron a la fundación de la Confederación Nacional de Trabajadores y de la Casa del Obrero Mundial (COM), ambas con un ideario anarquista.⁷ El presidente Gustavo I. Madero respondió con la Oficina del Trabajo y con la Gran Liga Obrera de México. Victoriano Huerta procuró la simpatía del movimiento obrero proponiendo la Caja del Riesgo Profesional, que se apropiaría el pasivo laboral de los empresarios al obligarlos a contribuir cuotas al Estado. La COM se opuso dado su ideario anarquista y Huerta procedió a clausurarla.⁸

Al tomar la Ciudad de México, Álvaro Obregón logró por vez primera intervenir al movimiento obrero reconociendo su valor como actor social. Para ello reconoció a la COM y trasladó su sede del barrio de Tepito al convento de Santa Brígida, dotándolo de una imprenta y de dinero para apoyar a sus agremiados ante la crisis. Obregón resolvió la huelga de la Compañía Telefónica y Telegráfica Mexicana, imponiendo en la gerencia a Luis N. Morones –líder de la COM, miembro del Sindicato Mexicano de Electricistas (SME) y empleado de la telefónica. Obregón y Morones pactaron la conformación de la COM en los *Batallones Rojos* como retaguardia proletaria contra Villa y Zapata a cambio de organizar sindicatos con apoyo militar.⁹ Obregón reconoció la importancia y subordinación de la COM cediéndole el Pala-

⁵ Ley del Trabajo de Salvador Alvarado, Yucatán, en Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 43.

⁶ Reforma a la Ley del Trabajo de Manuel Aguirre Berlanga, Estado de Jalisco, 28 de diciembre de 1915, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 60.

⁷ M. Schettino, *op. cit.*, p. 158.

⁸ Cámara de Diputados, Proyecto de ley para remediar el daño procedente del riesgo profesional, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 28.

⁹ M. Schettino, *op. cit.*, p. 158.

cio de los Azulejos como nueva sede y desplazando de allí al Jockey Club. El movimiento obrero y el Estado iniciaron así su larga colaboración, a la vez que marcaron el antagonismo entre obreros y campesinos.

El fortalecimiento del poder obrero y las crecientes huelgas amenazaron al Movimiento Constitucionalista, llevando a que Obregón disolviera a los *Batallones Rojos* y expulsara a la COM de su flamante sede. Carranza declaró injustificadas las huelgas cuando amenazaban “la consolidación del orden” y amenazó con la represión militar a los obreros que se “extralimitaran en el ejercicio de sus derechos”.¹⁰ Procurando establecer la autoridad y el orden, Carranza publicó la convocatoria para el Congreso Constituyente. No obstante, la Federación de Sindicatos Obreros del Distrito Federal (FSODF) desató una huelga general paralizando la capital, a lo que Carranza respondió imponiendo la ley marcial y arrestando a sus dirigentes. Una nueva huelga del SME forzó el paro de 82 000 trabajadores, por lo que Carranza apresó a los líderes y los amenazó con la pena de muerte. El 2 de agosto la COM y la FSODF se doblegaron, aceptando la intermediación de Obregón para poner a salvo a sus compañeros.¹¹

Formulación del artículo 123 constitucional

Fue en el contexto de profundo antagonismo entre Carranza y el movimiento obrero que el 22 de octubre se eligieron los congresistas que participarían en el Congreso Constituyente, con la participación de sólo dos diputados obreros de entre los 240 elegidos: Carlos L. Gracida y Nicolás Cano. No sólo pocos, estos delegados también fueron relegados en la convención, como lo demuestran los testimonios de su participación en la redacción del artículo 123 dedicado a los derechos laborales.¹² A diferencia de otras áreas legislativas, el proyecto de legislación laboral sometido por Carranza no se discutió en primera lectura y fue postergado: debió haber sido el 3º según su orden de la Constitución de 1857 y quedó como 123. Al no designar el Pleno un comité de redacción, la tarea fue asumida por el exgobernador de Durango Pastor Rouaix, incondicional de Carranza, junto con tres cercanos colaboradores, haciéndolo “sin que hubiera la formalidad de la cita o la invitación, pues todo fue obra de

¹⁰ D. A. Carmona Dávila, Es establecida la Casa del Obrero Mundial. *Memoria política de México*. Recuperado de: <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/9/22091912.html>. Consultada el 15 de abril de 2018.

¹¹ Carmona Dávila, *ibid.*

¹² M. Clark, *La organización obrera en México*, Ciudad de México, Ed. Era, 1979, pp. 45-46. P. Rouaix, *Génesis de los artículos 27 y 123 de la Constitución Política de 1917*. Ciudad de México, Biblioteca Constitucional INEHRM, 2016, p. 138.

la libre voluntad de los diputados”. Con ello, Rouaix logró “la aprobación general y muy pocas fueron las modificaciones que se le hicieron a su texto”.¹³ El reparto de utilidades –con importantes consecuencias para la contribución patronal a prestaciones– fue introducido por el “grupo radical” como adición a la prescripción del salario mínimo el mismo día de la aprobación del artículo 123, tras breve discusión.¹⁴

El artículo 123 legisló cuatro fracciones relevantes para la salud y bienestar de los trabajadores, que con pocos pero importantes cambios persisten a la fecha: la fracción V sobre la protección de la mujer embarazada y el trabajo infantil; la fracción XIV sobre la indemnización obligatoria e irrenunciable ante accidentes laborales; la fracción XV relativa a la prevención de accidentes y la fracción XXIX que consideró de “utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otras con fines análogos; por lo cual, tanto el Gobierno federal como el de cada Estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular”.

Rouaix logró una síntesis ecléctica de principios. Las fracciones V y XV habían sido ya legisladas por Salvador Alvarado en Yucatán. La fracción XIV corresponde a la legislación de Villada y Reyes, mientras que la XXIX retomó el experimento de Aguirre Berlanga, aunque quedó claro que no era obligatoria, por lo que recuerda también el fondo de pensiones de Alvarado así como el respeto al mutualismo anarquista. Primó, así, el enfoque liberal de las primeras tres fracciones y, con ello, la ideología de Carranza y su grupo “civilista”. No obstante, la influencia de Obregón y de su enfoque “militarista” y de intervención del Estado es notoria en otras fracciones del 123 que instituyeron las comisiones de salarios mínimos, la conciliación obligatoria por el Estado, y el reparto de utilidades. Carranza también predominaría al mantener a los legislativos estatales como responsables de la emisión de las leyes del trabajo, contra lo que Obregón lucharía al tomar el poder. Los legislativos estatales procedieron a reformar sus leyes laborales con base en las fracciones V, XIV y XV, replicando sólo en algunos casos la redacción de la fracción XXIX como algo deseable mas no obligatorio.

Propuesta de Instituto Nacional del Seguro Social

El sindicalismo de Estado en ciernes con apoyo de Carranza estableció la Confederación Regional de Obreros Mexicanos (CROM), apropiándose del lema del “sindicalis-

¹³ P. Rouaix, *ibid.*, p. 138.

¹⁴ P. Rouaix, *ibid.*, p. 157. Clark, *op. cit.*, p. 49.

mo revolucionario” de la ideología comunista para imprimirle un carácter nacionalista y de subordinación al Estado.¹⁵ Los comerciantes y empresarios del país fueron también organizados por el Estado en la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio (CONCANACO) y la Confederación de Cámaras Industriales (CONCAMIN), ambas agrupando obligatoriamente a las cámaras y con un representante gubernamental como conducto con el Estado.¹⁶

Al asumir la presidencia, Obregón intentó centralizar el poder para ejercer un control más directo del movimiento obrero, proponiendo entre otras medidas el Seguro Obrero como instrumento para homologar a nivel nacional el derecho de los trabajadores a la indemnización por accidentes y al goce de pensiones de retiro y de seguro de vida. Lo justificó en la necesidad de fortalecer al Gobierno federal en aras de evitar la indigencia, promover el trabajo como fuente de la riqueza nacional, superar la indolencia de los estados para legislar en la materia y evitar controversias entre obreros y empleadores.¹⁷ El financiamiento sería con base en el reparto de utilidades que, fijando su valor en 10 % de la nómina, sería asignado a una Caja de Seguros sujeta a la inspección de un Instituto Nacional de Seguros Sociales (INSS). La iniciativa –similar a la de Huerta– fracasó por la oposición de los empresarios y la falta de sustento legal para apropiarse de las funciones de los legislativos estatales. Obregón propuso entonces –infructuosamente, a unos meses de dejar el poder– la federalización de las fracciones del artículo 123 referentes al salario mínimo, al reparto de utilidades y a las cajas de seguros. Argumentó que con ello se allanaría el camino al Seguro Obrero porque “por su naturaleza misma, requiere un amplio campo de acción, un gran margen económico y principalmente una legislación única que al establecerlo como obligatorio, garantice a los obreros contra los riesgos del trabajo y proporcione a la industria una base segura y uniforme en todo el país para calcular sus egresos por indemnizaciones”.¹⁸

Calles continuó el esfuerzo de centralizar la legislación laboral sin tener que enfrentar la federalización del 123 al establecer el Instituto Nacional del Seguro Social como órgano corporativista al margen de la administración pública y de los legislativos estatales. En el Proyecto de Ley Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades

¹⁵ M. Schettino, *op. cit.*, p. 200.

¹⁶ D. A. Carmona Dávila, *Se funda la CONCAMIN; CONCANACO. Memoria Política de México*. Nueva edición perenne 2018. Recuperado de: <http://www.memoriapolitica-demexico.org/Efemerides/9/13091918.html> . Consultado el 27 de marzo de 2018.

¹⁷ Proyecto de Ley para la creación del Seguro Obrero, 2 de junio de 1921, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 455.

¹⁸ Proyecto de Ley que reforma las fracciones VI, IX y XXIX del artículo 123 de la Constitución, 30 de septiembre de 1924, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 461.

Ocupacionales propuso implementar el INSS como órgano del Ejecutivo federal, administrado por un Consejo Directivo de composición tripartita, con siete representantes electos –por periodos fijos– de cada uno de los sectores: obrero, patronal y del gobierno federal.¹⁹ Los servicios de salud estarían a cargo del INSS, mientras que los hospitales privados al servicio de las empresas serían expropiados. El Consejo Directivo tendría a su cargo no sólo decisiones técnicas, sino también políticas, incluyendo “la conciliación del poder y clases que representen y se encargarán de obtener la cooperación de sus representantes y los ejecutivos y demás poderes locales”.

La propuesta del tripartismo buscó integrar al Estado como un corporativo para gobernar las relaciones obrero-patronales de manera directa y sin el estorbo de la administración pública. Obregón ya había establecido las relaciones personales requeridas para ello, con el movimiento obrero liderado por la CROM de Luis N. Morones, mientras que la CONCAMIN y la CONCANACO integraban a los empresarios de manera vertical. A pesar del apoyo disponible, esta primera propuesta de Calles quedó en eso, posiblemente por la dificultad para introducir la ley sin haber federalizado el artículo 123, con lo que el poder estaba aún expuesto a diversos intereses en los estados.

El asesinato de Obregón hizo sospechosos a Calles y Morones y los obligó a romper su vínculo clientelar, base del control obrero. Calles acudió entonces a la ley escrita y en particular al artículo 123 constitucional, convencido de que no se podría constituir al INSS sin federalizarlo ni imprimirle un carácter más amplio que permitiera al Estado asumir plenamente la definición de la cuestión social para cohesionar a los obreros y empresarios.²⁰ El presidente interino Emilio Portes Gil –con Calles desde el Maximato– propuso el proyecto de Código Federal del Trabajo con un capítulo sobre el “Seguro Social” que agregó a la cobertura del INSS los riesgos profesionales y no profesionales, invalidez, vejez, jubilación, vida, incapacidad laboral y necesidades de la familia. La cuestión social quedó así definida conforme a las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, anticipándose al acceso de México como miembro de este organismo en 1931.

El INSS amplió asimismo la propuesta de contribución financiera a los trabajadores y al gobierno.²¹ El Seguro Social Potestativo ampliaría los beneficios a los “pe-

¹⁹ Proyecto de Ley sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Presentado por las Comisiones Unidas de Trabajo y Previsión Social a la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 3 de septiembre de 1925, en Mendoza Barreto *et al.*, *op. cit.*, p. 472.

²⁰ M. Schettino, *op. cit.*, p. 206. J. M. Malloy, Statecraft and social security policy and crisis: A comparison of Latin America and the United States, en Mesa-Lago, ed., *The crisis of social security and health care. Latin American experiences and lessons*. Pittsburgh, University of Pittsburgh, 1985, p. 35.

²¹ Proyecto de Capítulo del Seguro Social, formulado por la Comisión designada por la Sec-

queños agricultores” y a los “pequeños patronos” y a trabajadores independientes de bajos ingresos. Los patronos se opusieron a la propuesta aduciendo el impacto económico e influyeron para evitar su discusión en el Congreso.²² Portes Gil se limitó a federalizar el artículo 123 de la Constitución en julio de 1929, dando al Congreso la facultad para expedir las leyes específicas y excluyendo la participación de los gobiernos estatales en materia laboral. Se modificó asimismo la fracción XXIX del artículo 123 pasando de considerar “de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares” a considerar “de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social”.²³ La Ley Federal del Trabajo fue promulgada hasta 1931, nuevamente sin el capítulo del Seguro Social, posiblemente ahora por la dificultad de implantarlo en el contexto de la Gran Depresión.²⁴ El proyecto fue impulsado al futuro en el Plan Sexenal 1934-1940 del Partido Nacional Revolucionario (PNR) en sus rasgos esenciales: obligatorio, tripartito, amplio y sustraído “del interés privado”.²⁵

El INSS emuló la organización fascista puesta en boga por Mussolini en Italia al integrar las corporaciones obreras y empresariales al Estado bajo el líder político para gobernar los “factores de la producción” de manera directa y al margen de la administración pública, del legislativo estatal y del mercado.²⁶ El fascismo estaba entonces en boga entre técnicos sociales, no siendo excepción el director de la Organización Mundial del Trabajo, Albert Thomas, quien consignó en 1928 que “no es sólo en Italia sino en todos los países que los sindicatos están siendo cada vez más prominentes en la organización del Estado [...] Sería por demás tonto refutar la idea, debido a circunstancias políticas y a los métodos dictatoriales empleados, que Italia ha innovado en fórmulas más sistemáticas [...] El mundo podría beneficiarse de un socialismo, aun autoritario, que es racional y metódico”.²⁷ Calles y Mussolini compartieron estilos personales de gobernar y construyeron regímenes políticos similares subor-

retaría de Industria, Comercio y Trabajo, 5 de noviembre de 1928, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 500.

²² M. García Cruz, *La seguridad social en México: bases, evolución, importancia económica, social, política y cultural. vol. I, 1906-1958*. Ciudad de México, Costa-Amic, 1973, p. 62.

²³ Ley por la cual se reforman los artículos 73 y 123 de la Constitución General de la República, 31 de agosto de 1929, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 334.

²⁴ Proyecto de Ley Federal de Trabajo formulado por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, 12 de marzo de 1931, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 335.

²⁵ M. García Cruz, *op. cit.*, p. 70.

²⁶ H. J. Wiarda, *Corporatism and comparative politics*. Nueva York, M. E. Sharpe, 1997, p. 110.

²⁷ Stefano Gallo, Dictatorship and international organizations: The ILO as a ‘test ground’ for fascism, en Sandrine Kott & Joelle Droux, *Globalizing social rights. The International Labour Organization and beyond*. Geneva, ILO, 2013.

dinando a las organizaciones obrero-patronales al Estado autoritario.²⁸ El mito de la “conquistas de los trabajadores” se construyó, tanto en Italia como en México, para sustentar el poder de una élite sobre la sociedad en su conjunto.

Las leyes laborales y la propuesta del seguro social no fueron una conquista de los trabajadores. Las primeras leyes de accidentes protegieron tanto a trabajadores como a empresarios para alentar la inversión privada en un marco de legalidad. El artículo 123 integró esta legislación y promovió la gestión de cajas de previsión en la tradición mutualista. El movimiento obrero fue excluido de la redacción del artículo 123, aun cuando ya había sido subordinado al Estado. Calles federalizó el artículo 123 para centralizar el poder del ejecutivo en la conciliación entre los “factores de la producción”. Pieza clave en este esfuerzo fue la propuesta del Instituto Nacional del Seguro Social (INSS).

²⁸ R. J. Ramos Torres, *México e Italia, su relación en los años del callismo y del fascismo*. Tesis de maestría en Estudios Políticos y Sociales, Ciudad de México, UNAM, 2014.

¿Respuesta a las necesidades de desarrollo?

La federalización del artículo 123 confirió el control político al Ejecutivo federal para proceder con la formulación técnica de la LSS. Mientras tanto, la reforma agraria impulsada por el presidente Lázaro Cárdenas abrió alternativas para la protección a los campesinos y para incrementar la productividad de los ejidos colectivos en los que muchos de ellos fueron organizados. Experiencias modestas y acotadas, dieron la pauta para una propuesta de seguridad social de gran alcance y realismo económico (cuadro 2).

El interludio cardenista

Cárdenas expropió los latifundios agroindustriales que eran la principal fuente de divisas de país, convirtiendo a miles de campesinos en copropietarios colectivos financiados por el Banco Nacional de Crédito Ejidal.¹ El Banco contrató servicios para certificar y tratar las enfermedades, servicios que –junto con otras medidas de eficiencia– debían ser acatados “bajo riesgo de perder el crédito que era la línea de vida de los ejidos”.² Por otra parte, el Bloque Nacional de Médicos Revolucionarios apoyó la participación de la profesión médica en el esfuerzo cardenista y se estableció el servicio social de médicos pasantes para atender a los campesinos, dando origen a la Oficina de Medicina Social e Higiene Rural del Departamento de Salubridad.³ Este ya colaboraba con los gobiernos estatales para financiar y organizar los Servicios Coordinados de Salud, logrando así un doble enfoque, corporativo y territorial, para atender la salud integralmente.⁴

Demostrado el modelo, Cárdenas y el secretario de Gobernación Ignacio García Téllez formularon el Instituto de Servicios Sociales (ISS) para ampliar el alcance de

¹ C. Anderson, *Bankers as revolutionaries: Politics and development banking in Mexico*, en W. Glade, y C. Anderson, *The political economy of Mexico*. Madison, University of Wisconsin Press, 1963.

² C. Hewitt de Alcántara, *Modernizing mexican agriculture: Socioeconomic implications of technological change 1940-1970*. Ginebra, UNRISD, 1976, p. 76.

³ J. Álvarez Amézquita, *Servicios médicos rurales cooperativos en la historia de la salubridad y de la asistencia en México*, en Hernández Lamas, H. (Ed.), *La atención médica rural en México 1930-1980*. Ciudad de México, IMSS, 1984, p. 94. J. Álvarez Amézquita, *et al.*, *op. cit.*, p. 370. M. A. González Block, *Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México*. *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 3, 1990, pp. 331-57.

⁴ J. Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México, t. II, Historia de la salubridad desde 1910 hasta 1960*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, p. 370. M. A. González Block, 1990, *op. cit.*

las prestaciones de acuerdo con las recomendaciones de la OIT, así como de la población cubierta al total de los trabajadores.⁵ El ISS sería financiado de manera tripartita, pero incluiría a los gobiernos estatales como actores clave para cofinanciar y adaptar las prestaciones a las necesidades locales. Los servicios serían provistos por médicos y hospitales privados o propios, según su disponibilidad. El ISS incluiría una asamblea tripartita de carácter consultivo –no directivo– y un consejo director profesional responsable de “las funciones de los consejos de administración de las sociedades anónimas”.⁶ Sin embargo, el proyecto fue rechazado por el Congreso aduciendo que carecía de sustento actuarial,⁷ si bien para entonces Cárdenas encaraba fuertes presiones por la reacción a la reforma agraria y la expropiación petrolera y se preparaba ya la transición presidencial. En este contexto, el Partido de la Revolución Mexicana (PRM) retomó el modelo corporativista del INSS en el Segundo Plan Sexenal.⁸ La seguridad social cardenista no pudo descarrilar la dependencia de trayectoria del modelo corporativista de Calles, que sería retomado por el presidente Ávila Camacho.

Implantación del Seguro Social

El Segundo Plan Sexenal del PRM propuso la expedición de la Ley de Seguros Sociales para “cubrir los riesgos sociales más importantes, debiendo aportar el capital necesario para ello la clase patronal y el Estado y en cuya organización y administración debe intervenir la clase obrera organizada”,⁹ lo que delata oposición al proyecto cardenista y la reivindicación del proyecto del INSS de Calles. Con una sucesión presidencial violenta y fraudulenta, la división política en el ejercicio, la amenaza del sindicalismo oficial por el sinarquismo y en medio de la Se-

⁵ G. Arce Cano, *Los seguros sociales en México*. Ciudad de México, Ediciones Botas, 1944, p. 30. M. García Cruz, *La seguridad social*, en *México: 50 años de Revolución*. México, FCE, 1960, p. 69.

⁶ Exposición de motivos del proyecto de Ley de Seguros Sociales, 26 de marzo de 1938, en Mendoza Barrueto et al., *op. cit.*, p. 519.

⁷ G. Arce Cano, *op. cit.*

⁸ G. Arce Cano, *op. cit.* Soledad Loaeza, *La reforma política de Manuel Ávila Camacho. Historia Mexicana*, vol. LXIII: núm. 1, 2013, p. 283. Recuperado de: <http://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/160>. V. López Villegas, *En el periodo de la unidad nacional y de la Segunda Guerra Mundial. 1940-1946*, en J. Aguilar García, *Historia de la CTM 1936-2006. El movimiento obrero y el Estado mexicano*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, p. 121. M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 69.

⁹ V. López Villegas, *op. cit.*, p. 121. M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 69.

gunda Guerra Mundial, Ávila Camacho encaró la oposición y convocó a la unión nacional.¹⁰ Se otorgaron concesiones fiscales y se firmaron acuerdos comerciales con Estados Unidos para planificar la economía de guerra, resolviendo el bloqueo a la venta del petróleo y garantizando importantes recursos al gobierno. La Confederación de Trabajadores de México (CTM) se alineó sin titubeos al gobierno cuando Fidel Velásquez asumió la secretaría general en sustitución de Lombardo Toledano, si bien no resolvió el faccionalismo interno.¹¹

En este contexto, Ávila Camacho estableció la Comisión Técnica del Seguro Social con representantes obreros y patronales y de la OIT, organismo que retomó el INSS por su nombre y en su diseño original para llevarlo a su “aprobación” por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.¹² La CTM concluyó apenas arrancados los trabajos de la comisión que el Seguro Social permitiría “garantizar de mejor manera los intereses de las clases trabajadoras”, si bien lo percibieron como continuidad con el pasado, pues “la Ley no afectaba las conquistas obreras, ni lesionaba logros contenidos en los contratos de trabajo, pues los patrones deberían seguir cubriendo las prestaciones en materia de riesgos no profesionales, permisos con goce de sueldo, jubilaciones, médicos y medicinas”.¹³ Esta tímida respuesta fue suficiente para que Fidel Velásquez tuviera el respaldo del gobierno para enfrentar el faccionalismo interno a la CTM.¹⁴ La CROM, por su parte, aprobó la Ley en lo general, pero –igualmente apático– objetó su aplicación obligatoria, pues los riesgos profesionales ya estaban previstos en la Ley del Trabajo y muchas empresas ya los cubrían.

La CTM propuso además medidas de unidad nacional que allanarían el camino al Seguro Social: el control de precios, el financiamiento público de servicios de consumo privado y la introducción de impuestos adicionales.¹⁵ La CTM se adjudicó así “un sitio de vanguardia en la defensa de la Patria” y se subordinó al presidente en “espera que usted le señale las tareas que le corresponden dentro de la obra que hemos dejado señalada [...] hasta la victoria final de las fuerzas progresistas del

¹⁰ S. Loaeza, *op. cit.*, p. 251-354.

¹¹ S. Loaeza, *op. cit.*, p. 284. V. López Villegas, *op. cit.*, p. 119. R. Pozas Horcasitas, *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965*. México, D.F., Siglo Veintiuno Editores, 1993, p. 57.

¹² Minutas, Comisión Técnica del Seguro Social, junio de 1941. M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 72. Aprobación del proyecto de Ley del Seguro Social por la Confederación Interamericana de Seguridad Social, en Barreto *et al.*, *op. cit.*, p. 591.

¹³ V. López Villegas, *op. cit.*, p. 134.

¹⁴ R. Pozas Horcasitas, *op. cit.*, p. 57.

¹⁵ V. López Villegas, *op. cit.*, p. 123.

mundo”.¹⁶ Poco más tarde, el gobierno decretó el Consejo Supremo de la Defensa Nacional y acordó la supresión del derecho de huelga a cambio de prestaciones similares por los empresarios.¹⁷

Los empresarios se opusieron al proyecto de LSS desde mediados de 1942 con llamados a la acción por la CONCANACO y la protesta de las aseguradoras. Aprobado el proyecto por la Cámara de Diputados, la CONCAMIN, la CONCANACO y la Asociación Nacional de Banqueros (ABM) manifestaron sus objeciones al presidente y remitieron al Senado una propuesta para evitar que el IMSS se apropiara de la gestión de la indemnización de los riesgos laborales y de las prestaciones superiores a la Ley mediante los seguros adicionales. El Senado procedió a aprobar la LSS unánimemente, desestimando las críticas.¹⁸

El proyecto de LSS establecería al IMSS con los mismos trazos del INSS propuesto por Calles: integrando la recaudación, el financiamiento y la prestación de servicios bajo una misma institución con órganos directores tripartitos. Los beneficiarios serían los trabajadores asalariados “de la ciudad”, excluyendo a “los trabajadores al servicio del Estado, de empresas de tipo familiar, a domicilio, domésticos, del campo, temporales y eventuales”. El IMSS ofrecería una amplia gama de seguros obligatorios para los asalariados urbanos. El IMSS asumiría también la responsabilidad patronal por las prestaciones ofrecidas a sus trabajadores que fueran superiores a las de la Ley, incrementando para ello las cuotas patronales a seguros “adicionales”.

CUADRO 2. FORMULACIÓN TÉCNICA E IMPLANTACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, 1931-1949

<i>Fecha</i>		<i>México</i>	<i>Resto del mundo</i>
1931		Ley Federal del Trabajo	México se suma a la OIT
1933	Diciembre	Primer Plan Sexenal del PNR 1934-1940	
1935	Agosto 14		Ley de Seguridad Social de Roosevelt
1936	Febrero 24	Confederación de Trabajadores de México (CTM)	
1938	Diciembre 27	Propuesta de Instituto de Servicios Sociales (ISS)	

¹⁶ *Ibid.*, p. 124.

¹⁷ *Ibid.*, p. 128.

¹⁸ R. Pozas Horcasitas, *op. cit.*, pp. 58 y 59.

Continuación

	<i>Fecha</i>	<i>México</i>	<i>Resto del mundo</i>
1939	Noviembre 3	Segundo Plan Sexenal PRM 1940-1946 propone Ley del Seguro Social	
1941	Junio 2	Comisión Técnica del Seguro Social	
	Junio 10		Comisión Beveridge analiza las prestaciones sociales en Inglaterra
	Agosto 14		Tratado del Atlántico; seguridad social para la paz
	Septiembre	CTM apoya el proyecto del Seguro Social y el plan de unidad nacional	
	Diciembre	CTM apoya financiamiento público de servicios de consumo privado e impuestos adicionales	
	Diciembre		Beveridge difunde Informe de seguridad social y servicios conexos
1942	Mayo 28	México declara la guerra al Eje	México se une al Tratado del Atlántico
	4 de agosto		Opinión favorable de la OIT al proyecto de Ley del Seguro Social
	Septiembre 4	Cámaras de Comercio protestan la Ley del Seguro Social	
	Septiembre 14	Aprobación del proyecto del Seguro Social por la CISS	Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)
	Septiembre 23	Ley del Consejo Supremo de la Defensa Nacional	
	Octubre	Presentación de Ley del Seguro Social a la sociedad	
	Noviembre 20		Informe Beveridge se publica y distribuye al frente de guerra
	Diciembre 11	Aseguradoras protestan competencia desleal en proyecto de Seguro Social	

Continuación

	<i>Fecha</i>	<i>México</i>	<i>Resto del mundo</i>
1942	Diciembre 14		Seguro Obligatorio de Enfermedad de Francisco Franco
	Diciembre 23	Ley del Seguro Social aprobada por la Cámara de Diputados	
	Diciembre 24	ABM y CONCAMIN protestan seguros de riesgos profesionales y adicionales	
	Diciembre 29	Ley del Seguro Social aprobada por la Cámara de Senadores	
	Diciembre 30	ABM y CONCAMIN protestan seguros de riesgos profesionales y adicionales	
1943	Enero 16		Mutual fascista. Instituto para la Asistencia de las Enfermedades de los Trabajadores, de Mussolini
	Enero 19	Decreto de Ley del Seguro Social	
	Abril 6	Sindicato de Trabajadores del Seguro Social	
	Julio 2	IMSS determina prestación directa de servicios de salud	
	Octubre 18	Secretaría de Salubridad y Asistencia	
1944	Enero 1	Arranque del IMSS en el Distrito Federal	
	Enero 24	Frente Proletario Nacional (FPN) contra Ley del IMSS	
	Junio 20	FPN se desbanda frente a la represión	
1946	Octubre 19	Conato de huelga del sindicato de trabajadores del IMSS	

Sorteada la aprobación por el Congreso, el Gobierno estableció el arranque del IMSS para el primero de enero de 1944, previo establecimiento de las oficinas centrales

con un donativo del Gobierno federal, la publicación del reglamento de afiliación, la determinación de la prestación directa de servicios de salud, la creación del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y el establecimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) para encarar la exclusión de la mayoría.¹⁹

La influencia internacional sobre el Seguro Social

El proyecto de LSS se formuló en el contexto del Tratado del Atlántico firmado por Roosevelt y Churchill, líderes de los países aliados contra los países del Eje. El Tratado del Atlántico fue la hoja de ruta a la paz mundial, que permitiría “asegurar, para todos, estándares laborales mejorados, desarrollo económico y seguridad social”.²⁰ México se adhirió al Tratado al declarar la guerra al Eje, sumándose a los 26 países que ya lo habían hecho, que iniciaron así el camino hacia las Naciones Unidas.²¹

El modelo de seguridad social adoptado por el Tratado del Atlántico fue diseñado por William Beveridge para resolver la fragmentación de la previsión que aquejaba a los trabajadores en Inglaterra. Planteó un fondo nacional tripartita para subsidios familiares, servicios de salud preventivos y curativos y ayuda ante el desempleo, todo ello como derechos ciudadanos ante la necesidad.²² Beveridge fue claro en que el Ministerio de Seguridad Social no debería gestionar los fondos, a fin de asegurar la equidad y la eficiencia. Los recursos habrían de ser transferidos al Departamento de Salud mediante su asignación a cada ciudadano por capitación, como ya se hacía para el pago de los médicos en algunos esquemas de protección. El Departamento

¹⁹ Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Decreto que implanta en el Distrito Federal los seguros obligatorios de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, no profesionales, y otros que en él se indican, *Diario Oficial*, 15 de mayo de 1943. IMSS, Consejo Técnico, Revisión de gastos del IMSS para enero de 1943. 24 de febrero de 1943. IMSS, Reglamento de la Ley del Seguro Social en lo relativo a la inscripción de patrones y trabajadores, funcionamiento de la dirección general del instituto y sesiones del consejo técnico. *Diario Oficial de la Federación*, 14 de mayo de 1943. IMSS, Consejo Técnico, acuerdo No. 69 del 25 de septiembre de 1943. (Prestación directa). IMSS, Consejo Técnico, acuerdo No. 75 del 30 de septiembre de 1943. (Se aprueba el contrato colectivo). Decreto por el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de octubre de 1943.

²⁰ Tratado del Atlántico, agosto 14, 1941. Recuperado de: <http://avalon.law.yale.edu/wwii/atlantic.asp> Consultado el 15 de abril de 2018.

²¹ The Secretary of State to the Ambassador in Mexico (Messersmith). Foreign Relations of the United States: Diplomatic Papers, 1945, The American Republics, vol. IX, enero 12 de 1945. Recuperado de: <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1945v09/d943>. Consultado el 6 de abril de 2018.

²² W. Beveridge, Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, vol. 78, núm. 6, pp. 847-855.

de Salud organizaría el Servicio Nacional de Salud de manera gratuita para todos los ciudadanos. Las contribuciones al fondo de seguridad social serían a cuota única, sin relación con los ingresos y sólo suficientes para sustentar servicios y consumos básicos, provistos por médicos y hospitales privados no lucrativos.²³

El Informe Beveridge fue difundido masivamente hasta el frente de guerra, en los países aliados –incluyendo México–²⁴ y, por supuesto, en Inglaterra, donde fue recibido con entusiasmo en el momento más incierto de la guerra como un manifiesto de “igualdad de sacrificio” y “justicia de beneficios” para todos. Los mensajes principales fueron lanzados al aire en millones de volantes en los frentes de batalla conminando al enemigo a rendirse bajo el prospecto de la paz y la reconstrucción social.

Muchos países respondieron al Tratado del Atlántico y al Plan Beveridge, desatándose una “guerra de la seguridad social”. En América Latina el encargado de su difusión fue Nelson Rockefeller, en su calidad de Coordinador para Asuntos Interamericanos del gobierno de Estados Unidos, quien afirmó en su participación en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social que “Esta guerra [...] es una guerra que tiene relación con la seguridad social. Es en sí misma una guerra de seguridad social, de dignidad humana, de libertad”, afirmación citada como justificación en la exposición de motivos para la promulgación de la LSS.²⁵

Italia y España también respondieron a la guerra de la seguridad social con leyes antagónicas al Plan Beveridge. En España, Franco decretó el seguro obligatorio de enfermedad con claras alusiones a la influencia internacional y al régimen autoritario: “El seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización”.²⁶ El seguro obligatorio sería de contribución tripartita ajustada a los ingresos de nómina, gobernado y gestionado por el Instituto Nacional de Previsión, cubriendo la asistencia sanitaria por enfermedad y maternidad para los “productores” económicamente débiles y sus dependientes así como indemnización an-

²³ B. Abel-Smith, *The Beveridge Report: Its origins and outcomes. International Social Security Review*, vol. 45, núm. 1-2, pp. 5-16, 1992.

²⁴ M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 111.

²⁵ N. Rockefeller, Discurso ante la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Santiago de Chile, 1942. Citado por el senador Arturo Martínez Adame, Discusión y aprobación del Proyecto de Ley del Seguro Social por el Congreso de la Unión. Dictamen de la Comisión de Previsión Social de la Cámara de Diputados, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 584. W. Cohen, *The First Inter-American Conference on Social Security. Social Security Bulletin*, octubre de 1942.

²⁶ España, Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de diciembre de 1942.

te la pérdida de retribución, incluyendo sólo a los “productores [...] más débiles [...] por su cuenta o por cuenta ajena”. Los servicios médicos serían prestados exclusivamente por la “Obra Dieciocho de Julio” –organización falangista nombrada por la fecha del golpe de Estado–, pudiendo participar los servicios médicos ya establecidos por “cajas de empresas”. La atención ambulatoria sería prestada por médicos privados contratados por concurso de oposición con una población designada y un pago fijo por familia, con la participación de los colegios profesionales en la solución de conflictos. El asegurado podría elegir a su médico, de existir más de uno en la zona, pero sólo al inicio de la Ley. Los medicamentos serían distribuidos por las farmacias comunitarias.

En Italia, Mussolini respondió a la “guerra de la seguridad social” instituyendo la “*Mutualità fascista– Istituto per l’assistenza di malattia ai lavoratori*”, un organismo de contribución tripartita y de afiliación obligatoria de empresarios y trabajadores miembros de los organismos corporativos fascistas agrícolas, industriales, de comercio, profesionales, de los bancos y seguros y de artistas.²⁷ Las cuotas serían variables, según los acuerdos signados en los contratos colectivos, y serían descontadas de la nómina y entregadas por el patrón. Cubría la prevención de las enfermedades, los accidentes laborales y la maternidad, excluyendo pensiones y bienestar social. La atención hospitalaria se asignó a establecimientos propiedad de la mutual fascista mientras que la atención ambulatoria quedó a cargo de médicos familiares privados. El presidente de la mutual fascista sería nombrado por el Jefe de Estado y tendría un Consejo de Administración de carácter deliberativo nombrado por el Jefe de Estado a recomendación de los órganos corporativos, y un Comité Ejecutivo. El Consejo estaría compuesto por trabajadores industriales y agrícolas, del comercio, de los seguros y de la banca así como de las empresas, médicos y funcionarios del gobierno. El Comité Ejecutivo estaría compuesto por el presidente y dos vicepresidentes –uno obrero y otro patronal– elegidos del Consejo, así como por representantes mayoritarios del gobierno. La mutual contaría con Comités Provinciales en los que se reproduciría la estructura de gobierno.

Los institutos español e italiano compartieron un claro propósito de beneficiar a la clase media asalariada, una misma forma de organizar los beneficios bajo la égida del Estado, y estructuras de gobierno corporativistas, si bien con interesantes diferencias. En España la gobernanza estaba distribuida entre la Obra falangista y los órganos corporativos profesionales. En Italia se constituyó un cuerpo de gobierno corpo-

²⁷ Gobierno de Italia, Costituzione dell’Ente Mutualità fascista - Istituto per l’assistenza di malattia ai lavoratori. Ley del 11 de enero de 1943. Recuperado de <http://www.laprevidenza.it/notizie/legislazione/constituzione-dell-ente-mutualita-fascista-istituto-per-l-assistenza-di-malattia-ai-lavoratori-legge-11-gennaio-1943-n-138>. Consultado el 1 de junio de 2018.

rativista, tanto a nivel consultivo como ejecutivo. Existe una gran similitud entre la respuesta de España e Italia a la “guerra de la seguridad social”, y la LSS en México, resultado de la trayectoria de dependencia de las decisiones basadas en el corporativismo de Estado. México incluso adoptó una organización más vertical en la prestación y gobernanza de los servicios debida al subdesarrollo de la sociedad civil y su debilidad para responder a las exigencias del Estado.

Recepción del Seguro Social

El decreto de la LSS desató fuerte oposición obrera, patronal, de las aseguradoras y de organizaciones médicas, provocando a su vez el apoyo del sindicalismo oficial.²⁸ La naciente administración del IMSS percibió la oposición como una ““revolución sin carabinas. Era una epopeya defender una Ley del Seguro Social que se había elaborado en el gabinete de trabajo y con tacto político se promulgó pacíficamente”. No obstante, acorde al IMSS, “se estaba en plena Segunda Guerra Mundial y el Poder Ejecutivo disponía de facultades extraordinarias para convalidar la acción del Instituto”.²⁹

La oposición obrera surgió con el arranque de las contribuciones al IMSS ante la ausencia de servicios, y sobre todo cuando las cooperativas creadas con el cardenismo percibieron la redundancia con los fondos previsionales ya establecidos así como un doble descuento por ser obreros y patrones.³⁰ Los sindicatos de la prensa y de la industria textil rechazaron recibir salarios descontados y organizaron huelgas y mítines. La principal protesta fue organizada por sindicatos del Congreso General del Trabajo disidente al formar el Frente Nacional Proletario (FNP) contra la Ley del IMSS, en el que participó destacadamente Carlos L. Gracidas, uno de los dos diputados obreros del Congreso Constituyente.³¹ El FNP y otras organizaciones se opusieron a la Ley por “proteger a 3% de los asalariados que mueren de accidentes, mientras arroja a la miseria a 97% que mueren de enfermedades naturales”.³² Protestaron la contribución obrera, sobre todo ante la indisponibilidad de servicios y la amenaza de ver reducidas prestaciones superiores ya ganadas. Al no obtener respuesta, el FNP apedreó la primera clínica del IMSS, abierta en San Ángel, Distrito Federal, y or-

²⁸ V. López Villegas, p. 133.

²⁹ M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, pp. 85 y 86.

³⁰ R. Pozas Horcasitas, *op. cit.*, p. 52.

³¹ *El Universal*, 21 de marzo de 1944, citado por Saldívar Reinoso, El surgimiento del seguro social en México como un servicio público nacional obligatorio 1917-1943. Tesis, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2001. p. 82.

³² R. Pozas Horcasitas, *op. cit.*, p. 56.

ganizó un mitin en el Zócalo que resultó violento, lo que llevó a los líderes a condenas de 15 años de cárcel y a la disolución del Frente.³³ Los sindicatos oficiales respondieron a las protestas con prácticas disuasivas, acusaciones de infiltración sinarquista y apoyo a la Ley. Entre muchos otros eslogans, en la marcha del Primero de Mayo de 1943 se leía: “El Seguro Social reduce los conflictos de trabajo”, “El Seguro Social fortalece la Unidad Nacional”, y “El Seguro Social hará una raza sana y un México fuerte”.³⁴

La CONCAMIN, la CONCANACO y la Asociación de Banqueros incrementaron su oposición a la LSS a una semana de su aprobación por el Senado y antes de la publicación del decreto, solicitando que se pospusiera la implantación hasta que hubiera mejores tiempos económicos y argumentando que se había obrado apresuradamente y con “absoluta ignorancia de la realidad”, sobre todo de las prestaciones establecidas en los contratos colectivos, de las tarifas de accidentes laborales y de los servicios médicos requeridos. Protestaron también por la confusión en la transición de los contratos y la falta de claridad respecto a cómo se realizaría la reversión de cuotas a empresas con servicios médicos propios.³⁵ Las empresas aseguradoras solicitaron el amparo contra el monopolio del Estado, negándoseles porque “la ley llenaba una necesidad social por encima de los intereses particulares”, mientras que las aseguradoras tenían otros campos de acción, por lo que “no había monopolio”.³⁶ Los únicos en lograr acuerdos favorables fueron los banqueros, empresas como Fundidora de Monterrey y paraestatales como Ferrocarriles y la Comisión Federal de Electricidad, que ya brindaban servicios médicos. La continuada protesta de los organismos patronales llevó a la reforma a la LSS para introducir la “reversión de cuotas” en 1949.³⁷

Los organismos representantes de la medicina profesional y académica no se expresaron públicamente sobre la LSS. Los médicos contratados por el IMSS, sin embargo, exigieron su inclusión en el Consejo Técnico para gobernar la selección de los médicos y la calidad de sus intervenciones a la vez que un incremento salarial. Al negárseles sus peticiones, exigieron “que los médicos puedan ejercer su profesión con toda libertad, que no sea constituido un monopolio mediante el cual solamente el Seguro Social pueda proporcionar consulta médica”.³⁸ La Asamblea del IMSS interpretó la exigencia como una amenaza a la gobernanza y a la integridad de sus

³³ R. Pozas Horcasitas, *ibid.*, p. 54.

³⁴ *El Nacional*, 3 de mayo de 1944, citado por Saldívar Reinoso, *op. cit.*, p. 88.

³⁵ *Excélsior*, 8 de enero de 1944, citado por Saldívar Reinoso, *op. cit.*, p. 82.

³⁶ *Excélsior*, 21 de agosto de 1943, citado por Saldívar Reinoso, *op. cit.*, p. 85.

³⁷ XI Convención de Centros Patronales de septiembre de 1945, citado por Saldívar Reinoso, *op. cit.*, p. 84. M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 121.

³⁸ R. Pozas Horcasitas, *op. cit.*, p. 50.

fondos, pero autorizó al Consejo Técnico a “resolver sobre la petición del aumento de salarios... para mejorar la eficiencia y disciplina de los servicios del Instituto”.³⁹ Ante la negativa para acceder a la gobernanza del IMSS el sindicato estalló la primera y única huelga en la historia del IMSS, que si bien fue declarada inexistente, obligó a la renuncia del director García Téllez y consiguió un incremento salarial de 31 %.

La LSS no respondió a las necesidades del desarrollo del país, toda vez que relegó el apoyo a la agricultura, que era el sector económico que mayores divisas y riqueza generaba para el país, centrándose en cambio en el sector industrial, que ya brindaba –si bien de manera limitada– previsión y protección social a los trabajadores. El Seguro Social respondió, más bien, a la oportunidad que tuvo el Estado para definir de manera autónoma la cuestión social y cohesionar a los trabajadores y a los empresarios hacia el modelo de sustitución de importaciones.⁴⁰ La formulación del Seguro Social de manera autónoma por el Estado se apoyó en la tecnoburocracia, en el corporativismo autoritario y en las medidas de excepción impuestas ante la Segunda Guerra Mundial. La autonomía del Estado se perpetuó en la gobernanza del IMSS enfocada a la conciliación de intereses entre los factores de la producción, en la supresión de la medicina profesional con la cooptación de los trabajadores del IMSS al esquema de prebendas sindicales, y en el establecimiento del monopolio de servicios. El Seguro Social corporativista brindó rendimientos crecientes a la industrialización y dismanteló el naciente esquema previsional de Cárdenas, un corporativismo de carácter más social que buscaba la eficiencia por sobre la subordinación, pero que requería de la continuada movilización de las bases.

³⁹ M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 98.

⁴⁰ J. M. Malloy, *op. cit.*, p. 37.

¿Seguridad social?

El desarrollo de la desigualdad

La cobertura potencial del Seguro Social al momento de su creación fue de 22.9 % de la población económicamente activa (PEA) mientras que los campesinos excluidos sumaban 65.4 % de la PEA.¹ Sin embargo, el IMSS apuntó a cubrir a sólo 700 mil trabajadores a nivel nacional –11.6 % de la PEA–.² La diputación de la CTM justificó el reducido alcance como “antidemagógico [porque] no se hacen ofrecimientos que no se puedan cumplir”. A los campesinos se les dijo que tenían “en esta ley la garantía legal de que en un futuro próximo a ellos también habrá de beneficiarlos este ordenamiento”, por lo que “la Ley del Seguro Social es una medida legislativa revolucionaria; por serlo, es también patriótica; precisamente por ser revolucionaria es generosa; precisamente por ser revolucionaria es nacional, nacionalista: defender a los desamparados, auxiliar a los desvalidos, a los económicamente débiles [...] es defender la patria mexicana”.³

Al final del sexenio de Ávila Camacho se había afiliado tan sólo a 14.9 % del total de la población elegible –246 537 trabajadores o 3.4 % de la PEA (cuadro 3). La afiliación fue más lenta en el sexenio del Presidente Miguel Alemán, alcanzando a su fin en 1952 a 20.8 % del potencial. El presidente Adolfo Ruiz Cortines imprimió

¹ La OIT consideró la cobertura obligatoria de los trabajadores de la industria, del comercio y de transportes que cuantificó con sus familiares en 3.5 millones, 17.8% de la población. La estimación de la PEA se basa en las categorías de trabajadores de cobertura obligatoria de acuerdo a la OIT, la información censal de 1940 y estimaciones de la PEA al final de cada sexenio con base en la información censal de cada decenio. OIT, Opinión de la OIT sobre el anteproyecto de Ley del Seguro Social, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, pp. 587 y 589. INEGI, *Estadísticas Históricas de México, Tomo I*. Ciudad de México, INEGI, 1986, pp. 9 y 252. R. Pozas Horcasitas, *op. cit.*, p. 68.

² IMSS, Departamento de Afiliación y Estadística, Memorándum sobre los cuadros de población. México, D. F., 26 de febrero de 1943.

³ Proyecto de Ley del Seguro Social. La Comisión de Previsión Social. Discurso del diputado Alejandro Carrillo, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 563.

mayor vigor a la afiliación, llegando a cubrir a cerca de 900 000 trabajadores para 1958, equivalente a 32.5 % del potencial y –con el incremento relativo de los obremos industriales– a 8.4 % de la PEA total.

Ruiz Cortines reformó la LSS para poder ampliar su cobertura con base en decretos presidenciales, inclusive de los trabajadores asalariados del campo “de acuerdo con sus necesidades y posibilidades, las condiciones sociales y económicas del país y las propias de las distintas regiones”. El presidente Adolfo López Mateos hizo uso de estas facultades en 1960 al ampliar la cobertura a los trabajadores eventuales del campo –más del 95 % del total de los trabajadores en este sector.⁴ Sin embargo, la ampliación fue limitada y desigual, pues se les cubrió sólo la atención médica durante el periodo de trabajo, se les excluyó de la indemnización económica por enfermedad y se limitó el pago a la mitad del sueldo ante accidentes laborales.

CUADRO 3. HITOS DE COBERTURA, FINANCIAMIENTO
Y RECTORÍA DEL SEGURO SOCIAL, 1946-2018

<i>Fecha</i>		<i>Situación</i>
1946	Septiembre 1	3.4 % de la PEA afiliada al IMSS
1947	Diciembre 31	Fondo de reserva del SEM en LSS
1949	Febrero 28	Reversión de cuotas en LSS
1954		Ampliación de la cobertura con base en decretos presidenciales
1958	Septiembre 1	14.9 % de la PEA afiliada al IMSS
1960	Diciembre 5	Ampliación del Seguro Social a jornaleros agrícolas
1966	Octubre 7	Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del IMSS
1973	Marzo 12	Nueva LSS de Luis Echeverría
1979	Mayo 25	Convenio IMSS -COPLAMAR
1983	Enero 3	Derecho Constitucional a la Salud
	Agosto 30	Decreto para la descentralización de la SSA
1984	Febrero 7	Ley General de Salud

⁴ M. T. Guerra Ochoa, *La seguridad social de los trabajadores del campo en México*. Ponencia presentada en el 5º Congreso de la Asociación Iberoamericana de Juristas del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social Dr. Guillermo Cabanellas, 7 de noviembre de 2007.

Continuación

<i>Fecha</i>		<i>Situación</i>
1986		Suspensión de la descentralización
1987	Junio 10	Cobertura de estudiantes por el IMSS
1995	Diciembre 21	Nueva Ley del Seguro Social de Ernesto Zedillo
2000	Diciembre 1	Gobierno de oposición de Vicente Fox
2003	Abril 30	Seguro Popular
2005	Enero 1	Contención del RJP y nuevo esquema de jubilación
2016		47.9 % de la PEA afiliada al IMSS
2018		Trabajadores del IMSS sin RJP son mayoría

La crisis del modelo de desarrollo sustentado en la sustitución de importaciones llevó al Estado a ver los programas asistenciales como impulsores del desarrollo económico y, sobre todo, como legitimadores de la diferenciación. El presidente Luis Echeverría Álvarez decretó una nueva Ley del Seguro Social en 1973 reconociendo en el artículo 12 el derecho al Régimen Obligatorio de cualquier persona vinculada a otra por una relación de trabajo subordinado, derecho que sería otorgado por decretos presidenciales. Con ello se abrogó la restricción a la cobertura de los riesgos del trabajo para los trabajadores del campo, reteniéndose la exclusión del seguro fuera del periodo laboral. La nueva Ley abrió la posibilidad de afiliar a grupos sociales al Régimen Obligatorio (RO) mediante un decreto presidencial con la figura de “aseguramiento voluntario al régimen obligatorio”. Creó asimismo el Régimen Voluntario (RV) para la afiliación de los grupos aun excluidos y para ofrecer seguros adicionales o complementarios al Régimen Obligatorio. El presidente José López Portillo encaró la amenaza de desfinanciamiento del IMSS implicada en la nueva LSS de Echeverría con el programa IMSS Coplamar, cuya trayectoria es analizada más abajo.

El presidente Ernesto Zedillo decretó una nueva Ley del Seguro Social en 2005 con el propósito de refinanciar al IMSS y eliminar la expectativa de ampliación de cobertura a grupos de baja capacidad contributiva, retornando el artículo 12 de la Ley a los términos de cobertura establecidos en la Ley de 1943. Los ejidatarios y comuneros no fueron remitidos a seguros facultativos, puesto que ahora podrían afiliarse al RV. Los jornaleros agrícolas continuarían en el RO, para lo que se facilitó su registro, se limitó la carga contributiva de los patrones y se abrió la posibilidad de servicios médicos por reversión de cuotas.⁵

⁵ Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre de 1995.

Con el tránsito a la democracia en el año 2000, el presidente Vicente Fox y el secretario de Salud Julio Frenk rompieron la legitimación de la desigualdad proponiendo la cobertura universal de prestaciones de salud como derecho ciudadano.⁶ Encararon el reto instituyendo el Seguro Popular para cubrir a los grupos ocupacionales excluidos por el RO así como a los trabajadores que escapaban a su afiliación –los “informales” que en 2017 constituían 57.0 % de la fuerza laboral ocupada.⁷

El abordaje de la desigualdad fue reconceptualizado con cada reforma de la LSS, pasando del enfoque en grupos laborales con menores capacidades en el origen a su conceptualización como grupos laborales “marginados” con Echeverría y a “poblaciones marginadas” con López Portillo. El Seguro Popular, por su parte, retornó al enfoque de seguros sociales diferenciados conforme a grupos ocupacionales, ahora con miras a lograr la igualdad de prestaciones de salud.

Situación de la desigualdad

Para 2016 los asegurados al IMSS totalizaron 25.9 millones, cifra correspondiente a 47.9 % de la PEA.⁸ (cuadro 4). El RO afilia a 70.1 % de los afiliados en los mismos grupos especificados por la Ley de 1943: los “Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad” y tres esquemas de trabajadores del campo, dos de los cuales organizados en sociedades cooperativas. Incluye también el esquema de “Reversión de cuotas” en beneficio de los banqueros y empresas industriales principalmente de Monterrey. Cada uno de los esquemas de seguro se conformó y se implementó de acuerdo a la relación política entre el Estado y los grupos sociales.

El IMSS registra 41 mil trabajadores en el esquema de trabajadores permanentes y eventuales del campo (cuadro 4), pero a 188 mil eventuales en el RO, que tomando esta cifra representan 4.2 % del potencial de 4.5 millones de jornaleros en

⁶ J. Frenk, E. González-Pier, O. Gómez-Dantés, M. A. Lezana y F. M. Knaul, Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, vol. 49, núm 1, 2007, pp. 23-36.

⁷ INEGI. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Indicadores estratégicos. Segundo trimestre de 2016*. Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/regulares/enoe/tabulados/15ymas/indicadores_estrategicos_15ymas_2016_trim2_xls.zip. Consultado el 13 de mayo de 2017.

⁸ IMSS, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso de la Unión 2014-2015*. México D. F., IMSS, 2015, p. 63. INEGI, *Población Económicamente Activa, IV trimestre de 2016*. La cifra no incluye a los pensionados. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/cuadroestadisticos/GeneraCuadro.aspx?s=est&nc=603&c=25620>- Consultado el 14 de abril de 2018.

México.^{9,10,11} Para disfrutar del Seguro de Invalidez y Vida y del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez el asegurado debe cotizar un mínimo de 1250 jornadas, las cuales un jornalero promedio tardaría 156 años en acumular.¹² Guerra Ochoa argumenta que las reformas para incluir a los trabajadores del campo beneficiaron sobre todo a los productores al conferirles mayores privilegios, facilidades y excepciones de pago. Las reformas partieron de la premisa de que los agricultores no están en condiciones de pagar el Seguro Social pese a las altas utilidades que se obtienen en la producción de legumbres, hortalizas y algunos granos. No es, así, la dificultad o falta de recursos lo que determina que no se afilie a los trabajadores del campo, sino “una tradición de incumplimiento de prestaciones, una voracidad en la obtención de utilidades y una complicidad oficial con la marginación, exclusión y precariedad en la que viven los trabajadores del campo”.¹³

El Seguro Facultativo incluye ahora grupos de trabajadores y no trabajadores, incluso algunos que deberían estar en el RO pero que fueron acomodados para mantener privilegios. Tal fue el caso de los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad cuando la CFE canceló el régimen en quiebra de reversión de cuotas pero logró así retener sus hospitales propios. Este esquema también afilia a hijos de los trabajadores del IMSS de 16 a 21 años de edad que estudian y a estudiantes en universidades públicas, ambos sin cubrir cotizaciones. Cabe notar que el Seguro Facultativo fue eliminado en la Ley de 1995 pero siguió vigente de manera transitoria “hasta la fecha de su vencimiento”.

El Seguro de Salud para la Familia fue establecido en la Ley de 1996 como competencia a los seguros privados para financiar al IMSS, aunque hoy pierde dinero por la selección adversa de riesgos.¹⁴ También ha servido para resolver crisis, como la afiliación de 130 000 extrabajadores de la extinta Compañía Luz y Fuerza del Centro en 2009. El esquema para trabajadores domésticos cuenta con 3400 afiliados de un total de 2.4 millones – 0.14 % del potencial–, dejando ver el poco interés de la clase media mexicana y del IMSS por incorporar a esta categoría ocupacional al Se-

⁹ IMSS, Memoria estadística, cuadro No. I.73. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2016>. Consultado el 1 de junio de 2018.

¹⁰ INEGI, Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo. *Boletín de prensa* núm. 198/15, Aguascalientes, 15 de mayo, s/f.

¹¹ CONEVAL, *Ficha de monitoreo 2015-2016 del Programa de Jornaleros Agrícolas*. Ciudad de México, CONEVAL, 2016.

¹² M. C. Macías Vázquez, Trabajo del campo. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. *Publicación Electrónica*, núm. 6, 2012, p. 62.

¹³ M. T. Guerra Ochoa, *op. cit.*, p. 2.

¹⁴ IMSS, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso 2014-2015*, *op. cit.*, p. 175.

guro Social.¹⁵ Los tres esquemas para burócratas estatales, al igual que el SSF, compiten con los seguros privados toda vez que no están amparados por el artículo 123 constitucional.

CUADRO 4. MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO POR TIPO DE RÉGIMEN
Y ESQUEMA DE PRESTACIONES. MÉXICO, IMSS, 2014.

<i>Régimen y categoría</i>	<i>Asegurados</i>	<i>%</i>	<i>Seguros incluidos</i>				
			SRT**	SEM **	SIV	SRCV	SGPS
Régimen Obligatorio							
Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad	17,573,914	67.9					
Reversión de cuotas por subrogación de servicios	319,001	1.2					
Trabajadores permanentes y eventuales del campo	41,021	0.2					
Trabajadores eventuales del campo cañero	100,815	0.4					
Productores de caña de azúcar	98,236	0.4					
Subtotal	18,132,987	70.1					
Régimen Voluntario							
Seguro Facultativo (estudiantes y otros)	6,818,123	26.3					
Seguro de Salud para la Familia	315,592	1.2					
Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio	133,142	0.5					
Trabajadores independientes	31,052	0.1					
Trabajadores domésticos	3,359	0.0					

¹⁵ ENOE 2016. Citado en Jonathan Castro, Informal, 97.6 % de trabajadores domésticos en México, *Excélsior*, 20 de marzo de 2017. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/03/30/1154972>

Continuación

Régimen y categoría	Asegurados	%	Seguros incluidos				
			SRT**	SEM **	SIV	SRCV	SGPS
Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio	6,443	0.0					
Trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados*	151,050	0.6					
Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios*	254,657	1.0					
Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios*	14,503	0.1					
Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio	22,573	0.1					
Subtotal	7,750,494	29.9					
TOTAL	25,883,481	100					

SRT= Seguro de Riesgos de Trabajo; SEM = Seguro de Enfermedades y Maternidad; SIV = Seguro de Invalidez y Vida; SRCV = Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; SGPS = Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

* Los esquemas se diferencian sólo por los beneficios incluidos.

**El sombreado oscuro indica cuando el seguro incluye beneficios en dinero por incapacidad temporal o permanente, y no sólo atención médica.

Fuente: Modificado de IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso 2016-2017*, p. 48.

IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso 2013-2014*, Anexo A. Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS.

Legitimación de la desigualdad

El IMSS opera el programa de solidaridad social hoy conocido como IMSS Prospera como esquema adicional a los dos regímenes y quince esquemas de seguros. El programa de solidaridad surgió a raíz de la crisis del modelo de sustitución de importaciones en los años 60 como un esfuerzo para acallar las protestas que culminaron en el Movimiento del 68. El presidente Luis Echeverría promulgó una nueva Ley del Seguro Social prometiendo eliminar la “sociedad dual” e incrementar en 50 % la cobertura del IMSS en un sexenio. La nueva Ley incorporó al RO a una amplia gama de grupos laborales “marginados” y se reduciría o eliminaría su contribución financiera a costa de los grupos laborales más pudientes.¹⁶ En compensación, se les otorgó a éstos un seguro de guarderías, pensiones más cuantiosas y un incremento en la edad de protección de los hijos. Para financiar estas nuevas prestaciones se incrementó el tope de cotización salarial, redistribuyendo el costo entre los trabajadores de mayores ingresos.¹⁷

La cobertura de los grupos laborales “marginados” se sustentó en prestaciones obligatorias diferenciadas y legitimadas en la Ley por Ruiz Cortines, implementando ahora el “Programa Nacional de Solidaridad Social Bajo Cooperación Comunitaria” dirigido a ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios con beneficios básicos de salud, provistos por personal y unidades médicas separadas de la infraestructura del IMSS.¹⁸ Sin embargo, el IMSS frenó la expansión del programa aduciendo el desequilibrio financiero y logró la instalación de sólo 310 unidades médicas, con lo que el sexenio de Echeverría terminó en 1976 incumpliendo su promesa.¹⁹

El presidente José López Portillo dio nueva vida a la solidaridad social del IMSS apoyando con los recursos del “boom petrolero” a la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) de la Presidencia de la República. El mayor Javier Rueda Velázquez construyó con logística militar 2713 unidades médicas y 40 clínicas-hospital de campo en menos de dos años, con un costo operativo anual de 4270 millones de pesos y otro tanto de inversión.²⁰

¹⁶ Ley del Seguro Social, arts. 238 y 239, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de marzo de 1973.

¹⁷ C. Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Nueva York, Naciones Unidas, 1985, p. 136.

¹⁸ Ley del Seguro Social, artículo 16, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de marzo de 1973.

¹⁹ M. A. González Block, R. Leyva, O. Zapata, R. Loewe y J. Alagón, Health services decentralization in Mexico: Formulation, implementation and results of policy. *Health Policy and Planning*, vol. 4, núm. 1, 1989, pp. 301-315.

²⁰ La filosofía del programa IMSS-COPLAMAR, en riesgo de perderse reconoce el coordinador. *Proceso*, 9 de mayo de 1981. Recuperado de: <https://www.proceso.com.mx/130984/la-filo>

Estando al margen de la LSS, el programa pudo abandonar el enfoque de grupos laborales y aplicó indicadores técnicos para identificar a la “población marginada”, principalmente indígena y en extrema pobreza. Sin embargo, el IMSS integró el nuevo enfoque a su doctrina, que según el director Arsenio Farell Cubillas “no se trata de una fórmula asistencial [...] para este esfuerzo contaremos con la contribución, en forma de trabajo, de las propias comunidades”. El IMSS reforzó la imagen de solidaridad colocando su emblema aquilino en las unidades y se separó ideológica y operativamente de los programas asistenciales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo que de acuerdo con Farell sería “una muestra anticipada, la más alta a mi juicio, de la dignidad con la que estas acciones se irán extendiendo a las pequeñas y alejadas comunidades por atender”.²¹

El IMSS ha defendido resueltamente el programa de solidaridad como escudo de protección contra los reclamos de desigualdad, aun frente a políticas encaminadas a fortalecer el Sistema Nacional de Salud. En 1983 el secretario de Salud Guillermo Soberón puso en marcha la reforma estructural y procedió a la descentralización y la creación de secretarías estatales de salud que integrarían todos los programas federales de salud. Ricardo García Sainz, director del IMSS, se opuso cuando ya se habían integrado doce estados argumentando que las unidades IMSS-Coplamar se estaban deteriorando. El presidente Miguel de la Madrid ordenó posponer la descentralización hasta contar con una evaluación de la situación, que si bien favoreció a la SSA, llegó demasiado tarde para reanudar el proceso en los 20 estados restantes, sobre todo ante la agudización de la crisis económica. Una evaluación independiente comparó el desempeño en estados con y sin descentralización demostrando que la crisis económica afectó los servicios en todos, pero en las doce entidades descentralizadas el deterioro fue menor, por lo que de haber avanzado en todas se habrían salvado vidas.²²

El IMSS fue desligado de responsabilidad financiera por el programa de solidaridad en la nueva LSS de 1995 abriendo una sección de Prestaciones de Solidaridad Social “en favor de los núcleos de población que, por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación”.²³ La Ley fue cuidadosa de especificar que el Ejecutivo federal habría de aportar los recursos financieros requeridos y que habrían de contabilizarse por separado. La Ley cerró así las puertas a reclamos de afiliación y estableció un canal más claro para la asignación de recursos

sofia-del-programa-imss-coplamar-en-riesgo-de-perderse-reconoce-el-coordinador. Consultado el 8 de abril de 2018.

²¹ *Ibid.*

²² M. A. González Block, *et al.*, 1989, *op. cit.*

²³ Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre de 1995.

federales para sostener la solidaridad del IMSS, aun a expensas de la fragmentación del sistema de salud.

IMSS-Prospera contabiliza hoy una cobertura de 12.4 millones de personas provistas de servicios por 3614 unidades médicas y 80 hospitales rurales, con un gasto operativo de 11 747 millones de pesos, equivalentes a 0.35 % del gasto en salud del IMSS.^{24, 25} El programa gasta menos per cápita y brinda una gama menor de servicios que los de la Secretaría de Salud. El Seguro Popular intenta financiar la brecha, pero no ha podido cubrir a un tercio de los beneficiarios de IMSS Prospera.²⁶ En 2003 la mitad de los trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades –como se llamaba entonces– fueron transferidos a la plantilla del IMSS con todos los beneficios, prestaciones y membresía sindical, con lo que se amplió la brecha entre los beneficios otorgados a la población en extrema pobreza y los recibidos por los trabajadores.²⁷

Las quince categorías de aseguramiento del IMSS ofrecen beneficios heterogéneos y –salvo el caso de trabajadores de la ciudad– muy por debajo del potencial de afiliación. Hay, así, grupos de trabajadores y no trabajadores, grupos de trabajadores del campo en distintos regímenes y categorías, diferentes esquemas para burócratas estatales desamparados del artículo 123 constitucional; reversión de cuotas como reliquia del pasado y esquemas que responden a coyunturas políticas o que compiten con el sector asegurador privado.²⁸ Las categorías de seguros y el esquema de solidaridad están diferenciados según reglas de contribución, de acceso a servicios y de infraestructura, si bien todos ligados por la ideología de “seguridad y solidaridad social”. El Seguro Social está así lejos de ofrecer seguridad social para los mexicanos, entendida como la oferta de un piso básico y universal de prestaciones enfocado al pleno empleo y el combate a la pobreza.

²⁴ *Ibid.*, p. 195.

²⁵ IMSS, Infraestructura de IMSS-Prospera. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>. Consultado el 8 de abril de 2018.

²⁶ M. A. González Block y S. Díaz, *La separación de las funciones financieras y de prestación de servicios de salud en el Seguro Popular. Formulación, alcances y retos de la reforma del 4 de junio de 2014*. Ciudad de México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2018.

²⁷ IMSS, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera de los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017*. México D. F., IMSS, 2017, p. 246.

²⁸ M. A. González Block y G. Martínez González, *Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada*. México, AMIS-Funsalud, 2015, pp. 52 y 80.

¿Protección de la cuna a la tumba?

El Seguro Social ante la inestabilidad del mercado laboral

El Seguro Social y la política de protección social al menos hasta el año 2000 justificaron la segmentación y diferenciación de esquemas de cobertura mediante tres supuestos: el primero, que los esquemas responden a la segmentación del mercado laboral; el segundo, que cada segmento laboral es estable, y el tercero, que cada segmento debe ser protegido de acuerdo a sus necesidades y capacidades. Los seguros sociales integraron entonces el financiamiento y la prestación bajo instituciones segmentadas conforme al mercado laboral, confiriendo sus beneficios a lo largo del ciclo de vida de los trabajadores. El desempleo fue percibido como una anomalía temporal que no impactaría en la acumulación de derechos a largo plazo ni en la prestación de servicios de salud, toda vez que el Seguro Social incluye la extensión de la vigencia del derecho a la atención médica hasta dos meses después de la baja. Los programas asistenciales protegerían ante el desempleo prolongado y de carácter estructural así como ante la pobreza debida al “subdesarrollo”, problemas que serían resueltos con el desarrollo económico y la generación de empleo “formal” e irreversible para dar acceso a los seguros sociales y proteger a lo largo del ciclo de vida.

El Seguro Popular se apegó a los mismos supuestos del Seguro Social, relajando el tercero al reconocer el derecho universal a la protección de la salud. Al afiliar a trabajadores que escapaban a la afiliación bajo el Régimen Obligatorio del IMSS, el Seguro Popular se expuso a la crítica del director del IMSS Santiago Levy, de que militaba en contra del interés de largo plazo de los trabajadores al incentivar la economía informal e inhibir la acumulación de derechos.¹ Frenk justificó el Seguro Popular en la ética del derecho a la protección de la salud y demostró con base en investigaciones independientes que entre 2004 y 2009 el Seguro Popular sólo redujo en 3.8 %

¹ Santiago Levy, *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality and economic growth in Mexico*. Washington, D. C., Brookings Institution Press, 2008.

el registro de nuevas empresas y en 2.4 % la creación de empleos.² Los trabajadores y emprendedores no serían atraídos hacia el Seguro Popular, porque rechazarían los beneficios de la “formalidad” y de la previsión de riegos a largo plazo, lo que haría del Seguro Popular un alivio y no una causa de la informalidad.³

Pero la estabilidad percibida del mercado laboral a nivel general esconde el comportamiento táctico de las empresas, de los emprendedores y de los trabajadores ante los beneficios de la formalidad y la gran inestabilidad que existen entre los segmentos laborales al nivel individual. Considerando a los trabajadores afiliados al IMSS a principios de enero de 2014, para diciembre del mismo año el 38.3 % perdieron su afiliación al menos una vez, al grado de considerar nulo su acceso a servicios de salud por el trabajo.⁴ La pérdida de afiliación está relacionada en 54.6 % de los casos a la obtención de un empleo en el sector informal, 7.0 % al acceso a otro empleo formal en el sector público protegido por el ISSSTE o la previsión estatal, mientras que en 38.3 % de los casos la persona quedó desempleada o pasó a la inactividad económica. La pérdida de la afiliación se relaciona tanto a la alta prevalencia del trabajo temporal y estacional como a la quiebra y alta de nuevas empresas, y a la búsqueda de mayores ingresos, de trabajo más flexible y de educación.

Consecuencias de la rotación laboral para la protección y la salud

La interacción entre los segmentos del mercado laboral reduce considerablemente la capacidad del Seguro Social y del Seguro Popular para brindar protección a lo largo del ciclo de vida de las personas y nulifica la extensión de la vigencia de derechos que otorga el IMSS durante dos meses a los trabajadores dados de baja. Los asegurados más vulnerables están más expuestos a la pérdida del IMSS, afec-

² R. Campos Vázquez y M. A. Knox, Social protection programs and employment. The case of Mexico's Seguro Popular Program. *Economía Mexicana*, Nueva época, vol. XXII, núm. 2, segundo semestre de 2013, pp. 403-448. R. Barros, *Wealthier but not much healthier: Effects of a health insurance program for the poor in Mexico*, mimeo, Stanford University, 2008. O. Azuara e I. Marinescu, *Informality and the expansion of social protection programs*, Working Paper 35073, Munich, University Library of Munich, 2011. M. Bosch, R. M. Campos Vázquez, *The trade-offs of social assistance programs in the labor market: the case of the “Seguro Popular” program in Mexico*. Documento de trabajo núm. XII, 2010. Ciudad de México, Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México.

³ M. Bosch, R. M. Campos Vázquez, *op. cit.*

⁴ G. Guerra, E. Calderón, V. N. Salgado de Snyder, V. H. Borja Aburto, A. Martínez Valle y M. A. González Block, Loss of job-related right to healthcare due to employment turnover: challenges for the Mexican health system. *BMC Health Services Research* 2018 18:457. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3283-7>.

tando en un año a 41 % de quienes perciben tres salarios mínimos o menos y a 71 % de las mujeres entre 15 y 19 años. La extraordinaria rotación de los adultos al fin de su carrera laboral es crítica por el impacto en la acumulación de pensiones, cuando se preparan para la jubilación y cuando encaran muchas mayores necesidades de salud.

Los asegurados con enfermedades crónicas no están exentos de la rotación laboral y pérdida del IMSS, con el riesgo de interrumpir tratamientos, sufrir complicaciones, reducir sus ingresos e incrementar su probabilidad de morir. Según los expedientes clínicos de afiliados al IMSS en la Ciudad de México, 22 % de los pacientes con diagnóstico de diabetes que estaban afiliados en enero de 2014 perdieron su afiliación al menos una vez durante el año –sea como asegurado directo o como dependiente– con periodos que superan la vigencia de derechos.⁵ Observando un periodo de tres años, el 32.0 % de los trabajadores y dependientes con diabetes afiliados en enero de 2013 habían perdido al menos una vez su la afiliación al IMSS para diciembre de 2015. En este periodo disminuyó 43.2 % la calidad de la atención médica recibida por los pacientes, considerando el cumplimiento de al menos el 50 % de los procedimientos recomendados para controlar la diabetes.⁶

Más alarmante, los pacientes que rotaron al menos una vez en el periodo de tres años redujeron en 19.2% su probabilidad de tener controlada la diabetes. En efecto, en enero de 2013 el 24.9 % de los pacientes tenían la diabetes bajo control, cifra que para diciembre de 2015 era de sólo 20.1 % entre aquellos con al menos una pérdida de afiliación. Estas cifras contrastan con 56 % de los pacientes bajo control en la mejor práctica internacional, lo que deja ver que la rotación laboral perjudica una situación ya de por si preocupante entre todos los pacientes del IMSS.⁷ La rotación laboral afecta la calidad de la atención y el control de 1.2 millones de los 3.8 millones de personas con diabetes afiliados al IMSS, quienes se ven obligados a enfocar su atención a la compra medicamentos y, en el mejor de los casos, a recibir ser-

⁵ G. Guerra, *et al.*, *ibid.*

⁶ S. Doubova, V. H. Borja Aburto, G. Guerra, V. N. Salgado de Snyder, M. A. González Block, Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in Mexico. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 30, núm. 4, 2018, pp. 283-290.

⁷ N. Ekström, A. M. Svensson, M. Miftaraj, K. A. Sundell, J. Cederholm, B. Zethelius, B. Eliasson, S. Gudbjörnsdottir, Durability of oral hypoglycemic agents in drug naive patients with type 2 diabetes: Report from the Swedish National Diabetes Register (NDR). *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2015; 3:e000059. doi:10.1136/bmjdr-2014-000059. M. Ali, B. Bullard, J. Saaddine, C. Cowie, J. Imperatore, E. Gregg, Achievement of goals in US diabetes care 1999-2010. *The New England Journal of Medicine*, 2013, vol. 368, núm. 17, pp. 1613-24. doi:10.1056/NEJMsa1213829.

vicios privados o asistenciales, onerosos sobre todo para los trabajadores de mayor edad y con mayores complicaciones.⁸

El Seguro Social, el Seguro Popular y el subsistema privado de servicios interactúan al ofrecer servicios de protección y atención a una misma población. Los dos seguros afilian, desafilian y relegan a la atención privada a las personas de acuerdo a su situación cambiante en el mercado laboral. La rotación laboral fomenta patrones de demanda de servicios que inhiben la atención oportuna y la prevención con base en los servicios a los que tienen derecho, motivando la utilización de servicios con patrones que rompen la continuidad de la atención. La segmentación de la política de protección social inhibe así la acumulación de derechos y la atención continua a lo largo del ciclo de vida, reduciendo su eficiencia.

⁸ V. N. Salgado de Snyder, G. Guerra, B. Pelcastre, P. Jiménez y M. A. González Block Percepción de barreras, uso y satisfacción de servicios en las clínicas del IMSS por parte de personas con diabetes según su edad, sexo y rotación laboral. Enviado a publicación, *Salud Pública de México*.

¿Gasto eficiente?

La eficiencia del IMSS está supeditada al monopolio de prestación de servicios de salud constituido desde sus orígenes con base en la exclusión de prestadores privados y de otras instituciones públicas, la inversión en su propia infraestructura y el establecimiento de un sindicato de industria. El monopolio, y sobre todo la política de recursos humanos, dificultaron la búsqueda de la eficiencia hacia el interior y privilegiaron la contención del gasto en insumos y la contención de la demanda.

El monopolio de servicios

La LSS no fue clara en sus orígenes sobre cómo habría de organizarse la prestación de servicios para el SEM y sólo enunció como función la de “satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley”. Sin embargo, los legisladores fueron claros en su intención de excluir a los prestadores privados al momento de aprobar la LSS, al sostener que el IMSS pondría “fin a la criminal explotación que llevan a cabo las instituciones o individuos que trafican con la miseria de los asalariados” y habría de “sustraer del mercado de la especulación el dolor humano [y] terminar [...] con esta explotación dramática, cruel, infame y criminal que se hace con el dolor y la miseria de los trabajadores”.¹

En la preparación para el arranque de operaciones y encarando la fuerte oposición obrero-patronal a la LSS, el IMSS optó por la prestación directa tal que permitiera ofrecer servicios médicos “superiores a la que actualmente reciben los grupos obreros más favorecidos”. Determinó así que los hospitales privados “no resolverían ni el 20 % de las necesidades”, que las policlínicas eran impropias y que la libre elección de médicos era ineficaz y costosa.² Rechazó también la oferta de la Secretaría de Asistencia para compartir sus mejores hospitales –incluso los recién creados Instituto Nacional de Cardiología y Hospital Infantil–, dado que el requerimiento “supone un mínimo de

¹ Proyecto de Ley del Seguro Social. La Comisión de Previsión Social. Discurso del diputado Alejandro Carrillo, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*, p. 563.

² IMSS, Oficio al presidente Ávila Camacho con el plan generalizado de servicios médicos. México, D. F., 1º de septiembre de 1943.

1200 camas y la Secretaría ofrece apenas 750”, lo que “complica el problema [y] supone [...] un gasto bastante fuerte, que podría ser aprovechado por parte del Seguro para la adquisición de equipo, locales, etc., que quedarán en definitiva en su propiedad”.³

Sin embargo, la LSS no había dotado al IMSS del fondo de inversiones requerido para la construcción de los hospitales y unidades de atención ambulatoria necesarios para la prestación directa. En efecto, el esquema de financiamiento del SEM fue de reparto, esto es, sólo suficiente para cubrir los gastos anuales de los prestadores de servicios, asumiendo que la inversión requerida para incrementar la oferta acorde a las necesidades del IMSS provendría de los oferentes de servicios.⁴

Tomada la decisión de prestar los servicios directamente, el gobierno donó 24 millones de pesos y ofreció otro tanto como préstamo sin intereses para construir los primeros cinco hospitales. Se estableció asimismo que la inversión provendría a futuro del fondo de pensiones –a pesar del riesgo financiero–. En 1947 se reformó la LSS para constituir un fondo de inversión específico para el SEM con un alza de primas determinada sólo por el gobierno, relegando a la Asamblea y al Consejo Técnico de esta decisión y obviando las objeciones del sector privado. Así, quedó “desde entonces liquidada, vencida y desechada la tesis de establecer un régimen de reparto en todas las ramas del Seguro Social”.⁵ A los dos años se concedió la reversión de cuotas a las empresas que quisieran retener sus propios servicios médicos, respondiendo a la continuada oposición de los empresarios al fondo de inversiones y a la prestación monopólica de servicios de salud por el Seguro Social.⁶

La nueva LSS de 1973 abrió alternativas a la prestación directa de servicios médicos mediante la contratación de empresas y la reversión de cuotas. No obstante, el reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS limitó los convenios a “los casos en que el Instituto no cuente con la posibilidad, infraestructura o medios para la prestación de los Servicios de Atención Médica”, por ejemplo, la provisión de servicios de hemodiálisis para los pacientes con insuficiencia renal.⁷ El reglamento incumple así con el artículo 28 de la Constitución que prohíbe las prácticas anticompetitivas. Para 2012 sólo 1.5 % del total del gasto en salud del IMSS se asignaba a prestadores

³ Gustavo Baz, Se establecen las bases necesarias para la cooperación que Asistencia Pública prestará al Instituto Mexicano del Seguro Social. Oficio 200/4 núm. 02. 22 de mayo de 1943. IMSS, Análisis de las relaciones que debe tener el Instituto del Seguro Social con la Secretaría de Asistencia Pública. Apéndice “B”, Acta XX, 2 de julio de 1943.

⁴ O. Stein, Opinión de la Organización Internacional del Trabajo sobre el anteproyecto de Ley del Seguro Social, 4 de agosto de 1942. Montreal, 4 de agosto de 1942.

⁵ M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 120.

⁶ M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 121.

⁷ IMSS, Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diario Oficial de la Federación*, 30 de noviembre de 2006, artículo 33.

de servicios médicos privados, mientras que la reversión de cuotas incluye hoy a sólo a 1.2 % de los afiliados (cuadro 4).⁸

La decisión de prestación directa de servicios fue instrumentada con el sindicato de trabajadores del IMSS y el contrato colectivo de trabajo como fuente única de servicios generales y profesionales. El sindicato apoyó la expansión del IMSS acorde a sus planes y con la imagen institucional deseada como prestador con estándares superiores a los de la medicina privada. Para ello se concedieron a los trabajadores prestaciones por arriba de los estándares nacionales, que permitieran demostrar la bondad del Seguro Social y, sobre todo, –como ya se vio– para cooptarlos a los intereses institucionales. En los dos primeros años de operación se incrementaron sus percepciones en 91 %, incrementos que se sucedieron con los años y que se consolidaron con el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) en 1966, justo cuando el gobierno empezó a resentir el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones y la protesta social, como se verá en la siguiente sección.⁹ La eficiencia de los recursos humanos no fue prioridad del Seguro Social hasta la administración de Fox, si bien, como veremos en la siguiente sección, se encaró para acotar el problema financiero más no para resolverlo de fondo con medidas de eficiencia.

La inercia de la inversión pública y la costosa sindicalización han limitado la inversión en infraestructura. El gobierno gastó 0.11 % del PIB en promedio en infraestructura de salud entre 2002 y 2015 contra 0.41 % en el promedio de los países de la OCDE.¹⁰ De alcanzar el estándar internacional, el IMSS habría así de pasar de una inversión actual de 1.97 % de su gasto en salud anual a alrededor de 10 % para atender las necesidades insatisfechas.¹¹

Contención de costos y desplazamiento de la demanda

La inversión en infraestructura propia y una fuerza de trabajo costosa han limitado la capacidad del IMSS para procurar la eficiencia y para asignar los recursos hacia donde más se necesitan, si bien se ha mejorado la gestión financiera y los sistemas de

⁸ M. A. González Block, C. López Santibáñez, et al., *Evaluación de las estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Resúmenes Ejecutivos*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.

⁹ M. García Cruz, 1973, *op. cit.*, p. 108. H. U. García Nieto, A. A. Pacheco Espejel (Coords.), *El Instituto Mexicano del Seguro Social y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores*. México, D. F., Instituto de Estudios del Trabajo, Fundación Friedrich Ebert, 2004.

¹⁰ OECD.Stat. Recuperado de: <http://stats.oecd.org/>. Consultado el 20 de marzo de 2018.

¹¹ IMSS, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso 2016-2017*, *op. cit.*, p. 119.

información a los usuarios. En el caso de las enfermedades crónicas más comunes, como la hipertensión, el IMSS gasta 598 pesos por persona tratada contra 198 pesos en la SSA, y para diabetes 691 contra 184 pesos, respectivamente.¹² Este gasto no incluye el costo del pasivo laboral del IMSS, que habría de aumentar considerablemente la diferencia entre las dos instituciones. Por otra parte, el gasto no está asociado a la calidad, pues en el caso de diabetes las instituciones de seguro social logran estándares de calidad de la atención de 36 % acorde con estándares internacionales, contra 29% en la SSA; diferencia razonable si gasta un tercio para lograrlo.¹³ La eficiencia es crítica con el embate de las enfermedades crónicas, que de acuerdo a estimaciones del propio IMSS, incrementarán tres veces el gasto actual para 2050, en el mejor escenario.¹⁴

El Gobierno federal implementó en 2009 el intercambio de servicios de alta especialidad entre las instituciones públicas. Sin embargo, la limitada capacidad del IMSS para coordinarse con sus pares llevó a que, entre 2012 y 2016, el IMSS atendiera en promedio tan sólo a 439 pacientes por año de otras instituciones y refiriera a atención a 3658.¹⁵

El IMSS se ha enfocado a contener el gasto en insumos y a partir de 2012 instituyó la compra consolidada de medicamentos y otros insumos. La estrategia logró una reducción aparente del gasto de medicamentos y otros insumos de 7 % año con año. No obstante, hasta 26 % de los compromisos contractuales en los que se basa la estimación del ahorro no fueron cumplidos en 2016, en buena medida por la baja competitividad en el mercado.¹⁶ Esto significó la compra al detalle de las claves no surtidas y, finalmente, una reducción de sólo 1.1% en el gasto de medicamentos

¹² A. Figueroa, M. A. González Block, J. Alarcón, Medical expenditure for chronic diseases in Mexico: The case of selected diagnoses treated by the largest care providers. 2016, *PLoS One*, vol. 11, núm. 1: e0145177. doi:10.1371/journal.pone.0145177

¹³ S. Flores, P. Saturno, H. Reyes, T. Barrientos, S. Villalpando, M. Hernández, Quality of diabetes care: The challenges of an increasing epidemic in Mexico. Results from two national health surveys (2006 and 2012). *Plos One* 2015; julio 31; vol. 10, núm. 7: e0133958. doi: 10.1371/journal.pone.0133958. eCollection 2015.

¹⁴ IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012-2013*. Ciudad de México, IMSS, 2013, p. 42.

¹⁵ J. Arvizu y A. Morales, Se pronuncia Narro por fortalecer intercambio en instituciones de salud. *El Universal*, 11 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2016/10/11/se-pronuncia-narro-por-fortalecer-intercambio-en-instituciones>. Consultado el 10 de abril de 2018. IMSS, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso 2016-2017*, op. cit., p. 160.

¹⁶ PwC, *Diez grandes cuestiones de la industria de la salud en México*. Ciudad de México, PwC, 2017, p. 13.

entre 2015 y 2016.¹⁷ La contención de costos ha enfocado también la restricción a la entrada de medicamentos innovadores al cuadro básico, limitando su aceptación a 11 de 75 nuevas moléculas disponibles en el mercado entre 2009 y 2015, pero también limitando las ganancias en salud y bienestar y, por lo tanto, la eficiencia.¹⁸

El IMSS encaró desde sus inicios la insuficiencia presupuestal limitando la demanda de servicios de salud de los asegurados. La oposición al IMSS en 1944 “se reflejó en la abstención de algunos [...] asegurados para acudir a los servicios médicos [y] permitió crear una reserva económica [...] que fue de suma utilidad [...] en hacer frente a los gastos crecientes”.¹⁹ Para 1981 los afiliados a las instituciones de seguro social y principalmente al IMSS demandaron 12.6 % de la atención ambulatoria fuera de sus instituciones.²⁰ Para 2012 esta cifra fue de 35.0 % y para la atención hospitalaria de 21.7 %.²¹ La atención del parto –la intervención emblema del IMSS– era atendida al final de la década de los 80 en servicios externos en 22 % de los casos, cifra que se incrementó a 37.4 % para 2006, si bien en 2012 fue de 25.9 %.²² La atención de las consultas ambulatorias por los asegurados fuera de las instituciones de seguro social es prevalente en todos los estratos sociales, siendo el caso de 23.5 % en el quintil 1 de ingresos, de 32.1 % en el quintil 3 y de 43.1 % en el quintil 5.²³ De tener que atender el IMSS la demanda que expresan sus beneficiarios fuera del IMSS, su costo institucional adicional sería de 43.7 mil millones de pesos por atención ambulatoria y 18.3 mil millones por atención hospitalaria, equivalente a 22.0 % del gasto institucional en salud en 2015.²⁴

¹⁷ IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2016-2017*, op. cit., Ciudad de México, IMSS, 2017. p. 21.

¹⁸ PwC, op. cit.

¹⁹ M. García Cruz, 1973, op. cit., p. 101.

²⁰ M. A. González Block, El traslape de la demanda institucional en el sistema nacional de salud de México: limitaciones en la integración sectorial. *Salud Pública de México*, 1988, vol. 30, núm. 6, pp. 804-814.

²¹ M. A. González Block, R. Aldape, L. Cahuana y S. Díaz, *El subsistema privado de salud en México. Retos y oportunidades*. Huixquilucan, Universidad Anáhuac, 2018, pp.73 y 119.

²² M. A. González Block, Access policies and utilization patterns in prenatal and child delivery care in Mexico. *Health Policy and Planning*, vol. 9, núm. 2, 1994, pp. 204-212. M. A. González Block, A. L. Saucedo, Y. Santa Ana, Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. *Salud Pública*, 2010, vol. 52, núm. 5, pp. 416-423.

²³ M. A. González Block (Coord.), Diagnóstico de los retos para la cobertura universal en salud. Ciudad de México, Fundación Mexicana para la Salud. p. 46.

²⁴ Consejo Coordinador Empresarial, Comisión de Seguridad Social, Salud y Pensiones, 27 de mayo de 2015. M. A. González Block y A. Figueroa Lara, Propuesta de paquetes de decisión para el Presupuesto Base Cero en preparación del Ejercicio Fiscal 2016, de los principales programas presupuestarios en salud. Grupo de Pensamiento de Participación Público-

El desplazamiento de la demanda se observa incluso en la atención a los riesgos ocupacionales. Antes de la implantación del IMSS, los contratos colectivos incluían un elaborado clausulado que reconocía los riesgos específicos para cada empresa, la forma de prevenirlos y de atender a quienes resultaban afectados. Este clausulado fue sustituido por una sola cláusula donde obreros y empresarios delegaron la gestión de los riesgos ocupacionales al IMSS. Un estudio de caso sugiere que la delegación llevó no sólo a una pérdida del empoderamiento de los trabajadores sobre la salud laboral, sino también a la reducción en el reconocimiento de enfermedades ocupacionales y de la indemnización.²⁵

El desplazamiento de la demanda hace que el Seguro Social se comporte como una institución asistencial, donde los que tienen mayores ingresos demandan más servicios privados o de otras instituciones públicas. Más que exigir el cumplimiento de los servicios de salud, el gobierno ha respondido al pago de bolsillo exentando el IVA en la venta de medicamentos, subsidio equivalente a 18.9 mil millones de pesos, 4 % del gasto de bolsillo en salud de los hogares.²⁶

El IMSS conforma un monopolio de prestaciones de servicios y un monopsonio de compras, prohibiendo la elección de los prestadores de servicios de acuerdo a las preferencias y la confianza de los asegurados e inhibiendo la oferta y la innovación de parte de sus proveedores. El monopolio pudo haber sido evitado de haberse introducido de inicio la contratación y competencia entre prestadores públicos –de las diversas instituciones– y privados, según lo sugiere el proyecto del ISS elaborado por García Téllez y Cárdenas con apoyo de la OIT. La contratación de prestadores privados pudo haberse introducido con la adecuada regulación, sobre todo en la atención de riesgos laborales.

La dependencia de trayectoria del modelo de monopolio arrojó rendimientos crecientes en la construcción de grandes centros hospitalarios y en un modelo homogéneo regionalizado. Sin embargo, el monopolio significa hoy un elevado costo para la eficiencia. El embate de las enfermedades crónicas exige atención continua por prestadores de confianza para el consumidor, más que de confianza para el Estado. El grado de insatisfacción y demanda de servicios externos no sólo está dañando el gasto de bolsillo de los consumidores; la falta de control y complicaciones resultantes de patrones inadecuados de atención redundarán en un mayor gasto para el propio IMSS.

Privada hacia la Cobertura Universal del Sistema Nacional de Salud. Consejo Promotor de Universalidad y Competitividad en Salud. Funsalud, mayo 4 de 2015.

²⁵ M. A. González Block, *Ideología de las enfermedades ocupacionales y dinámica social en un contexto industrial de México*. Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1980.

²⁶ M. A. González Block, R. Aldape, *et al.*, *op. cit.*, p. 36.

¿Finanzas sanas?

Si bien el Seguro Social encara crecientes gastos por las enfermedades crónicas en aumento y por el costo de la tecnología, la principal cuestión financiera es su capacidad para enfrentar el pago de sus propios trabajadores. El Instituto cuenta en 2017 con 333 000 trabajadores activos sindicalizados y 246 000 jubilados, haciendo del Sindicato de Trabajadores del IMSS el segundo más grande de América Latina, sólo después del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, también de México.¹ El RJP otorgó concesiones sin una adecuada previsión actuarial ni gestión financiera, permitiendo que las reservas fueran en parte erogadas en gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM). García Nieto argumenta que el gobierno quedó corto en las aportaciones comprometidas y que la privatización de las pensiones con la reforma de 1995 redujo la disponibilidad del fondo del RJP.² En cualquier caso, el déficit del RJP fue aparente a partir de 1992, sin que se abordara hasta la administración de Fox en 2000, posiblemente para no confrontar al sindicato del IMSS.

El RJP introdujo medidas que podrían ser cuestionables en el contexto del incremento de la sobrevivencia de los jubilados, el incremento en el gasto del propio Seguro Social a raíz de las enfermedades crónicas y la desaceleración en el crecimiento de la afiliación. La edad mínima de retiro de los trabajadores del IMSS fue eliminada, el cálculo de la jubilación pasó de considerar 7 a 13 conceptos de sueldo pensionable y ya no el sueldo promedio sino el último sueldo. Dado que un trabajador se jubilaba en promedio a los 53 años en 2004, trabajaba 12 años menos que sus congéneres. Los pensionados del IMSS lograron también pensiones 8 veces superiores a las de sus congéneres, ganando 29 % más al jubilarse que cuando trabajaban.³ Adicionalmente, las aportaciones del trabajador a los seguros de ley fueron sufragadas por el IMSS como patrón. Finalmente, el ajuste de las pensiones del RJP se realiza anual-

¹ IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso 2016-2017*, op. cit.

² H. U. García Nieto, A. A. Pacheco Espejel (Coords.), op. cit., p. 122

³ Comité Técnico Nacional de Seguridad Social del IMEF, Análisis técnico sobre el régimen de jubilaciones y pensiones (RJP) establecido en el contrato colectivo de trabajo (CCT). *Boletín técnico IMEF*, núm. 28, 2004, pp. 1-10.

mente no contra la inflación sino con base en los incrementos salariales negociados por los trabajadores en activo.

El gobierno de Vicente Fox reconoció la quiebra técnica del IMSS y la imposibilidad de financiar el RJP incrementando las contribuciones de los trabajadores al régimen y reduciendo uno de los tres aguinaldos, de 25 % a 7 %.⁴ El periodo de trabajo mínimo se incrementó a 27 años para las mujeres y 28 para los hombres, sin requisito de edad mínima.⁵ Aun con estas modificaciones, los trabajadores en activo al momento de la reforma se jubilarán con pensiones 8 % superiores a su último salario. Para los trabajadores con ingreso al IMSS posterior a 2005, los principales cambios fueron una pensión mínima al doble de la establecida por la Ley, con contribuciones adicionales del IMSS patrón, sin poder exceder el 100 % del salario base. Se fijó la edad mínima de jubilación en 60 años, con periodos laborales mínimos de 34 años para las mujeres y 35 para los hombres y se eliminó el beneficio del aguinaldo de 25 % del monto de la pensión. No obstante, los trabajadores en activo rechazaron el acuerdo interponiendo una petición para la derogación del cambio legal ante la Suprema Corte de Justicia, aun no resuelta.

Mientras que el gobierno de Fox contuvo el déficit del RJP, no resolvió su financiamiento, como tampoco lo hicieron los gobiernos posteriores. El fondo del RJP hoy cuenta con sólo 4.6 % del requerimiento para cubrir a los 167 mil trabajadores con este derecho.⁶ El déficit suma 1.7 billones de pesos y equivale a 8.35 % del PIB y en 2034 –año en que habrá el mayor número de jubilaciones– se habrá de destinar 63 % de los ingresos del Seguro Social para pensiones, de no constituirse el fondo.

El problema del pasivo laboral afecta principalmente al Seguro de Enfermedades y Maternidad, pues el 69.8 % de los trabajadores del IMSS son de la rama médica y paramédica, y la mayoría de los técnicos, administrativos y “básicos” también trabajan para el SEM. El déficit del SEM en 2017 fue de 22 % de sus ingresos y está creciendo a una tasa de 2.8 % anual.

La administración de Peña Nieto dio a conocer que el IMSS logró el saneamiento de sus finanzas, pasando “de una quiebra técnica en el 2012 a un equilibrio en el uso de sus reservas financieras en 2016. Gracias a este manejo ordenado de las finanzas, 2016 es el primero en los últimos ocho años en que no se hace uso de

⁴ M. E. Carbajal Guerra y B. Ortega Hernández, Relación entre calidad de vida, satisfacción laboral, apoyo social e identificación grupal con las actitudes hacia la nueva reforma al régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS: estudio de un caso. Tesis, Cholula, Universidad de las Américas Puebla, 2005. p. 54. Jiménez Yáñez, Reforma al Régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS. Tesis. Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2006.

⁵ IMSS, *Informe al Ejecutivo y al Congreso 2016-2017*. México D. F., IMSS, 2017, p. 250.

⁶ *Ibid.*, p. 235.

reservas”.⁷ En realidad, lo que el IMSS logró en la administración de Peña Nieto fue pagar el gasto operativo sin recurrir a las reservas, pero sigue en quiebra técnica por el adeudo no financiado del pasivo laboral. El déficit operativo del IMSS alcanzó 25.6 mil millones de pesos en 2012, el más alto desde 2009. Bajo los directores del IMSS José Antonio González Anaya y Mikel Arriola se mejoró la gestión financiera y se incrementaron los ingresos en 5 % en promedio entre 2013 y 2016 gracias a la mayor afiliación, para lograr un superávit de 6.7 mil millones de pesos en 2016.⁸

El IMSS está en quiebra por el desfinanciamiento del fondo de pensiones de la mitad de los trabajadores del IMSS. En ausencia de soluciones de fondo, el grave problema está siendo afrontado con la reducción del gasto para alcanzar apenas el balance del gasto operativo y pretender con ello la viabilidad de la institución. Esta “solución”, sin embargo, va en contra del requerimiento de incrementar la inversión, la eficiencia y el gasto operativo para encarar la epidemia de las enfermedades crónicas.

Es poco probable que se pueda seguir conteniendo el gasto en el futuro cercano, por lo que el fondo de pensiones de los trabajadores en el RJP tendrá que ser financiado con otras fuentes. La quiebra amenaza la negociación del sindicato del IMSS, pues este año los trabajadores contratados a partir de 2006 y que no gozan de pensiones tan generosas son ya mayoría. La cuestión es si esta mayoría querrá seguir apoyando un esquema de pensiones que le es ajeno y que deprime sus ingresos. La paz social puede verse también amenazada si todos los mexicanos son obligados a pagar el déficit.

⁷ CROC, Reunión de trabajo con el director general del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://consejeriacroc-imss.com/blog/> Consultado el 3 de noviembre de 2017.

⁸ IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2016-2017*, op. cit., pp. 21 y 276.

¿Equitativo?

La LSS de 1943 estableció con gran claridad el aporte que tenían que hacer cada una de las tres partes como porcentaje del salario del trabajador, estableciendo un cartabón donde el porcentaje era mayor conforme al rango salarial y donde el gobierno federal y los trabajadores aportaban partes iguales para sumar 50 % de los aportes. La contribución era así doblemente progresiva conforme los salarios eran mayores y se colocó al patrón como contribuyente mayoritario. El subsidio gubernamental de impuestos generales significó que toda la población contribuyó al IMSS desde sus orígenes, dando la esperanza de que algún día todos también lograrían acceder a sus beneficios. La ley de 1973 del presidente Echeverría eliminó las categorías de contribución conforme al ingreso y estableció un porcentaje fijo del salario base de contribución (SBC), pasando de una doble progresividad a la progresividad simple. La contribución de los patrones se incrementó de 25 % a 70 %, reduciendo en la misma proporción la del Gobierno para quedar en un simbólico 5 %. La contribución gubernamental a los seguros para las sociedades cooperativas se mantuvo en 50 %.

El IMSS entró en crisis financiera a partir de los años 90 al incrementarse los costos y las necesidades de atención. La LSS de 1995 del presidente Zedillo, vigente hasta la fecha, encaró la insuficiencia financiera con base en un nuevo y complejo esquema de contribución. Las primas de contribución del SEM se diferenciaron para los beneficios en especie y en dinero. Para los beneficios en especie se utilizaron a su vez dos bases de contribución distintas: una Cuota Social gubernamental fija por trabajador de 13.9 % de un salario mínimo diario a ser igualada por el patrón, más una aportación del trabajador y del patrón de 2 % y 6 %, respectivamente, de la diferencia entre el SBC y tres salarios mínimos y se exentó de esta contribución a los trabajadores con percepciones inferiores a tres salarios mínimos. Las contribuciones para los beneficios en dinero del SEM se fijaron en 1 % del SBC repartido en 0.7 % para el patrón, 0.25 % para el empleado y 0.5 % para el gobierno.

La LSS de 1995 creó también el seguro de Prestaciones Sociales con una contribución patronal de 1 % del SBC y separó el seguro de Invalidez y Vida del seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. Este último se dividió en dos ramos de contribución: Retiro, con la contribución sólo del patrón del 2 % del SBC, y Cesan-

tía en Edad Avanzada y Vejez. En este ramo, como en el seguro de Invalidez y Vida, la contribución entre las tres partes se dividió en 70 % para el patrón, 25 % para el trabajador y 5 % para el gobierno, para aportar el 2.5 % del SBC en Invalidez y Vida y 4.5 % en Cesantía. Además, el gobierno aportaría una Cuota Social al ramo de Cesantía que sería mayor a lo largo de cinco categorías de ingreso, haciéndola progresiva. Como ya se mencionó la Ley de 1995 creó el Seguro de Salud para la Familia financiado por los individuos y por el gobierno. La cuota anual individual en 2012 fue de 1371 de pesos para personas hasta 19 años y en el punto máximo de 3605 de pesos para mayores de 60. La contribución gubernamental es igual a la Cuota Social del SEM, sin importar el grupo de edad.¹

En 2016 el 57.6 % de los trabajadores percibieron hasta tres salarios mínimos, con lo que sólo 42.4 % de los trabajadores contribuyeron al SEM.² La exención debió de incentivar el empleo formal, pero también presionó a los trabajadores para aceptar sueldos inferiores, debilitando su sentido de responsabilidad y de exigencia por las prestaciones del SEM, convirtiéndolos en cargas de los patrones y del Estado y perdiendo así poder relativo. La profusión de criterios y ramos de contribución hace que ninguna de las partes pueda conocer el monto de su aporte al IMSS como actor social, mientras que para estimarla de manera individual el IMSS provee una calculadora en su página web.

Según estimaciones del IMSS, el aporte del Gobierno federal al Seguro Social fue de 23.9 % del total de las contribuciones en 2016 y para el SEM en 2017 este aporte fue 31.9 % –81.1 mil millones de pesos, o 1420 pesos por beneficiario (cuadro 5)–.³ En comparación, la Federación aportó al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en el mismo año 83.3 % de sus ingresos por 142 923 millones de pesos, o 2603 pesos por beneficiario.⁴ La diferencia entre el ingreso total per cápita del SEM (4454 pesos) y del Seguro Popular (3124 pesos) es de 1330 pesos, diferencia que asciende a 73 035 millones de pesos si el total de los 54.9 millones de afiliados del Seguro Popular fueran a gozar del mismo gasto en salud que los beneficiarios del IMSS. Esta suma equivale a 90.0 % del financiamiento federal al SEM, lo que sugiere que el financiamiento del Gobierno federal hace la diferencia.

¹ IMSS, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso 2012-2013*, op. cit., p. 129. No es claro el aporte gubernamental, pues se marca “por familia”, aun cuando el artículo 106, fracción III marca una contribución individual.

² Procesamiento propio, ENIGH 2016.

³ IMSS, *Informe al Ejecutivo federal y al Congreso 2016-2017*, op. cit., pp. 13 y 34. La población beneficiaria es para 2016 y excluye pensionados y sus familiares, cuya contribución al SEM se contabiliza aparte.

⁴ Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de resultados enero-junio 2017*. Ciudad de México, CNPSS, 2017. p. 91.

CUADRO 5. APORTES DEL GOBIERNO FEDERAL Y DE LOS TRABAJADORES Y EMPLEADORES
O DE LOS GOBIERNOS ESTATALES PARA EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
DEL IMSS Y PARA EL SEGURO POPULAR, 2017.

	SEM-IMSS		SPSS				Cápitales (SEM- SPSS)/SEM %
	Total (Millones)	Per cápita		Total (Millones)	Per cápita		
		\$	%		\$	%	
Aporte federal	81,132	1,420	31.9	142,923	2,603	83.3	(83.3)
Aporte obrero patronal/ estados	173,337	3,034	68.1	28,585	521	16.7	82.8
Total	254,469	4,454	100	171,508	3,124	100	29.9

Fuentes: IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso 2016-2017*; CNPSS, *Informe de resultados enero-junio 2017*. Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de resultados enero-junio 2017*. Ciudad de México, CNPSS, 2017, p. 91.

El Gobierno federal financió cerca del 25 % del total de las contribuciones del IMSS durante 50 de sus 75 años de historia. Sólo entre 1973 y 1996 se redujo la contribución gubernamental a 5 % del total. La contribución gubernamental ha sido pagada por todos los mexicanos, pues todos tienen el mismo derecho a usufructuar de los impuestos generales, aun cuando contribuyan con montos diferentes. Sin embargo, el IMSS siempre ha asegurado a menos de la mitad de la población, por lo que el subsidio federal ha sido en beneficio neto de la población más privilegiada.⁵ Por otra parte, los empleadores tienen la oportunidad de transferir las cuotas obrero-patronales a los consumidores vía los precios de sus bienes y servicios, sobre todo en economías con una alta proporción de trabajadores en la economía informal y de baja competitividad, como la mexicana.⁶ Puede concluirse que el Seguro Social es inequitativo, si bien el Gobierno federal tiene en sus manos modificar el esquema de subsidios para revertir la situación.

⁵ M. A. González Block y J. Scott, Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas, en O. De Olivera y F. Cortés (Coords.), *Los grandes problemas de México, vol. V. Desigualdad social*. Ciudad de México, Colegio de México, 2010, p. 231.

⁶ C. Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 34.

¿Rectoría de la Secretaría de Salud?

La autonomía del IMSS en el contexto institucional

La Ley General de Salud (LGS) estableció el Sistema Nacional de Salud (SNS) para dar cumplimiento al artículo 4º de la Constitución del derecho a la promoción de la salud. El SNS 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”. Sin embargo, la Constitución dio primacía al artículo 123 por sobre el artículo 4º, obligando a que la LGS excluyera a las instituciones de seguro social del alcance obligatorio del SNS.¹

La cadena de exclusión se estructuró legalmente al supeditar el derecho de protección a la salud al campo de la salubridad general definido en el artículo 73 constitucional como único ámbito de la salud –salvo aquél definido en el artículo 123–, en el que puede legislar el Congreso de la Unión (figura 1). En efecto, la LGS clasifica a los servicios de los seguros sociales en la fracción III, fracción que quedó excluida de la organización y control de servicios de la salubridad general.

Las instituciones de seguro social quedaron también excluidas del sector salud, que acorde a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal se constituye por las instituciones federales financiadas bajo la programación y control presupuestal de la Secretaría de Salud.²

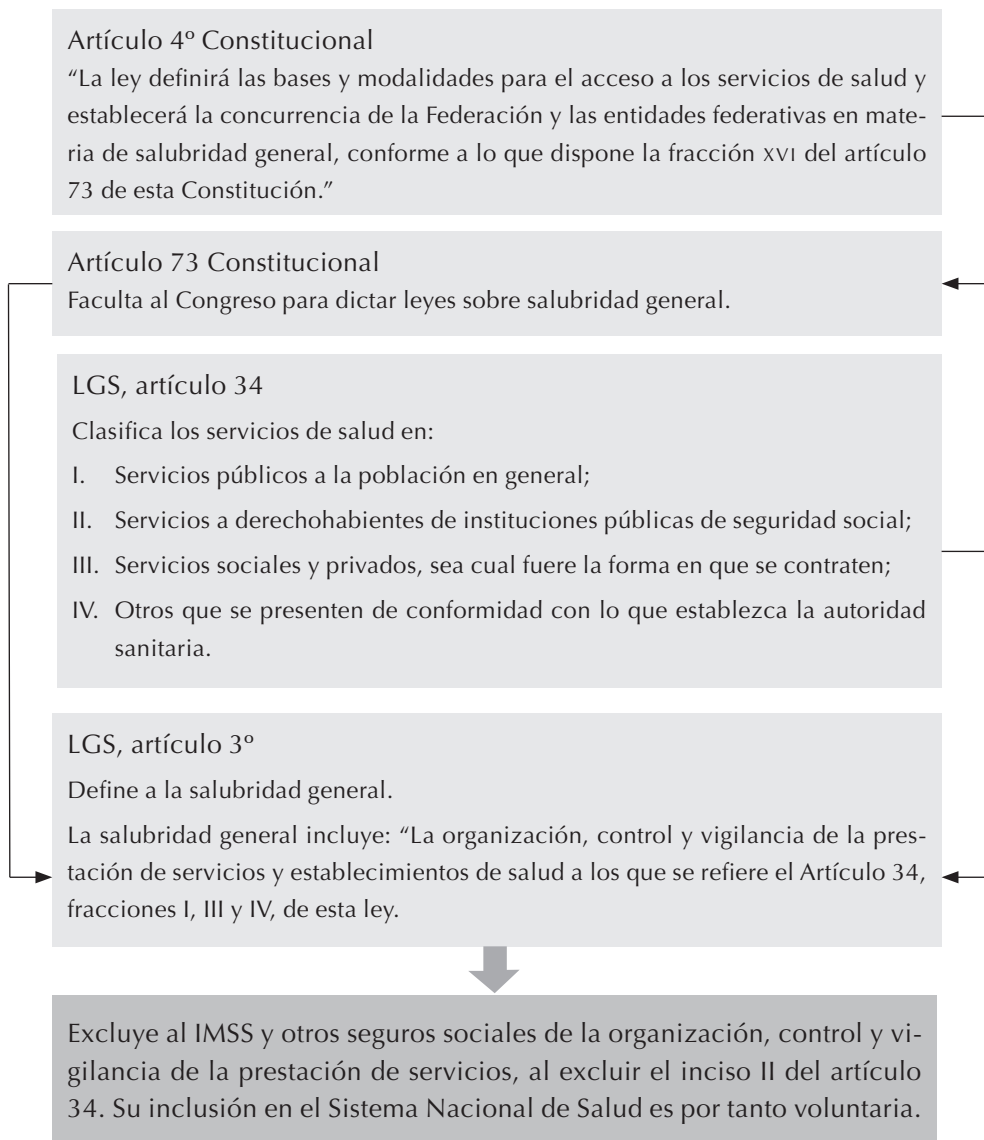
El Sistema Nacional de Salud incluye así a las instituciones de seguro social sujetas a su voluntad de colaboración, lo que las excluye de la rectoría de la Secretaría de Salud. Cada institución de seguro social, federal o estatal, tiene su propia Ley y cada una a su interior puede establecer derechos diferenciados de acceso a servicios de salud. El alcance del derecho a la protección de la salud está así limitado a la coordinación voluntaria de derechos de acceso. La ISS define derechos prácticamente

¹ I. Ibarra, G. Martínez, N. Aguilera, E. Orozco, G. Fajardo-Dolci, M. A. González Block, Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. *Salud Pública de México*, 2013, vol. 55, núm. 3, pp. 310-317.

² *Ibid.*

para toda la población excepto los burócratas federales, redundando así con la prescripción de derechos de la LGS, señaladamente con los derechos conferidos por el Sistema de Protección Social en Salud. El derecho a la protección de la salud es, de entrada, un derecho a servicios diferenciados, conforme al corporativismo de Estado, y no a condiciones o a prestaciones acordes a un Estado de derechos universales.

FIGURA 1. EXCLUSIÓN DE LA RECTORÍA DE LOS SEGUROS SOCIALES POR LA SECRETARÍA DE SALUD



El reducido alcance de la rectoría de la Secretaría de Salud se ve aún más limitado dada la dispersión de objetivos del SNS, que según el artículo 6º de la LGS, son: proporcionar servicios, mejorar su calidad, atender problemas de salud, contribuir al desarrollo demográfico, proporcionar servicios asistenciales “principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con discapacidad”, impulsar el desarrollo de la familia, de la comunidad en general y de las comunidades indígenas; propiciar condiciones sanitarias del medio ambiente, racionalizar los recursos humanos y de la medicina tradicional indígena; coadyuvar a modificar hábitos y costumbres relacionados con la salud y el uso de servicios, promover el fomento sanitario y promover tecnologías de información. Estos objetivos son de enfoque asistencialista y no apuntan al derecho fundamental –como lo plantea la constitución de la Organización Mundial de la Salud– al “goce de los más altos estándares alcanzables de salud...sin distinción de raza, religión, creencia política, o condición económica o social”.³

Las limitaciones a la rectoría inscritas en la LGS son producto de los intereses políticos reinantes en los 80 cuando se decretó la Ley General de Salud y cuando la CTM, y particularmente su líder Fidel Velásquez, se opusieron a la “integración orgánica” de servicios del IMSS y la SSA, planteada en un inicio como opción para la reforma estructural de la Secretaría de Salud, aceptando a lo más la coordinación entre las instituciones.⁴ El IMSS defendió su autonomía y rechazó la rectoría de la Secretaría de Salud; en noviembre de 1981, el director Arsenio Farell ordenó a Guillermo Soberón, entonces coordinador de la Coordinación de Servicios de Salud, ceder los centros de salud rurales de la SSA al programa IMSS-COPLAMAR, orden que sólo el presidente José López Portillo pudo parar.⁵ Ya secretario de Salud, Soberón procuró empoderarse como rector del SNS influyendo en el nombramiento, vía el Presidente, de los directores médicos del IMSS y del ISSSTE, logrando también que se modificara la LSS para nombrar al Secretario de Salud como consejero técnico del IMSS –uno entre doce consejeros–. El director del IMSS, Ricardo García Sainz, aceptó el nombramiento presidencial del director médico, pero se rehusó a subordinarse al secretario de Salud, y sólo la orden presidencial lo obligó a aceptar la coordinación, evidenciando la insuficiencia del marco legal para la rectoría.⁶

La renuencia del IMSS a subordinarse a la Secretaría de Salud fue evidente también con la administración de Fox, cuando siendo Presidente electo en 2000 consultó al

³ OMS, Principios de la Constitución de la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/about/mission>

⁴ M. A. González Block, *et al.*, 1989, *op. cit.*

⁵ G. Soberón, *El médico, el rector*. Ciudad de México, FCE, 2016, p. 367.

⁶ *Ibid.*, pp. 363, 372.

Consejo Técnico sobre la posibilidad de modificar la gobernanza, recibiendo por respuesta que el Consejo Técnico “reafirma el carácter tripartita de la Institución, como fórmula para conciliar en las instituciones de Seguridad Social los intereses entre los factores de la producción y la importancia de conservar dicho carácter tripartita [...] El contenido de este Acuerdo se deberá hacer del conocimiento del equipo de transición del Presidente Electo Vicente Fox Quesada”.⁷ El Seguro Social reafirmó así el poderío del corporativismo frente a la transición a la democracia.

La hegemonía del IMSS en su relación con el Seguro Popular

El IMSS no sólo ha retenido su total autonomía, sino que predomina como rector y financiador de servicios asistenciales. Esto se aprecia al ver que la LSS tiene amplias facultades para cumplir de manera independiente con el derecho a la protección a la salud, pues confiere al Presidente la capacidad para ampliar la protección a toda la población, excepto a los burócratas federales. El que no lo haya logrado obedece, primero, a la lógica de subordinación de grupos sociales con base en la diferenciación de beneficios, y después, al encarecimiento de los servicios del IMSS. No obstante, el IMSS y la Secretaría de Salud comparten hoy a la misma población ante la inestabilidad del mercado laboral, predominando el IMSS en esta relación.

La dominancia del IMSS estriba en que la afiliación del trabajador asalariado es obligatoria, mientras que la afiliación al Seguro Popular es voluntaria. Al perder su afiliación al IMSS, la persona es libre para afiliarse al Seguro Popular, aun cuando el expediente clínico es retenido por el IMSS, considerándolo de su propiedad.⁸ Al reafiliarse al IMSS, los afiliados al Seguro Popular no están obligados a cancelar su póliza, aun cuando el Seguro Popular sí está impedido para seguir subsidiando a los prestadores de servicios de la Secretaría de Salud. Mientras que el IMSS depura su padrón automáticamente con el alta y baja que notifica el patrón, el Seguro Popular debe hacerlo cotejando padrones. Dada la rotación laboral, que alcanza el 38 % de la afiliación al IMSS en un año, según se vio, en 2014 hasta 24.7 % de los afiliados al Seguro Popular también estaban afiliados al IMSS.⁹ El Seguro Popular respondió clasificando como duplicados sólo los casos de trabajadores con baja frecuencia de cambio de afiliación, llevando la cifra de duplicados de baja rotación a 1.4 millones o 2.6 % de los registros en 2017. Para solicitar los recursos sin duplicar los

⁷ IMSS, Acuerdo 691/2000, 11 de octubre de 2000.

⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2012.

⁹ M. A. González Block y S. Díaz, 2018, *op. cit.*

casos, el Seguro Popular separa la gestión financiera con base en un padrón de afiliados sin duplicación o “padrón financiado” y la gestión de beneficiarios con un padrón de personas con pólizas vigentes y que, al no poder cancelarlas, incluye a los afiliados al IMSS. Este arreglo reduce la transparencia de la relación entre la persona y el subsidio y retorna al manejo de un presupuesto histórico, amenazando los principios del Seguro Popular.

La doble afiliación sin coordinación de los servicios de salud fomenta que los trabajadores temporales no se registren con los servicios médicos del IMSS, que se interrumpa su atención o bien que sigan utilizando los servicios de la SSA, lo que es posible porque no los rechazarán. El IMSS resulta así el beneficiario, pues no fue obligado a ajustar su financiamiento y deja de prestar servicios a los trabajadores temporales que deciden no utilizarlos.

La Secretaría de Salud no puede obligar legalmente la coordinación de las instituciones de seguro social en el marco del Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, el IMSS mantiene una postura hegemónica en su relación con la Secretaría de Salud y con los servicios estatales de salud al proteger y atender a la amplia población que comparten. El Seguro Social no es parte del Sistema Nacional de Salud y cabe preguntarse si en realidad existe un Sistema Nacional de Salud, o si ha sido más bien una figura simbólica para contender con los graves problemas de la segmentación entre las instituciones públicas con el subsistema privado de atención.

¿Gobernanza efectiva?

La misión de la Asamblea y del Consejo Técnico (CT) del IMSS es “conciliar [...] los intereses entre los factores de la producción” tomando las decisiones sobre 254 mil millones de pesos de contribuciones, una plantilla de 345 mil trabajadores y el nombramiento de 27 directores de Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), de 34 delegados y de los directores de las oficinas centrales.¹ La cuestión es si la conciliación de intereses para procurar el equilibrio entre los factores de la producción acorde con la Ley Federal del Trabajo procura el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4º de la Constitución para 63.5 millones de beneficiarios del IMSS y 12.4 millones de personas atendidas por IMSS-Prospera. Para contestar esta pregunta se analiza la conformación del CT, la representatividad de los asegurados, la trayectoria de los miembros y la calidad de la gestión para conciliar intereses y velar por la salud de los asegurados.

Conformación del Consejo Técnico

La Asamblea del Seguro Social está integrada por treinta miembros designados en partes iguales por el Ejecutivo federal, por las organizaciones patronales y por las organizaciones de trabajadores. Los miembros no gubernamentales participan por periodos de seis años renovables indefinidamente y los organismos son designados por el Gobierno federal, también de manera indefinida. El CT está integrado por doce miembros designados por la Asamblea con la misma composición tripartita. El CT se replica designando consejos consultivos de cada una de las 34 delegaciones y 27 UMAE y en comités en todas las direcciones nacionales.² Los miembros no gubernamentales reciben emolumentos, prestaciones y presupuesto para apoyar su gestión

¹ IMSS, *Informe al Congreso y al Ejecutivo, 2016-2017*, op. cit., pp. 13, 276 y 63. IMSS, Acuerdo 691/2000, 11 de octubre de 2000.

² IMSS. Acuerdos. Diversos acuerdos

con un costo aproximado de 40 millones de pesos por año, equivalentes al gasto en salud de 10 000 beneficiarios.³

Las responsabilidades de la Asamblea General y del CT incluyen la discusión y aprobación del estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe financiero y actuarial, el informe de actividades presentado por el director general, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente, así como el informe de la Comisión de Vigilancia. La Asamblea delega sus responsabilidades enteramente al CT, limitándose a una reunión anual en la que el Presidente de la República hace un pronunciamiento político.⁴

Participan en el CT desde 1943 la Confederación de Trabajadores de México (CTM), la Confederación Revolucionaria de Obreros Mexicanos (CROM) y el Sindicato Nacional de Trabajadores Mineros, Metalúrgicos y Similares de la República Mexicana (SNTMMSRM), mientras que la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC) se sumó con su fundación en 1952 al integrar a su antecesor. Por el sector patronal participan, también desde el inicio, la Confederación Nacional de Cámaras Industriales (CONCAMIN) con tres representantes, y la Confederación Nacional de Cámaras de Comercio, Servicios y Turismo (CONCANACO-Servytur), con un representante. Los miembros del sector gubernamental son *ex officio* los secretarios de Hacienda y Crédito Público, de Salud, del Trabajo y Previsión Social y el propio Director General del IMSS, quien funge como presidente. La Secretaría de Desarrollo Social está ausente, pese a la importancia del programa IMSS-Prospera. Los miembros titulares del CT han sido todos hombres al menos desde el año 2000, aun cuando las mujeres constituyen el 36.6 % de los asegurados.⁵

³ A razón de un gasto de 4155 pesos por persona en 2016. Méndez, J. S., Gasto en salud per cápita, *CIEP*, 5 de febrero de 2018. Recuperado de: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-per-capita-menos-usuarios-del-sistema-de-salud>. Consultado 3 de abril de 2018. IMSS, Acuerdos. Acuerdo No. 91/2005, del 25 de febrero de 2005. Manual de percepciones de los servidores públicos. *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo de 2016. Anexo 3B. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5439346&fecha=31/05/2016. Consultado el 3 de abril de 2018.

⁴ Gobierno de México. 105 Asamblea General Ordinaria del IMSS. Recuperado de: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/105-asamblea-general-ordinaria-del-imss>. Consultado el 11 de abril de 2018.

⁵ M. P. Martínez, Mujeres, con apenas 36.6% del empleo formal en México. *El Economista*, 18 de enero de 2017. Recuperado de: <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Mujeres-con-penas-36.6-del-empleo-formal-en-Mexico-20170119-0020.html>. Consultado el 1 de abril de 2018.

Representatividad del Consejo Técnico

Para que la conciliación de intereses de los trabajadores y empleadores sea efectiva en sus propios términos, se requiere que la mayoría de los asegurados pertenezcan a sindicatos y que la mayoría de los empleadores contribuyentes pertenezcan a cámaras. Se requiere, además, que los sindicatos y cámaras tengan una representación cupular y que ésta designe a los representantes del CT. Otra cuestión es cómo el CT recoge los intereses de los factores de la producción y cómo los evalúa, discute y concilia para tomar decisiones sobre el IMSS.

El número de trabajadores afiliados al IMSS que pertenecen a cualquier sindicato ascienden a 6.9 % del total, mientras que los afiliados a los cuatro sindicatos que gobiernan al IMSS suman tan solo 3.1 % del total. La exigua representatividad de los sindicatos es cada vez menor, con una reducción en la proporción de sus agremiados de 57.2% entre 2008 y 2017 (cuadro 6).⁶ Los trabajadores sindicalizados en la CTM, CROC, CROM y SNTMMSRM pasaron de 1.04 millones a 810 739 en el mismo periodo, representando a 47.7 % y 45.5 % de los trabajadores sindicalizados en los mismos años.⁷ Se infiere que los sindicatos en el CT están en ligera minoría respecto del total de los sindicalizados afiliados al IMSS. La Federación de Sindicatos de Empresas de Bienes y Servicio (FESEBS) –organismo independiente de tamaño sólo menor a la CTM– no está representada en el CT, a pesar de que incluye al Sindicato Mexicano de Electricistas y al Sindicato de Telefonistas.

⁶ Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Sistema de Consulta de Agrupaciones Sindicales. Disponible en: <https://www.gob.mx/stps/acciones-y-programas/sistema-de-consulta-de-agrupaciones-sindicales>. Consultado en noviembre de 2017.

⁷ Las tres confederaciones aportaban 957 891 trabajadores. R. Zepeda Martínez, Disminución de la tasa de trabajadores sindicalizados en México durante el periodo neoliberal. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 51, núm. 207, 2009, pp. 57-81. El SNTMMSRM sumaba aproximadamente 80 000; ver G. Bensusán y K. Middlebrook, *Sindicatos y política en México: cambios, continuidades y contradicciones*. Ciudad de México, UAM, FLACSO, CLACSO, 2013, p. 96.

CUADRO 6. ESTADÍSTICAS LABORALES, DE SINDICALIZACIÓN
Y DE AFILIACIÓN AL IMSS. MÉXICO, 2008 Y 2017

	2008	2017	Cambio %
PEA (millones)	46.8	54.7	16.9
Trabajadores sindicalizados del sector privado (% de la PEA)	4.7	3.3	-30
Trabajadores sindicalizados del sector privado (millones)	2.18	1.78	-18.2
Trabajadores en CTM, CROC, CROM y SNTMMSRM (millones)	1	0.81	-21.9
Afiliación por sindicatos en CT (% del total de sindicalizados)			
CTM	39.5	33.3	-15.7
CROC	3.2	5.1	59.9
CROM	1.3	2.6	103.8
SNTMMSRM	3.7	4.5	22.3
Total	47.7	45.5	-4.5
Afiliados al IMSS * (millones)	14.2	25.9	82.4
Afiliados al IMSS sindicalizados (%)	15.3	6.9	-55.2
Afiliados al IMSS sindicalizados por sindicatos en el CT (%)	7.3	3.1	-57.2

CT: Consejo Técnico del IMSS. *Afiliados a los regímenes obligatorio y voluntario del IMSS, sin incluir IMSS-Oportunidades. Fuentes: INEGI. Población económicamente activa. STPS. Sistema de Consulta de Agrupaciones Sindicales. Consultado en noviembre de 2017. Bensusán, G. y Middlebrook, K., *op. cit.* Zepeda Martínez, R., *op. cit.* IMSS, Memoria estadística 2011-2017. IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso 2016-2017, op. cit.*

La representación de los organismos patronales en el CT es algo mayor que la de los sindicatos de trabajadores. De las 4 millones de empresas en 2015, la CONCAMIN afilia 1.3 % mientras que la CONCANACO participa con 15.8 %.⁸ El IMSS registró por su parte 918 mil patrones, el 22.7 % del total de las empresas en 2017.⁹ Para 2018

⁸ INEGI, Se difunden estadísticas detalladas sobre las micro, pequeñas y medianas empresas del país, *Boletín de prensa* núm. 285/16, 13 de julio de 2016. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_07_02.pdf Consultado el 18 de abril de 2018. Sistema de Información Empresarial Mexicano (SIEM), Recuperado de: <https://www.siem.gob.mx/siem/estadisticas/BrutoXedo2017.asp?p=1>. Consultado el 30 de marzo de 2018.

⁹ IMSS, Memoria estadística 2011-2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al->

CONCAMIN integró a 63 cámaras y 46 asociaciones, manteniendo su número con relación a lo observado en 1990.¹⁰ CONCANACO-Servytur, por su parte, afilió a 670 mil empresas en 2018, correspondientes al 17 % del total, y empleó a 53 % de la PEA.¹¹

Trayectoria de los miembros del Consejo Técnico

El representante de la CTM ante el CT desde 2004 es José Luis Carazo Preciado, secretario del Trabajo de la CTM y líder sindical en la industria automotriz; criticó públicamente el RJP en 2005, justo cuando se estaba reformando, preocupado por la sustentabilidad del IMSS.¹² Su suplente, Claudia Esqueda Llanes, tiene una trayectoria en la defensa de la mujer.¹³ El representante de la CROM es Rodolfo González Guzmán, secretario general del organismo y sustituto de Ignacio Cuauhtémoc Paleta, quien ostentó el cargo en el CT durante 25 años, retirándose al cumplir los 88 años.¹⁴ El representante de la CROC, José Noé Mario Moreno Carbajal, asumió el cargo en 2016 y planteó en su agenda de trabajo tres temas: velar por los trabajadores y sus familias, procurar el equilibrio entre los factores de la producción representando a sus agremiados y salvaguardar las finanzas del IMSS.¹⁵

CONCAMIN tuvo la participación de 12 representantes para tres puestos entre 2000 y 2017, de los cuales el más longevo fue Ernesto Rubio del Cueto, ya miembro en 2000 y relevado hasta 2008. Dos representantes –León Halkin Bider y Alejandro Martínez Gallardo y de Pourtales– cumplieron tres periodos de seis años, y Martínez –funcionario del Grupo Herdez– cumple su cuarto periodo. Los otros dos repre-

imss/memoria-estadistica-2017

¹⁰ CONCAMIN, página web. http://concamin.mx/?page_id=191. Consultado el 30 de marzo de 2018.

¹¹ CONCANACO, página web. <http://www.concanaco.com.mx/que-es-la-concanaco>. Consultado el 18 de enero de 2018.

¹² J. L. Carazo Preciado, IMSS, una lección costosa para México. *Crónica.com.mx.*, 14 de octubre de 2005. <http://www.cronica.com.mx/notas/2005/207257.html> Consultado 31 de marzo de 2018. Crónicas. Revista de Actualidad, Cultura, Política y Opinión. <https://www.facebook.com/CRONICASREVISTA/posts/588859887815893>

¹³ CTM-SEGOB-CONAVIM, Convenio de colaboración. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/111479/Convenio_Segob_CTM.pdf

¹⁴ R. Vargas, Deja cargo octogenario líder de la CROM. *Frecuencia Laboral*, 21 de mayo de 2010. Recuperado de: <http://www.frecuencialaboral.com/cromrenuevadirectiva.html>. Consultado 31 de noviembre de 2017.

¹⁵ CROC, página web. <http://www.croc.org.mx/ms/cen.php>. Consultado el 1 de abril de 2018. CROC, Reunión de trabajo con el director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, op. cit.

sentantes, con no más de tres años en el cargo, son Manuel Jesús Herrera Vega, empresario con carrera de liderazgo empresarial ante órganos de gobierno y presidente de CONCAMIN, y Raúl Rodríguez Márquez, cabildero profesional con participación contra la implantación del impuesto empresarial sobre producción y servicios a los alimentos de alto valor calórico (IEPS).¹⁶ CONCANACO-Servytur tuvo tres representantes desde 2000; desde 2015 funge como consejero Enrique Solana Sentíes, empresario con carrera de liderazgo empresarial ante órganos de gobierno y presidente nacional del organismo.¹⁷

El Consejo Técnico es gestionado por la Secretaría General del IMSS, la cual organiza la agenda y el seguimiento de los acuerdos con cada una de las direcciones del IMSS. El titular de la Secretaría General hasta 2016 fue Juan Moisés Calleja, quien ejerció el cargo durante 20 años hasta su fallecimiento a los 96. Fue sustituido por Juan Carlos Velasco Pérez, de 64 años. Ambos titulares fueron postulados por la CTM tras largas carreras en la gestión sindical y en la administración pública.¹⁸ La Secretaría General prepara en promedio una reunión mensual con una agenda de 40 decisiones en promedio que habrían sido revisadas por las comisiones.

Calidad de las decisiones

EL CT dedicó el 29.3 % de los acuerdos entre 2000 y 2017 a tomar decisiones sobre nombramientos de funcionarios del IMSS, con seis decisiones por mes en promedio (cuadro 7). Dada esta dedicación cabe preguntarse sobre la efectividad de los nombramientos. El CT cambia a los miembros de los consejos de UMAE y delegacionales cada 8 y 11 años para los patrones y trabajadores, respectivamente. Estos periodos coinciden con lo prolongado de los nombramientos en el propio CT. El nombramiento de directores de UMAE resulta en duraciones más cortas, de 3.7 años en el caso de las delegaciones y de 2.8 años para las UMAE.¹⁹ La reducida retención su-

¹⁶ I. Becerril, Un cabildero te revela el rol de su gremio en las reformas. *El Financiero*, 2014. <http://www.elfinanciero.com.mx/economia/gobierno-utiliza-servicios-de-cabilderos-privados>. Consultado el 1 de abril de 2018.

¹⁷ Wikipedia, Enrique Solana Sentíes. https://es.wikipedia.org/wiki/Enrique_Solana. Consultado 1 de abril de 2018. R. A. Camp, *Entrepreneurs and Politics in Twentieth-Century Mexico*. Nueva York, Oxford University Press, 1989. p. 154.

¹⁸ Wikipedia, Juan Moisés Calleja García. https://es.wikipedia.org/wiki/Juan_Mois%C3%A9s_Calleja_Garc%C3%Ada. Consultado el 31 de marzo de 2018. Cámara de Diputados, página web. <http://sitl.diputados.gob.mx/curricula.php?dipt=423>

¹⁹ Procesamiento propio a partir de los acuerdos publicados en Acuerdos IMSS de enero de 2000 al 30 de septiembre de 2017. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos>.

giere periodos insuficientes para la gestión de planes estratégicos y su vinculación más a decisiones políticas que técnicas, sobre todo de organismos descentralizados como lo son las UMAE y que pueden realizar adquisiciones y nombrar a su personal.

La tarea central del CT, que sería la formulación y aprobación de políticas y programas, ocupó 10.8 % del total de los acuerdos. La revisión financiera así como la autorización de donaciones, la aprobación de contratos y la revisión de costos y gasto ocuparon el 25.8 % de la agenda, y específicamente la revisión de la compra de medicamentos y de las inversiones en farmacias e infraestructura médica ocupó sólo 1.7 % de las decisiones. Los temas de evaluación y organización lo hicieron con 11.2 %, mientras que la revisión y autorización de cuestiones del personal ocuparon 1.8 %.

Se infiere que la atención detallada a la compra de medicamentos fue más bien escasa, aun cuando el Consejo Técnico asumió desde 2009 la compra consolidada de medicamentos para múltiples instituciones públicas. Los temas de financiamiento y contratación tienen gran peso, pero se enfocan sobre todo a la toma de decisiones sobre donaciones, contratos y convenios y la autorización de pagos y de compras y licitaciones. Se hubiera esperado que el Consejo Técnico diera importancia a la evaluación y a los temas de mejora en la organización institucional, pero estos temas sólo ocuparon una pequeña parte de la agenda, como lo hicieron los temas de personal. La revisión por el CT del *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social* fue escasa, con 26 menciones en total, de las cuales 18 se refieren a su aprobación anual.²⁰ Sólo dos acuerdos solicitaron estudios específicos para ser incluidos en los Informes.²¹ Llama la atención la ausencia de acuerdos relativos a la reforma del RJP entre 2003 y 2006, cuando el IMSS estuvo al borde de la huelga en medio de protestas a nivel nacional.

A partir de 2006 la Secretaría General asignó los acuerdos del CT para seguimiento por las direcciones del IMSS. La Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) tuvo 496 acuerdos, una décima parte del total (cuadro 8). Los acuerdos enfatizaron la contratación de personal para los programas IMSS Prospera y Desarrollo Humano Oportunidades y en 2007 se aprobó su evaluación externa y el análisis de indicadores de proceso y resultados. La DPM rindió cuentas anualmente, pero el único programa revisado por el CT fue el Plan Gerontológico 2006-2021, sustituido por el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS en 2011. Ningún acuerdo con seguimiento por la DPM trató problemas específicos de salud ni asuntos relacionados con PreveIMSS o DiabetIMSS –los programas centinela para la prevención, detección tempra-

²⁰ Los acuerdos sin mayor mención que la aprobación del Informe fueron: 105/2008, 127/2009, 129/2010, 129/2011, 115/2012, 123/2014, 112/2016 y 103/2017.

²¹ IMSS, Acuerdos. Acuerdo 2/2004 del 21 de enero de 2004, Acuerdo 605/2004 del 8 de diciembre de 2004 y Acuerdo 7/2007 del 31 de enero de 2007.

na y control de las enfermedades crónicas—. Ello aun frente a crisis como la cancelación en 2015 de la licitación para contratar la atención externa de pacientes con diagnóstico de diabetes.²²

CUADRO 7. FRECUENCIA DE LOS TEMAS DE LOS ACUERDOS TOMADOS POR EL CONSEJO TÉCNICO DEL IMSS EN EL PERIODO 2000 A 2017.*

<i>Tema</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Nombramientos, designaciones y ratificaciones	2,540	29.3
Programación, programas y planes estratégicos, políticas y reformas	932	10.8
Informe de proceso, situación y presentación, Informe de resultados (final), Informe, información	929	10.7
Financiamiento y contratación		
Financiamiento, reservas, adeudos y situación financiera y presupuestaria, Inversiones, ejercicio fiscal, presupuesto	769	8.9
Donaciones	522	6.0
Contratos y convenios	368	4.3
Costos, gasto y pagos	298	3.4
Compras/licitación	130	1.5
Medicamentos y farmacia, infraestructura médica, (salud)	144	1.7
Evaluación y organización		
Análisis, estudios, investigación, auditorías y observaciones, evaluaciones, diagnósticos y dictámenes	340	3.9
Reglamentos, manuales, normas, lineamientos, criterios, plantillas	328	3.8
Comités y comisiones	304	3.5
Otros temas		
Personal	153	1.8
Otros (Operación, legal, propuestas, solicitudes, dispensas)	516	6.0
Otros acuerdos y autorizaciones	382	4.4
	8,655	100

*Los temas reflejan las palabras clave utilizadas para la búsqueda en la base de datos.

Fuente: Procesamiento propio a partir de IMSS, Acuerdos.

²² N. Zúñiga, Cancela IMSS subrogación de diabetes. *Reforma*, 4 de julio de 2015. Recuperado de: <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/articulo/default.aspx?id=582676&md5=d977e7f3c6b4391d6a244bc2392026e4&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&po=4> Consultado 2 de abril de 2018.

El CT consideró únicamente 62 acuerdos –0.74 % del total– referidos a problemas específicos de salud desde 2000, todos relacionados con la aprobación de compras o donativos y ninguno con seguimiento por la DPM desde 2006. De los 31 acuerdos enfocados a enfermedades crónicas, 18 se refirieron a la contratación externa de servicios de hemodiálisis y 8 al equipamiento del programa de trasplante de órganos. Sólo 3 acuerdos se enfocaron en diabetes para autorizar la donación de proyectos de innovación.

CUADRO 8. FRECUENCIA DE LOS TEMAS DE LOS ACUERDOS DEL CONSEJO TÉCNICO ASIGNADOS A LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS. DICIEMBRE DE 2006 A SEPTIEMBRE DE 2017*

<i>Contenido</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Donaciones	180	36.3
Programa imss Prospera PDHO**	60	12.1
Designaciones	45	9.1
Supervisión de programas	45	9.1
Rendición de cuentas	44	8.9
Derecho de prestación de servicios	39	7.9
Dispensas	18	3.6
Intercambio sectorial de servicios médicos	16	3.2
Planeación	12	2.4
Personal y desempeño	8	1.6
Otros	29	5.8
Total	496	100.0

* Los acuerdos fueron asignados a direcciones específicas del IMSS a partir de 2006.

**Incluye IMSS Oportunidades. PDHO es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Fuente: Acuerdos IMSS. Procesamiento propio

El CT enfoca así las enfermedades crónicas principalmente cuando debe intervenir para la administración de los contratos o la autorización de donativos, con un papel marginal para conocer sus avances o aprobar acciones para afrontar los grandes problemas de salud.

EL CT se ha mantenido sin cambios en su estructura y membresía desde la fundación del IMSS en 1943, reproduciendo el corporativismo de Estado con su estructura autoritaria y vertical, a pesar de que este ya fue desmantelado legal y operativamente en el resto de la sociedad. En efecto, el sindicalismo ha perdido fuerza y vigencia en el ámbito laboral y sólo 6.9 % de los asegurados están sindicalizados. Además, la estructura cupular del Congreso del Trabajo se ha debilitado y la membresía obligatoria de las cámaras a las confederaciones patronales, que fuera vigente desde 1919, fue cancelada en 2005 y sólo una pequeña parte de las empresas participan en las cámaras industriales y de comercio.²³ La representación gubernamental también está rebasada, enfocándose más en el control financiero y laboral que en el de salud y desarrollo social.

Los miembros del CT representan únicamente a los organismos de trabajadores y empleadores que los designan, careciendo de mecanismos para conocer los problemas de los asegurados fuera de sus propias organizaciones así como para representarlos. La conciliación de intereses se enfoca en el nombramiento de sus propios representantes para los consejos consultivos y comités que permean al IMSS, en nombrar a los directivos y en controlar los recursos financieros. La calidad de estas decisiones es pobre, sobre todo por la remoción de directores de los hospitales de alta especialidad cada tres años en promedio y por el prácticamente nulo enfoque en el desempeño de los programas de salud y bienestar. En su estructura, trayectoria y agenda, el CT es congruente con la conciliación de intereses de los actores representados y no tutela el derecho a la protección de la salud de los asegurados.

²³ O. Rodríguez Araujo, Fundación y muerte del Congreso del Trabajo. *La Jornada*, 31 de marzo, 2016. <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/31/opinion/019a2pol> Consultado el 21 de abril de 2018. Ley de Cámaras Empresariales y sus Confederaciones, *Diario Oficial de la Federación*, 9 de junio de 2009.

Rendimientos decrecientes de la dependencia de trayectoria

El Seguro Social es un organismo corporativista de Estado que ha dominado la política de salud y bienestar al margen de la administración pública, de los gobiernos estatales, de la sociedad civil y del mercado. Lejos de ser una “conquista de los trabajadores”, el Seguro Social brindó rendimientos crecientes para la acumulación de capital bajo el modelo de sustitución de importaciones, hasta su agotamiento en los años 70. Si bien el IMSS redujo los conflictos obrero-patronales, lo hizo a costa de la autonomía de los grupos sociales y del desarrollo de las instituciones democráticas capaces de enfrentar los problemas emergentes. Los rendimientos de la gobernanza del IMSS son ahora decrecientes en la economía altamente urbanizada y orientada a los servicios y a la manufactura en mercados competitivos en el ámbito global.

La exclusión de la mayoría de la población del Seguro Social fue legitimada con modelos de asistencia social y solidaridad diseñados para perpetuar la desigualdad más que para combatirla. La alternancia del poder en 2000 rompió la legitimidad de la inequidad creando el SPSS. Si bien redujo las brechas financieras entre los segmentos, el SPSS se quedó corto respecto a las expectativas por la ineficiente gestión financiera y de servicios en sistemas estatales de salud débilmente gobernados tras décadas de segmentación y centralización financiera, encarando además complejos retos de afiliación. Si bien estos problemas fueron abordados en la administración del presidente Peña Nieto, quedó sin articularse un sistema de seguridad social universal capaz de responder a la inestabilidad del mercado laboral. Los rendimientos de la segmentación son ahora negativos al demostrarse que daña la salud de las personas, que desperdicia los recursos públicos y que no abona a la integración del mercado laboral.

El IMSS ha sido financiado con recursos fiscales que subsidiaron la industrialización a costa de la protección financiera de la mayoría de los ciudadanos. Sin embargo, el IMSS no respondió al agotamiento del modelo económico salvo con medidas de legitimación y sin establecer las estrategias para garantizar la previsión, la satisfacción de las nuevas necesidades y el apoyo a la productividad en un México abierto al mundo. Si bien es loable el incremento de recursos fiscales al SPSS y el cierre

de la brecha financiera, estos recursos son asignados por vías inconexas a la misma población que rota entre los segmentos del mercado laboral. La política fiscal y financiera tiene ahora rendimientos decrecientes al malgastar el dinero y exponer al gobierno como sostén de la desigualdad.

El monopolio del IMSS en la prestación de servicios de salud sustentó el modelo nacionalista con la pretensión de ofrecer servicios superiores a los existentes bajo otros modelos de carácter liberal y sobre todo para subordinar a los trabajadores y a los empresarios. Para ello se conformó una fuerza de trabajo leal con prestaciones superiores a las de la población protegida. El modelo aceleró el crecimiento y la regionalización de la infraestructura, pero tiene ahora rendimientos decrecientes al colocar en quiebra técnica al IMSS, al restringir la inversión y el gasto, y al generar resistencia al cambio entre los actores clave. La insatisfacción con los servicios, el alto gasto de bolsillo de los hogares asegurados y la perspectiva del pago del pasivo laboral por todos los mexicanos detienen el desarrollo económico y amenazan la paz social.

La Secretaría de Salud carece de la autoridad para regir al Seguro Social en el Sistema Nacional de Salud. En este contexto, la Asamblea y el CT gobiernan al IMSS para conciliar los intereses entre los “factores de la producción” en beneficio directo de una muy pequeña minoría de trabajadores sindicalizados y de sindicatos. La gobernanza corporativista incide en la toma de decisiones en todas las áreas del IMSS con efectos negativos en la rotación de funcionarios, sin responder a los grandes retos de previsión y salud de los asegurados y a las amenazas que enfrentan todos los mexicanos.

Principios de reforma

El modelo corporativista de Estado del Seguro Social está agotado y sus rendimientos son negativos en la cohesión y en la gobernanza de los mexicanos. Las reformas deben romper con la dependencia de trayectoria en las decisiones basadas en el corporativismo para vincular la promoción de la salud y la prevención de largo plazo, así como la atención médica y la productividad.¹ El análisis de las diez grandes cuestiones sugiere los siguientes principios disruptivos para el Seguro Social del mañana:

1. Promover la cohesión social privilegiando los valores de la seguridad social democrática.
2. Apoyar la economía y el bienestar social alineando las estrategias del IMSS al entorno de las necesidades de salud y de la competencia en el entorno mundial.
3. Contribuir a un piso básico de seguridad social enfocando el pleno empleo, la continuidad de beneficios, el combate a la pobreza y los determinantes sociales de la salud.
4. Reconocer que todos los mexicanos son acreedores y usuarios del IMSS, abriendo la oferta a todos los demandantes con base en la gestión financiera eficiente.
5. Garantizar la continuidad de la atención y la confianza entre las personas y sus equipos de salud a lo largo del ciclo de vida.
6. Empoderar a los ciudadanos para que exijan sus derechos mediante la competencia entre gestores financieros y entre prestadores.
7. Resolver el pasivo y la inequidad laborales dando oportunidad a que los trabajadores públicos de salud homologuen sus ingresos con base en el desempeño.
8. Reformar el derecho a la salud para sustentar un sistema nacional de salud que regule a todos los financiadores y prestadores por igual.
9. Separar las funciones de recaudación, gestión financiera y prestación de servicios con base en organismos autónomos dirigidos profesionalmente de cara al legislativo.
10. Romper con el corporativismo del Seguro Social, integrándolo a la Administración Pública federal y estatal y a la participación social en el ámbito democrático.

¹ J. Frenk, O. Gómez Dantés, F. M. Knaul, H. Arreola Ornelas, Hacia la universalización de la salud. Nexos, 1 de marzo de 2018.

Bibliografía consultada

Libros, artículos y documentos

- ABEL-SMITH, B., The Beveridge Report: Its origins and outcomes. *International Social Security Review*, vol. 45, núm. 1-2, pp. 5-16, 1992.
- ALI, M., BULLARD, B., SAADDINE, J., COWIE, C., IMPERATORE, J., GREGG, E. Achievement of goals in US diabetes care 1999-2010. *The New England Journal of Medicine*, 2013, vol. 368, núm. 17, pp. 1613-24. doi:10.1056/NEJMsa1213829.
- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, J., et al., *Historia de la salubridad y de la asistencia en México, t. II, Historia de la salubridad desde 1910 hasta 1960*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, J., Servicios médicos rurales cooperativos en la historia d la salubridad y de la asistencia en México, en Hernández Lamas, H. (Ed.), *La atención médica rural en México 1930-1980*. Ciudad de México, IMSS, 1984.
- ANDERSON, C., *Bankers as revolutionaries: Politics and development banking in Mexico*, en Glade, W. y Anderson, C., *The political economy of Mexico*. Madison, University of Wisconsin Press, 1963.
- ARCE CANO, G., *Los seguros sociales en México*. Ciudad de México, Ediciones Botas, 1944.
- ARVIZU, J. y MORALES, A., Se pronuncia Narro por fortalecer intercambio en instituciones de salud. *El Universal*, 11 de octubre de 2016.
- AZUARA, O. & MARINESCU, I., Informality and the expansion of social protection programs, Working Paper 35073, Munich, University Library of Munich, 2011.
- BARROS, R., Wealthier but not much healthier: Effects of a health insurance program for the poor in Mexico, mimeo, Stanford University, 2008.
- BECERRIL, I., Un cabildero te revela el rol de su gremio en las reformas. *El Financiero*, 2014. <http://www.elfinanciero.com.mx/economia/gobierno-utiliza-servicios-de-cabilderos-privados>. Consultado el 1 de abril de 2018.
- BENSUSÁN, G. y MIDDLEBROOK K, *Sindicatos y política en México: cambios, continuidades y contradicciones*. Ciudad de México, UAM, FLACSO, CLACSO, 2013.

- BEVERIDGE, W., Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, vol. 78, núm. 6, pp. 847-855.
- BOSCH, M., CAMPOS VÁZQUEZ, R. M., The trade-offs of social assistance programs in the labor market: the case of the "Seguro Popular" program in Mexico. Documento de trabajo núm. XII, 2010. Ciudad de México, Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México.
- CAMPOS VÁZQUEZ, R. y KNOX M. A., Social protection programs and employment. The case of Mexico's Seguro Popular Program. *Economía Mexicana*, Nueva época, vol. XXII, núm. 2, segundo semestre de 2013, pp. 403-448.
- CARAZO PRECIADO, J. L., IMSS, una lección costosa para México. Crónica.com.mx., 14 de octubre de 2005. <http://www.cronica.com.mx/notas/2005/207257.html> Consultado 31 de marzo de 2018. *Crónicas*. Revista de Actualidad, Cultura, Política y Opinión. <https://www.facebook.com/CRONICASREVISTA/posts/588859887815893>
- CARBAJAL GUERRA, M. E. y ORTEGA HERNÁNDEZ, B., Relación entre calidad de vida, satisfacción laboral, apoyo social e identificación grupal con las actitudes hacia la nueva reforma al régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS: estudio de un caso. Tesis, Cholula, Universidad de las Américas Puebla, 2005.
- CARMONA DÁVILA, D. A., Es establecida la Casa del Obrero Mundial. Memoria política de México. Recuperado de: <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/9/22091912.html>. Consultada el 15 de abril de 2018.
- CARMONA DÁVILA, D. A., Se funda la CONCAMIN; CONCANACO. Memoria Política de México. Nueva edición perenne 2018. Recuperado de: <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/9/13091918.html> . Consultado el 27 de marzo de 2018.
- CASTRO, J. Informal, 97.6% de trabajadores domésticos en México, *Excélsior*, 20 de marzo de 2017. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/03/30/1154972>
- CLARK, M., *La organización obrera en México*, Ciudad de México, Ed. Era, 1979.
- Cohen, W., The First Inter-American Conference on Social Security. *Social Security Bulletin*, octubre de 1942.
- COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL del IMEF, Análisis técnico sobre el régimen de jubilaciones y pensiones (RJP) establecido en el contrato colectivo de trabajo (CCT). *Boletín técnico IMEF*, núm. 28, 2004, pp. 1-10.
- CONSEJO COORDINADOR EMPRESARIAL, Presentación a la Comisión de Seguridad Social, Salud y Pensiones. México D. F., CCE, 27 de mayo de 2015.
- DEFERME, J., DE MAEYER, J., Entre sciences sociales et politique. La pensée leplay-sienne et les milieux catholiques belges. *Les Études Sociales*, 2009, vol. 1, núm. 149-150, pp. 147-166.

- DOUBOVA S., BORJA ABURTO V. H., GUERRA G., SALGADO DE SNYDER V. N., GONZÁLEZ BLOCK, M. A. Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in Mexico. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 30, núm. 4, 2018, pp. 283-290.
- EKSTRÖM, N., SVENSSON, A. M., MIFTARAJ, M., SUNDELL, K. A., CEDERHOLM, J., ZETHELIUS, B., ELIASSON, B., GUDBJÖRNSDOTTIR, S. Durability of oral hypoglycemic agents in drug naive patients with type 2 diabetes: Report from the Swedish National Diabetes Register (NDR). *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 2015; 3:e000059. doi:10.1136/bmjdr-2014-000059.
- FIGUEROA LARA, A., GONZÁLEZ BLOCK, M. A., ALARCÓN, J. Medical expenditure for chronic diseases in Mexico: The case of selected diagnoses treated by the largest care providers. *Plos One* 2016, vol. 11, núm. 1: e0145177. doi:10.1371/journal.pone.0145177
- FLORES, S., SATURNO, P., REYES, H., BARRIENTOS, T., VILLALPANDO, S., HERNÁNDEZ, M. Quality of diabetes care: The challenges of an increasing epidemic in Mexico. Results from two national health surveys (2006 and 2012). *Plos One* 2015; julio 31; vol. 10, núm. 7: e0133958. doi: 10.1371/journal.pone.0133958. eCollection 2015.
- FRENK, J., GÓMEZ DANTÉS, O., KNAUL, F. M., ARREOLA ORNELAS, H. Hacia la universalización de la salud. *Nexos*, 1 de marzo de 2018.
- FRENK, J., GONZÁLEZ-PIER, E., GÓMEZ-DANTÉS, O., LEZANA, M. A. y KNAUL, F. M., Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, vol. 49, núm 1, 2007, pp. 23-36.
- GALLO, S. Dictatorship and international organizations: The ILO as a 'test ground' for fascism, en Sandrine Kott & Joelle Droux, *Globalizing social rights. The International Labour Organization and beyond*. Geneva, ILO, 2013.
- GARCÍA CRUZ, M., *La seguridad social en México: bases, evolución, importancia económica, social, política y cultural. vol. I, 1906-1958*. Ciudad de México, Costa-Amic, 1973.
- GARCÍA CRUZ, M., *La seguridad social, en México: 50 años de Revolución*. México, FCE, 1960.
- GARCÍA NIETO, H. U., PACHECO ESPEJEL, A. A. (Coords.), *El Instituto Mexicano del Seguro Social y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores*. México, D. F., Instituto de Estudios del Trabajo, Fundación Friedrich Ebert, 2004.
- GONZÁLEZ BLOCK M. A. y FIGUEROA LARA A., Propuesta de paquetes de decisión para el Presupuesto Base Cero en preparación del Ejercicio Fiscal 2016, de los principales programas presupuestarios en salud. Grupo de Pensamiento de Participación Público-Privada hacia la Cobertura Universal del Sistema Nacional de

- Salud. Consejo Promotor de Universalidad y Competitividad en Salud. Funsalud, mayo 4 de 2015
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A. (Coord.), *Diagnóstico de los retos para la cobertura universal en salud*. Ciudad de México, Fundación Mexicana para la Salud.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A. Access policies and utilization patterns in prenatal and child delivery care in Mexico. *Health Policy and Planning*, vol. 9, núm. 2, 1994, pp. 204-212.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A. El traslape de la demanda institucional en el sistema nacional de salud de México: limitaciones en la integración sectorial. *Salud Pública de México*, 1988, vol. 30, núm. 6, pp. 804-814.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A. y DÍAZ, S., La separación de las funciones financieras y de prestación de servicios de salud en el Seguro Popular. Formulación, alcances y retos de la reforma del 4 de junio de 2014. Ciudad de México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2018.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A. y MARTÍNEZ GONZÁLEZ, G., Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada. México, AMIS-Funsalud, 2015.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A. y SCOTT, J., Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas, en De Olivera, O. y Cortés, F., (Coords.), *Los grandes problemas de México, vol. V. Desigualdad social*. Ciudad de México, Colegio de México, 2010.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A., Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México. *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 3, 1990, pp. 331-57.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A., LEYVA, R., ZAPATA, O., LOEWE, R. y ALAGÓN J, Health services decentralization in Mexico: Formulation, implementation and results of policy. *Health Policy and Planning*, vol. 4, núm. 1, 1989, pp. 301-315.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A., LÓPEZ SANTIBÁÑEZ, C., et al., Evaluación de las estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Resúmenes Ejecutivos. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
- GONZÁLEZ BLOCK, M. A., SAUCEDA, A. L., SANTA ANA, Y. Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. *Salud Pública*, 2010, vol. 52, núm. 5, pp. 416-423.
- GONZÁLEZ BLOCK, M.A., ALDAPE, R., CAHUANA, L. y DÍAZ, S., *El subsistema privado de salud en México. Retos y oportunidades*. Huixquilucan, Universidad Anáhuac, 2018.
- GONZÁLEZ BLOCK, M.A., *Ideología de las enfermedades ocupacionales y dinámica social en un contexto industrial de México*. Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1980.

- GUERRA OCHOA, M. T., La seguridad social de los trabajadores del campo en México. Ponencia presentada en el 5º Congreso de la Asociación Iberoamericana de Juristas del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social Dr. Guillermo Cabanellas, 7 de noviembre de 2007.
- GUERRA, G., CALDERÓN, E., SALGADO DE SNYDER, V.N., DOUBOVA, S., BORJA ABURTO V. H. & GONZÁLEZ BLOCK, M. A. Loss of job-related right to health-care due to employment turnover: challenges for the Mexican health system. En prensa, Health Services Research, 2018.
- HEWITT DE ALCÁNTARA, C., *Modernizing Mexican agriculture: Socioeconomic implications of technological change 1940-1970*. Ginebra, UNRISD, 1976.
- IBARRA, I., MARTÍNEZ, G., AGUILERA, N., OROZCO, E., FAJARDO-DOLCI, G., GONZÁLEZ BLOCK, M. A. Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. *Salud Pública de México*, 2013, vol. 55, núm. 3, pp. 310-317.
- IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012-2013*. Ciudad de México, IMSS, 2013.
- IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014-2015*. México D. F., IMSS, 2015.
- IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015-2016*. México D. F., IMSS, 2016.
- IMSS, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016-2017*. México D. F., IMSS, 2017.
- IMSS, Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación, 30 de noviembre de 2006.
- INEGI, *Estadísticas Históricas de México*, Tomo I. Ciudad de México, INEGI, 1986.
- INEGI, Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo. Boletín de prensa núm. 198/15, Aguascalientes, 15 de mayo, s/f.
- INEGI, Se difunden estadísticas detalladas sobre las micro, pequeñas y medianas empresas del país, Boletín de prensa núm. 285/16, 13 de julio de 2016. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_07_02.pdf Consultado el 18 de abril de 2018.
- JIMÉNEZ YÁÑEZ, Reforma al Régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS. Tesis. Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2006.

- La filosofía del programa IMSS-COPLAMAR, en riesgo de perderse reconoce el coordinador. *Proceso*, 9 de mayo de 1981. Recuperado de: <https://www.proceso.com.mx/130984/la-filosofia-del-programa-imss-coplamar-en-riesgo-de-perderse-reconoce-el-coordinador>. Consultado el 8 de abril de 2018.
- LEVY, S. *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality and economic growth in Mexico*. Washington, D. C., Brookings Institution Press, 2008.
- Ley de Cámaras Empresariales y sus Confederaciones, *Diario Oficial de la Federación*, 9 de junio de 2009.
- LOAEZA, La reforma política de Manuel Ávila Camacho. *Historia Mexicana*, vol. LXIII: núm. 1, 2013, p 283.
- LÓPEZ VILLEGAS, V., En el periodo de la unidad nacional y de la Segunda Guerra Mundial. 1940-1946, en Aguilar García, J., *Historia de la CTM 1936-2006. El movimiento obrero y el Estado mexicano*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- MACÍAS VÁZQUEZ, M. C., *Trabajo del campo*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Publicación Electrónica, núm. 6, 2012.
- MALLOY, J. M., Statecraft and social security policy and crisis: A comparison of Latin America and the United States, en Mesa-Lago, ed., *The crisis of social security and health care. Latin American experiences and lessons*. Pittsburgh, University of Pittsburgh, 1985.
- Manual de percepciones de los servidores públicos. *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo de 2016. Anexo 3B.
- MARTÍNEZ, M.P., Mujeres, con apenas 36.6% del empleo formal en México. *El Economista*, 18 de enero de 2017. Recuperado de: <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Mujeres-con- apenas-36.6-del-empleo-formal-en-Mexico-20170119-0020.html>. Consultado el 1 de abril de 2018.
- MÉNDEZ, J. S., Gasto en salud per cápita, *CIEP*, 5 de febrero de 2018.
- MESA-LAGO, C., *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Nueva York, Naciones Unidas, 1985.
- MESA-LAGO, CARMELO (ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas*. México, Fondo de Cultura Económica, 1986.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2012.
- OMS, Principios de la Constitución de la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/about/mission>
- PIERSON, P., Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *The American Political Science Review*, vol. 94, núm. 2, 2000, pp.251-267.

- POZAS HORCASITAS, R., *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965*. México, D.F., Siglo Veintiuno Editores, 1993.
- PwC, *Diez grandes cuestiones de la industria de la salud en México*. Ciudad de México, PwC, 2017.
- RAMOS TORRES, R. J., México e Italia, su relación en los años del callismo y del fascismo. Tesis de maestría en Estudios Políticos y Sociales, Ciudad de México, UNAM, 2014.
- RHODAKANATY P. C., Cartilla Socialista, en Valadés, J. C., *Noticia sobre el socialismo en México durante el siglo XIX. Estudios de historia moderna y contemporánea de México*. UNAM, s/f. Recuperado de <http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/moderna/vols/ehmc03/018.pdf>
- RODRÍGUEZ ARAUJO, O., Fundación y muerte del Congreso del Trabajo. *La Jornada*, 31 de marzo, 2016. <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/31/opinion/019a2pol> Consultado el 21 de abril de 2018.
- ROUAIX, P., *Génesis de los artículos 27 y 123 de la Constitución Política de 1917*. Ciudad de México, Biblioteca Constitucional INEHRM, 2016.
- SALDÍVAR REINOSO, El surgimiento del seguro social en México como un servicio público nacional obligatorio 1917-1943. Tesis, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2001.
- SALGADO DE SNYDER, V.N., GUERRA G, PELCASTRE, B., JIMÉNEZ, P. & GONZÁLEZ BLOCK M. A. Percepción de barreras, uso y satisfacción de servicios en las clínicas del IMSS por parte de personas con diabetes según su edad, sexo y rotación laboral. Enviado a publicación, Salud Pública de México.
- SÁNCHEZ DE DIOS, M., Estudio comparado de path dependence del estado de bienestar en los casos de USA, Suecia y España. *Revista de Estudios Políticos* (Nueva época), núm. 124, abril-junio, 2004, pp. 95-128.
- SCHETTINO, M., *Cien años de confusión. La construcción de la narrativa que legitimó al régimen autoritario del siglo xx*. Ciudad de México, Paidós, 2016.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-junio 2017*. Ciudad de México, CNPSS, 2017.
- SOBERÓN, G., *El médico, el rector*. Ciudad de México, FCE, 2016.
- VARGAS, R., Deja cargo octogenario líder de la CROM. *Frecuencia Laboral*, 21 de mayo de 2010. Recuperado de: <http://www.frecuencialaboral.com/cromrenueva-directiva.html>. Consultado 31 3 de noviembre de 2017.
- WIARDA, H. J., *Corporatism and comparative politics*. Nueva York, M. E. Sharpe, 1997.
- WIKIPEDIA, Enrique Solana Sentíes. https://es.wikipedia.org/wiki/Enrique_Solana. Consultado 1 de abril de 2018. Camp, R.A., *Entrepreneurs and Politics in Twentieth-Century Mexico*. Nueva York, Oxford University Press, 1989.

- WIKIPEDIA, Juan Moisés Calleja García. https://es.wikipedia.org/wiki/Juan_Mois%C3%A9s_Calleja_Garc%C3%Ada. Consultado el 31 de marzo de 2018. Cámara de Diputados, página web. <http://sitl.diputados.gob.mx/curricula.php?dipt=423>
- ZEPEDA MARTÍNEZ, R., Disminución de la tasa de trabajadores sindicalizados en México durante el periodo neoliberal. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 51, núm. 207, 2009, pp. 57-81.
- ZÚÑIGA, N., Cancela IMSS subrogación de diabetes. *Reforma*, 4 de julio de 2015. Recuperado de: <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/articulo/default.aspx?id=582676&md5=d977e7f3c6b4391d6a244bc2392026e4&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&po=4> Consultado 2 de abril de 2018.

Documentos históricos

- BAZ, G. Se establecen las bases necesarias para la cooperación que Asistencia Pública prestará al Instituto Mexicano del Seguro Social. Oficio 200/4 núm. 02. 22 de mayo de 1943.
- Cámara de Diputados, Proyecto de ley para remediar el daño procedente del riesgo profesional, en Mendoza Barrueto M.G., Lombera Pallares E. y Remolina Roquení F. (Coords.), *Antecedentes de la Ley del Seguro Social*. México DF, IMSS, 1970.
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Aprobación del proyecto de Ley del Seguro Social por la Confederación Interamericana de Seguridad Social, en Barrueto *et al.*, *op. cit.*
- Decreto por el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de octubre de 1943.
- España, Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de diciembre de 1942.
- Exposición de motivos del proyecto de Ley de Seguros Sociales, 26 de marzo de 1938, en Mendoza Barrueto M.G. *et al.*, *op. cit.*
- IMSS, Análisis de las relaciones que debe tener el Instituto del Seguro Social con la Secretaría de Asistencia Pública. Apéndice "B", Acta XX, 2 de julio de 1943.
- IMSS, Consejo Técnico, acuerdo No. 69 del 25 de septiembre de 1943. Archivo Histórico del IMSS Ignacio García Téllez.
- IMSS, Consejo Técnico, acuerdo No. 75 del 30 de septiembre de 1943. Archivo Histórico del IMSS Ignacio García Téllez.
- IMSS, Consejo Técnico, Revisión de gastos del IMSS para enero de 1943. 24 de febrero de 1943. Archivo Histórico del IMSS Ignacio García Téllez.

IMSS, Departamento de Afiliación y Estadística, Memorándum sobre los cuadros de población. México, D. F., 26 de febrero de 1943.

IMSS, Oficio al presidente Ávila Camacho con el plan generalizado de servicios médicos. México, D. F., 1º de septiembre de 1943.

IMSS, Reglamento de la Ley del Seguro Social en lo relativo a la inscripción de patrones y trabajadores, funcionamiento de la dirección general del instituto y sesiones del consejo técnico. *Diario Oficial de la Federación*, 14 de mayo de 1943.

Italia, Ley del 11 de enero de 1943, Costituzione dell'Ente Mutualità fascista - Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori. Recuperado de <http://www.laprevidenza.it/notizie/legislazione/constituzione-dell-ente-mutualita-fascista-istituto-per-l-assistenza-di-malattia-ai-lavoratori-legge-11-gennaio-1943-n-138>. Consultado el 1 de junio de 2018.

Ley de Accidentes de Trabajo de Bernardo Reyes, Estado de Nuevo León, 9 de noviembre de 1906, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Ley de accidentes de trabajo de José Vicente Villada, Estado de México, 30 de abril de 1904, en Mendoza Barrueto M.G., Lombera Pallares E. y Remolina Roquení F. (Coords.), *Antecedentes de la Ley del Seguro Social*. México DF, IMSS, 1970.

Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de marzo de 1973.

Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre de 1995.

Ley del Trabajo de Salvador Alvarado, Yucatán, en Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Ley por la cual se reforman los artículos 73 y 123 de la Constitución General de la República, 31 de agosto de 1929, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Minutas, Comisión Técnica del Seguro Social, junio de 1941.

OIT, Opinión de la OIT sobre el anteproyecto de Ley del Seguro Social, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Proyecto de Capítulo del Seguro Social, formulado por la Comisión designada por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, 5 de noviembre de 1928, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Proyecto de Ley del Seguro Social. La Comisión de Previsión Social. Discurso del diputado Alejandro Carrillo, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Proyecto de Ley Federal de Trabajo formulado por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, 12 de marzo de 1931, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Proyecto de Ley para la creación del Seguro Obrero, 2 de junio de 1921, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Proyecto de Ley que reforma las fracciones VI, IX y XXIX del artículo 123 de la Constitución, 30 de septiembre de 1924, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Proyecto de Ley sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Presentado por las Comisiones Unidas de Trabajo y Previsión Social a la Cámara de Di-

putados del Congreso de la Unión, 3 de septiembre de 1925, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Reforma a la Ley del Trabajo de Manuel Aguirre Berlanga, Estado de Jalisco, 28 de diciembre de 1915, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Rockefeller N., Discurso ante la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Santiago de Chile, 1942. Citado por el senador Arturo Martínez Adame, Discusión y aprobación del Proyecto de Ley del Seguro Social por el Congreso de la Unión. Dictamen de la Comisión de Previsión Social de la Cámara de Diputados, en Mendoza Barrueto *et al.*, *op. cit.*

Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Decreto que implanta en el Distrito Federal los seguros obligatorios de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, no profesionales, y otros que en él se indican, *Diario Oficial*, 15 de mayo de 1943.

Stein, O., Opinión de la Organización Internacional del Trabajo sobre el anteproyecto de Ley del Seguro Social, 4 de agosto de 1942. Montreal, 4 de agosto de 1942.

The Secretary of State to the Ambassador in Mexico (Messersmith). Foreign Relations of the United States: Diplomatic Papers, 1945, The American Republics, vol. IX, enero 12 de 1945. Recuperado de: <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1945v09/d943>. Consultado el 6 de abril de 2018.

Tratado del Atlántico, agosto 14, 1941. Recuperado de: <http://avalon.law.yale.edu/wwii/atlantic.asp> Consultado el 15 de abril de 2018.

Páginas web

CONCAMIN, página web. http://concamin.mx/?page_id=191. Consultado el 30 de marzo de 2018.

CONCANACO, página web. <http://www.concanaco.com.mx/que-es-la-concanaco>. Consultado el 18 de enero de 2018.

CONEVAL, Ficha de monitoreo 2015-2016 del Programa de Jornaleros Agrícolas. Ciudad de México, CONEVAL, 2016.

CROC, página web. <http://www.croc.org.mx/ms/cen.php>. Consultado el 1 de abril de 2018.

CROC, Reunión de trabajo con el director general del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://consejeriacroc-imss.com/blog/> Consultado 3 de noviembre de 2017.

CTM-SEGOB-CONAVIM, Convenio de colaboración. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/111479/Convenio_Segob_CTM.pdf

Gobierno de México. 105 Asamblea General Ordinaria del IMSS. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/presidencia/articulos/105-asamblea-general-ordinaria-del-imss>. Consultado el 11 de abril de 2018.

IMSS, Infraestructura de IMSS-Prospera. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>. Consultado el 8 de abril de 2018.

IMSS, Memoria estadística 2011-2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2017>

IMSS, Memoria estadística, cuadro No. I.73. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2016>. Consultado el 1 de junio de 2018.

INEGI, Población Económicamente Activa, IV trimestre de 2016. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/cuadrosestadisticos/GeneraCuadro.aspx?s=est&nc=603&c=25620>- Consultado el 14 de abril de 2018.

INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Indicadores estratégicos. Segundo trimestre de 2016. Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/regulares/enoe/tabulados/15ymas/indicadores_estrategicos_15ymas_2016_trim2_xls.zip. Consultado el 13 de mayo de 2017.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Sistema de Consulta de Agrupaciones Sindicales. Disponible en: <https://www.gob.mx/stps/acciones-y-programas/sistema-de-consulta-de-agrupaciones-sindicales>. Consultado en noviembre de 2017.

Sistema de Información Empresarial Mexicano (SIEM), Recuperado de: <https://www.siem.gob.mx/siem/estadisticas/BrutoXedo2017.asp?p=1>. Consultado el 30 de marzo de 2018.

