



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ECONOMÍA**



# **EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO, EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2008-2018**

## **TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ECONOMÍA  
P R E S E N T A:**

**DANIEL ZAVALA FLORES**

**DIRECTOR DE TESINA: MTRO. OSCAR ANTONIO MIGUEL**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. JUNIO DE 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# DEDICATORIAS

A mis padres Daniel y Ana Rosa la estrella más brillante del cielo, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un objetivo más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y tenacidad, de no temer las adversidades y superarlas.

A mis hijos Emilio, Santiago, Bruno y Maximiliano, quienes en el día a día con su amor me dan la fuerza y la energía para no rendirme y continuar hasta el fin.

A mis hermanas Elsa, Ana Hilda y Lucía por su cariño y apoyo incondicional, por estar conmigo en todo momento.

Quisiera darle las gracias a mucha gente. Han sido tantas las personas que a lo largo de los años me ayudaron, que seguro no podría nombrarlos a todos.

# AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a la Universidad Nacional Autónoma de México, y a la Facultad de Economía, a mis profesores, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, también, gracias a cada uno de mis compañeros por su apoyo, su cooperación, por su paciencia, y amistad.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Mtro. Oscar Antonio Miguel, durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo y conclusión de este trabajo.

Por último, mi reconocimiento a mis sinodales; el Mtro. Oscar Antonio Miguel; Ing. Alejandro Pérez Pascual; Lic. Agustín Moreno Suárez; Dra. Leticia González Rabadán y Dr. Raúl Carbajal.

---

# **EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO, EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2008-2018**

INTRODUCCIÓN	1
<b>CAPÍTULO 1. EL DESARROLLO SOCIAL EN MÉXICO Y ORÍGENES DEL IMSS</b>	
Generalidades	4
Antecedentes	5
Contenido de la Ley General de Desarrollo Social	11
Marco Legal de la Ley General de Desarrollo Social	17
Propuestas de modificar la Ley General de Desarrollo Social	18
Programas y acciones de Desarrollo Social	19
Programas Sociales	21
Orígenes del IMSS	24
La primera unidad habitacional del IMSS	29
<b>CAPÍTULO 2. LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO</b>	
Antecedentes	31
El sistema mexicano de salud	33
Características de la Salud en México	36
El financiamiento de la salud en México	40
La universalización de la salud en México	42
El Sistema de Protección Social en Salud	44

---

La Reforma del IMSS de 1995	47
La Reorganización Administrativa del IMSS de 1995	49
Nueva Reforma Complementaria del IMSS 2001	50
Acciones de la Reforma del 2001	52

**CAPÍTULO 3. EL IMSS, 2008-2018**

Generalidades del IMSS	56
Transiciones demográficas en el IMSS	58
Contexto económico del IMSS	63
Situación financiera general	64
Ingresos y Aseguramientos en el IMSS	68
Formalización del empleo en el IMSS	71
Aseguramiento en el IMSS	74
Asegurados trabajadores	75

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>77</b>
---------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>80</b>
---------------------	-----------

# INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, el financiamiento público para la atención del sector salud del país ha aumentado de forma significativa. Principalmente se ha incrementado el gasto dirigido a la población que no tiene acceso a la seguridad social, con lo cual se busca cerrar las brechas del financiamiento entre la población que cuenta con ella y la que carece de la misma.

No obstante, existen indicios de que el incremento constante del gasto no se está traduciendo, al mismo ritmo, en mejoras de salud para la población, mayor número de servicios otorgados, así como a mayores recursos físicos y materiales destinados a dicho propósito.

En general, se observa que el sistema de salud mantiene un elevado costo administrativo que distrae recursos del cuidado médico de la población, la asignación del financiamiento público mantiene una tendencia inercial y el uso de los recursos está restringido por una estructura poco integrada del sistema de salud.

El gasto público en salud del país ha registrado un aumento importante en los últimos años.

De hecho, se observa un crecimiento de los recursos públicos por persona en este rubro al pasar de un gasto de 1,235 pesos por habitante en 1990 a 3,125 pesos en 2008, lo que significa un crecimiento del 153%. Se espera que en los próximos años haya un incremento mayor del porcentaje de ingresos disponibles destinados a salud en el país y en la mayor parte del continente.

El principal rubro que explica el incremento del gasto público en salud es el financiamiento destinado a la población que carece de seguridad social a través del Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular y administrado a nivel federal en materia de afiliación y comprobación de gastos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Actualmente, este sistema da cobertura a 31 millones de personas y, en comparación con las instituciones de salud del país, ocupa el segundo lugar en tamaño y cobertura de población. En primer lugar, se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Por otro lado, cabe mencionar que el sistema de salud pública en México nació fragmentado en dos grandes componentes: los servicios de salud para la población asegurada, ofrecidos por las instituciones de seguridad social, y los servicios para la población no asegurada, provistos principalmente por la secretaría de salud y sus equivalentes estatales.

La seguridad social es la forma de organización dominante, y dentro de ella la institución más grande es el IMSS, con más de 20 millones de asegurados asociados a un empleo en 2018. Los organismos para trabajadores del sector público central son el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que afilia más de 13 millones de personas entre trabajadores activos, pensionados y sus beneficiarios, y los organismos homólogos de los gobiernos estatales, Petróleos Mexicanos (Pemex) con más de 700 mil beneficiarios de sus servicios de seguridad social y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) con una población usuaria de sus servicios de casi 1.2 millones, integrada por militares en activo, militares pensionados, derechohabientes y pensionistas.



Por todo lo anterior, esta tesina se desarrolla en tres capítulos.

En el primer capítulo, se describe y puntualiza la importancia del Desarrollo Social en México, además se señalan los orígenes y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En el segundo capítulo, se señala la importancia de la protección social en nuestro país, haciendo mención a la importancia que tiene el sistema mexicano en cuestión de salud, así como sus características y financiamiento que tiene la protección social en cuestión de salud.

Por último, en el tercer capítulo se desarrolla en particular, las generalidades del IMSS en el periodo 2008-2018, sus ingresos, gastos, formalización de empleos y ingresos y aseguramientos que hay en el instituto.

# CAPÍTULO 1

## EL DESARROLLO SOCIAL EN MÉXICO Y ORÍGENES DEL IMSS

### **Generalidades**

El Desarrollo Social de un país se entiende como la suma diferenciada, ordenada y sistematizada de políticas públicas aplicadas por el Estado y sustentadas en la participación social, para elevar la calidad de vida de la población, de los municipios, de las entidades federativas, y de la hoy Ciudad de México, así como del país en un marco de respeto a la pluralidad cultural y social, procurando la generación de condiciones para la libre gestión de bienestar individual y colectivo.

Por lo tanto, el desarrollo social se entiende como un proceso planeado de cambios, cuyos objetivos son:

- Hacer efectivos los derechos sociales.
- Elevar el bienestar de la población.
- Permitir la superación de pobreza y el riesgo de pobreza de manera sostenida y sostenible.
- Disminuir la desigualdad social.

La política social seguida en nuestro país en las décadas de los sesenta y setenta, basada en un modelo de estado denominado Estado de Bienestar Social, estuvo orientada a destinar un amplio rango de gasto público a programas sociales. Sin embargo, esto resultó en efectos negativos en los servicios sociales y en el

sistema estatal de seguridad social, ya que este gasto se hizo insostenible y no se pudieron establecer procesos de crecimiento económico en el país, desencadenando así una crisis recurrente en nuestra economía. En consecuencia, el gasto público destinado a servicios sociales retrocedió considerablemente desde los años 80, por lo que el sistema de seguridad social, el sistema de salud pública y el de educación, se vieron seriamente afectados.

Ante este panorama de crisis social y empobrecimiento de gran parte de la población, la política social jugó un papel clave para contrarrestar las consecuencias desfavorables que enfrentó la sociedad en el país.

Como consecuencia a lo anterior se propuso crear una ley que ayudara a resolver estas situaciones sociales. ***La Ley General de Desarrollo Social.***<sup>1</sup> Entre sus contenidos más importantes de la Ley destacan:

- Establecer el ejercicio de derechos sociales como objetivo de la Política Nacional de Desarrollo Social.
- Define los objetivos, principios, vertientes e instrumentos de dicha política.
- Crea el Sistema Nacional de Desarrollo Social.

### **Antecedentes**

La Ley General de Desarrollo Social es resultado de un proceso de más de tres años en el que integrantes de la H. Cámara de Diputados de la LVII y LVIII Legislaturas presentaron iniciativas con proyecto de ley, encontrándose en un contexto de revalorización y reorientación de la política social, siendo la lucha contra la pobreza, la privatización, la desregulación y la descentralización las nuevas directivas de acción en la Política Social. Durante las mencionadas

---

<sup>1</sup> Ley General de Desarrollo Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 20 de enero de 2004.

Legislaturas fueron turnadas a la Comisión de Desarrollo Social para su análisis y dictamen las siguientes iniciativas:

- a) Iniciativa con proyecto de Ley para crear la Ley General de Desarrollo Social, presentada por la Diputada Clara Marina Brugada Molina, del Partido de la Revolución Democrática el 28 de abril de 2000.*

Esta iniciativa surge, según su exposición de motivos, con el propósito de redimensionar el desarrollo desde la perspectiva de una reforma social que aportará elementos a la reforma general de un Estado, que debía recuperar su responsabilidad social y generar un proceso incluyente de equidad y justicia<sup>2</sup>. Una de las justificaciones más relevantes que presentaba era que el Producto Interno Bruto real orientado al gasto social en 1999, año anterior al de la presentación de la iniciativa, era menor al destinado en 1994, al igual que la proporción del gasto social respecto al programable.

De acuerdo a la iniciativa presentada por la entonces Diputada Brugada, la creación de esta ley se concebía como el marco que fortalecería la normatividad vigente en la materia. El objeto de regulación de la iniciativa era la política nacional de desarrollo social, precisando los objetivos, principios, instrumentos y lineamientos presupuestales que los órdenes de gobierno deberían observar en la planeación y programación del desarrollo social, en el marco de un Sistema Nacional para el Desarrollo Social, cuya constitución era una de las propuestas.

Una aportación importante de esta iniciativa la constituyó el aseguramiento de que la proporción del gasto social respecto del programable se mantuviera al menos constante, con tendencia a crecer, y que no podría ser menor en términos reales al asignado el año anterior. También, de notable relevancia son los aportes en la definición y formas de medición de la pobreza.

---

<sup>2</sup> Exposición de Motivos de la Iniciativa con proyecto de Ley para crear la Ley General de Desarrollo Social, presentada por la Diputada Clara Marina Brugada Molina, del Partido de la Revolución Democrática, el 28 de abril de 2000.

Cabe mencionar que esta iniciativa de la Diputada Clara Brugada, también proponía la regulación de los Convenios Intergubernamentales e Intersectoriales, procurando la participación coordinada del gobierno federal, las entidades federativas, los municipios y los sectores público y privado en cuanto a la formulación, ejecución, instrumentación, evaluación y control de la política de desarrollo social.

El proyecto de ley también proponía la creación de la Comisión Nacional de Desarrollo Social, constituida por la Sedesol y los titulares de desarrollo social de las entidades federativas, la creación de Comités de Coordinación Regional con la función de controlar el desarrollo social en el ámbito de competencia de entidades y municipios, la constitución del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social cuya función sería evaluar los resultados y emitir recomendaciones sobre la materia, y finalmente, de la Procuraduría de los Derechos Sociales para promover e investigar el cumplimiento de los derechos sociales.

*b) Iniciativa con proyecto de ley para crear la Ley General de Desarrollo Social, presentada el 14 de diciembre de 2001, por el Diputado Esteban Daniel Martínez Enríquez, del Partido de la Revolución Democrática.*

En la exposición de motivos de esta iniciativa se manifestó la necesidad de establecer una red social e institucional que garantizará el acceso a todos los mexicanos a lo establecido en el “*artículo 1 de la Constitución Política respecto a las garantías individuales y a los derechos civiles, políticos y sociales*”<sup>3</sup>. Así mismo, proponía reglamentar y garantizar el acceso a los derechos sociales y

---

<sup>3</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 1. H. Cámara de Diputados. Leyes vigentes. 2009.

enunciar en una ley las correspondientes obligaciones prestacionales de los tres órdenes de gobierno.

En su contenido la iniciativa definía y explicitaba los programas de desarrollo social, como especiales y regionales con recursos provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, además de los realizados por las entidades federativas. También, proponía obligar a integrar en el Presupuesto de Egresos de la Federación, las partidas destinadas al gasto social, proponiéndose que éste sea mayor en términos reales, al del ejercicio fiscal anterior, y que el presupuesto destinado a la erradicación de la pobreza sea por lo menos del tres por ciento del Producto Interno Bruto (PIB).

Un punto importante en la iniciativa era lo referente a los convenios de desarrollo social entre la federación, entidades federativas y municipios, que serían los instrumentos de concurrencia entre estos tres órdenes de gobierno, retomando este punto de la iniciativa anterior.

Otra propuesta de la iniciativa era la creación del Sistema Nacional de Desarrollo Social como un mecanismo permanente de concurrencia, coordinación y concertación de los tres órdenes de gobierno, y de los sectores público y privado; también se creaba la Comisión Nacional de Desarrollo Social, al que se le atribuía la función de analizar y acordar los objetivos, estrategias y prioridades de la política nacional de desarrollo social.

Otra aportación relevante era el enaltecimiento de la participación social, que debería ser propiciada por las instituciones para la formulación, ejecución, evaluación y control de los planes y programas que propicien el desarrollo social.

*c) Iniciativa con proyecto de ley para crear la Ley de Desarrollo Social, presentada el 26 de marzo de 2002 por el Diputado Francisco J. Cantú Torres, del Partido Acción Nacional.*

Ésta iniciativa retoma la propuesta de creación del Sistema Nacional de Desarrollo Social, que apoyaría a la consolidación del federalismo en materia de estrategias y programas de desarrollo social, se proponía que dicho sistema se integrara por el Consejo Nacional de Desarrollo Social, los Consejos Locales y Regionales, el Consejo Consultivo Nacional y los Consejos Consultivos Locales y Regionales.

La integración del Consejo en esta iniciativa se justificaba por la necesidad de una conformación plural en la que hubiera participación de los titulares de las Secretarías involucradas en el desarrollo social del país, siendo consideradas las Secretarías de Desarrollo Social, Economía, Educación, Trabajo y Previsión Social y Salud.

Cabe mencionar que en la iniciativa se manifestaban que los programas y proyectos de desarrollo social serían ejecutados por los órdenes de gobierno en sus respectivos ámbitos de competencia y que dispondrían de un sistema de participación social y consulta abierta al público, para efectos de medir los avances en el combate a la pobreza se designaba al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática la facultad de elaborar índices cuantitativos de la esperanza de vida al nacer, de educación, salud, vivienda y alimentación.

*d) Iniciativa con proyecto para crear la Ley General de Desarrollo Social, presentada por el Diputado Narciso Alberto Amador Leal, del Partido Revolucionario Institucional, el 16 de abril de 2002.*

Ésta iniciativa ponía como objeto en su exposición de motivos, impulsar una política para el desarrollo social, cuyo marco legal, principios rectores y nuevas medidas institucionales reafirmaran la responsabilidad social del Estado y propiciaran la participación democrática de la sociedad. La iniciativa se justificaba por la necesidad de impulsar una ley que impulsara la construcción y adecuación de una nueva red institucional y social que estableciera derechos y

responsabilidades, así como principios y criterios que guiaran la acción pública para que pudiera ser evaluada y supervisada por todos.

La iniciativa esperaba obtener como resultado un impulso al desarrollo social que fortaleciera todas las instituciones y los programas sociales con una visión integral, federalista, solidaria e incluyente. Además, se pretendía consolidar un marco institucional basado en la división y equilibrio de poderes, con la colaboración de los tres órdenes de gobierno y la corresponsabilidad de la sociedad.

Cabe mencionar que la iniciativa proponía también, reformas que avalaran las obligaciones del gobierno y el establecimiento de mecanismos e instituciones para el pleno disfrute de los derechos sociales garantizados en la Constitución, los lineamientos a los que debían sujetarse las políticas públicas dirigidas al desarrollo social, considerar prioritarios los programas, fondos y recursos públicos destinados al desarrollo social; reconocer derechos e imponer obligaciones a los mexicanos y hacer prioritarias las zonas donde los rezagos fueran mayores.

*e) Minuta de la Cámara de Senadores con fecha del 30 de abril de 2003, con proyecto de decreto por el que se crea la Ley General de Desarrollo Social. Aprobada en la Cámara de Diputados el 27 de noviembre de 2003, y en la Cámara de Senadores el 9 de diciembre de 2003.*

Este proyecto de ley fue propuesto con el objetivo de sintetizar la voluntad de los diferentes grupos parlamentarios que habían presentado iniciativas sobre esta materia, para que así el país contara con un marco jurídico que reconociera y atendiera el desarrollo social. En su exposición de motivos, la iniciativa reflejaba una preocupación por subsanar y superar las desigualdades sociales existentes en el país. También, se manifestaba la necesidad de articular políticas públicas que permitieran la concurrencia de los tres órdenes de gobierno en la planeación, diseño y ejecución de las mismas.



Ésta iniciativa incorpora un aspecto sobre la coordinación de los órdenes de gobierno para la ejecución de los programas de desarrollo social, que si bien sería necesaria, determina que los municipios serían los principales ejecutores de estos sus recursos y las acciones federales para el desarrollo social.

Con la finalidad de transparentar aspectos como la medición de la pobreza, propone la constitución del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. También, retomando la propuesta de iniciativas anteriores, crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Social como una garantía para la concurrencia, colaboración, coordinación y concertación entre los órdenes de gobierno y los sectores público y privado. Igualmente se crea la Comisión Intersecretarial como el instrumento de coordinación de las acciones del Ejecutivo Federal para garantizar la integralidad en el diseño y ejecución del Plan Nacional de Desarrollo Social. Este proyecto de Ley también contemplaba la formación de un Consejo Consultivo de la Secretaría donde se reflejaría la participación ciudadana y la pluralidad de la sociedad.

### **Contenido de la Ley General de Desarrollo Social**

En el Título Primero *de las Disposiciones Generales*, capítulo I del objeto, se establecen los propósitos de la Ley, así como los principios rectores del desarrollo social. De manera generalizada, los propósitos de la ley son:

- Establecer un marco para que las acciones y programas en materia de desarrollo social se vinculen de manera efectiva.
- Construir una política de desarrollo social adecuada a los problemas y necesidades de la población a partir de la flexibilidad de su planeación y ejecución.

- Consolidar un marco jurídico que de certidumbre, continuidad y transparencia en la gestión pública.

La política social se sujetará a los siguientes principios:

- 1) Libertad: Capacidad de las personas para elegir los medios para su desarrollo personal, así como para participar en el desarrollo social;
- 2) Justicia Distributiva: Garantiza que toda persona reciba de manera equitativa los beneficios del desarrollo conforme a sus méritos, sus necesidades, sus posibilidades y las de las demás personas;
- 3) Solidaridad: Colaboración entre personas, grupos sociales y órdenes de gobierno, de manera corresponsable para el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad;
- 4) Integralidad: Articulación y complementariedad de programas y acciones que conjunten los diferentes beneficios en la formulación, ejecución de las políticas, programas y acciones del desarrollo social;
- 5) Participación social: Derecho de las personas y organizaciones a intervenir e integrarse, individual o colectivamente en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas, programas y acciones del desarrollo social;
- 6) Sustentabilidad: Preservación del equilibrio ecológico, protección del ambiente y aprovechamiento de recursos naturales, para mejorar la calidad de vida y la productividad de las personas, sin comprometer la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras;
- 7) Respeto a la diversidad: Reconocimiento en términos de origen étnico, género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, las opiniones, preferencias, estado civil o cualquiera otra, para superar toda condición de discriminación y promover un desarrollo con equidad y respeto a las diferencias;
- 8) Libre determinación y autonomía de los pueblos indígenas y sus comunidades: Reconocimiento en el marco constitucional a las formas

internas de convivencia y de organización; ámbito de aplicación de sus propios sistemas normativos; elección de sus autoridades o representantes; medios para preservar y enriquecer sus lenguas y cultura; medios para conservar y mejorar su hábitat; acceso preferente a sus recursos naturales; elección de representantes ante los ayuntamientos y acceso pleno a la jurisdicción del Estado, y;

- 9) **Transparencia:** La información relativa al desarrollo social es pública en los términos de las leyes en la materia. Las autoridades del país garantizarán que la información gubernamental sea objetiva, oportuna, sistemática y veraz.

En el Título Segundo *de los Derechos y las Obligaciones de los Sujetos del Desarrollo Social*, su capítulo único contiene las normas precisas de la planeación del desarrollo social, definiendo los principios, bases, condiciones y elementos instrumentales. En el se establecen como derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo, la seguridad social y la no discriminación. También, se establece el marco normativo general al que se sujetarán las dependencias, entidades y organismos de la Administración Pública Federal. Finalmente, se establece cuáles serán los derechos y obligaciones de los beneficiarios de los programas de desarrollo social.

En el Título Tercero *de la Política Nacional de Desarrollo Social*, en su capítulo I, se establecen los objetivos de la Política Nacional de Desarrollo Social que serían; propiciar las condiciones que aseguren el disfrute de los derechos sociales, individuales o colectivos; promover un desarrollo económico con sentido social que propicie y conserve el empleo, eleve el nivel de ingreso y mejore su distribución; fortalecer el desarrollo social equilibrado y garantizar la participación social. Asimismo, en su capítulo II de la Planeación y la Programación, establece que la planeación del desarrollo debe incorporar la Política Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Desarrollo Social y el Plan Nacional de Desarrollo, y

además debe incluir a los programas municipales, estatales, institucionales y regionales.

La Política Nacional de Desarrollo Social debe incluir, cuando menos, las siguientes vertientes:

- a) Superar la pobreza a través de la educación, salud, alimentación, generación de empleo e ingreso y capacitación;
- b) Seguridad social y programas asistenciales;
- c) Desarrollo regional;
- d) Infraestructura social básica, y;
- e) Fomento del sector social de la economía.

En su capítulo III del Financiamiento y el Gasto, se estipula que los recursos públicos deberán utilizarse de manera responsable y eficiente, los cuales serán objeto de seguimiento y evaluación de acuerdo con esta ley, por lo que:

- Son prioritarios los programas que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos y las familias.
- Los recursos públicos deben distribuirse con base en criterios de equidad.
- Se establecen criterios para alcanzar condiciones de igualdad en materia de educación, salud, alimentación, nutrición, oportunidades de ingreso y servicios públicos.
- Se hace obligatoria la publicación de las reglas de operación de los programas de desarrollo social.
- Señala que los programas, fondos y recursos son prioritarios y de interés público y no pueden sufrir disminuciones en sus montos presupuestales, el gasto destinado a programas sociales no podrá ser inferior en términos reales al del año fiscal anterior, y deberá aumentar por lo menos en la misma proporción en que se prevea el crecimiento del PIB en los Criterios Generales de Política Económica.

En el capítulo IV de las Zonas de Atención Prioritaria, define a las zonas de atención prioritarias como áreas o regiones cuya población registra índices de desarrollo inferior al promedio nacional de los derechos sociales. Se da suma importancia a la atención de las zonas prioritarias con una visión integral y la participación de todos los sectores de la Administración Pública Federal.

En sus capítulos, de Fomento del Sector Social de la Economía y de la Definición y Medición de la Pobreza, se establecen las atribuciones para que los gobiernos de las entidades federativas y los ayuntamientos formulen y ejecuten sus programas de desarrollo social, así como convenir acciones y programas sociales con otros niveles de gobierno, concertar acciones con asociaciones civiles en materia de desarrollo social, fomentar la organización y participación ciudadana, ejercer los fondos y recursos descentralizados e informar a la sociedad y a la Secretaría de Desarrollo Social sobre el avance y resultados de las acciones de desarrollo social.

El Título Cuarto *del Sistema Nacional de Desarrollo Social*, se establece que el Sistema Nacional es un mecanismo permanente de concurrencia, colaboración, coordinación y concertación de los tres órdenes de gobierno. Los organismos del Sistema Nacional de Desarrollo Social quedan determinados de la siguiente manera:

- Comisión Nacional de Desarrollo Social. Es un instrumento que permite a los gobiernos de las entidades federativas y a los municipios participar y discutir con las instancias del gobierno federal las cuestiones relacionadas con la Política Nacional de Desarrollo Social. Su objeto es consolidar la integralidad y el federalismo sobre bases de coordinación, colaboración y concertación de estrategias y programas de desarrollo social.
- Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social. Su objeto es ser un instrumento de coordinación de las acciones del Ejecutivo Federal para

garantizar la integralidad en el diseño y ejecución de la Política Nacional de Desarrollo Social. La integración de la Comisión Intersecretarial está conformada por los titulares de la SEDESOL, Gobernación, Hacienda y Crédito Público, Educación Pública, Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales, Energía, Economía, Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Comunicaciones y Transportes, Función Pública, Trabajo y Previsión Social, Reforma Agraria y Turismo.

- Consejo Consultivo de Desarrollo Social. Es el órgano consultivo de la SEDESOL; su objetivo es analizar y promover programas y acciones que incidan en el cumplimiento de la Política Nacional de Desarrollo Social.
- Contraloría Social. Es el mecanismo de los beneficiarios para verificar el cumplimiento de las metas y la correcta aplicación de los recursos públicos asignados a programas de desarrollo social.

Finalmente, el Título Quinto *de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social*, determina que la evaluación de la política de desarrollo social queda a cargo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, el cual es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio, autonomía técnica y de gestión. Su objetivo es normar y coordinar la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social que ejecuten las dependencias públicas, además de establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza. Los organismos evaluadores independientes que podrán participar serán instituciones de educación superior, de investigación científica u organizaciones no lucrativas.

Cabe mencionar que en la Ley no sólo se especifican los lineamientos y criterios para el financiamiento del desarrollo social, sino además se señala que el ejecutivo federal podrá establecer y administrar un Fondo de Contingencias Social como respuesta a fenómenos económicos y presupuestales.

También, la Ley General de Desarrollo Social, tiene como propósito promover un desarrollo regional equilibrado, basado en indicadores y lineamientos generales de eficacia, de cantidad y de calidad en la prestación de los servicios sociales.

### **Marco Legal de la Ley General de Desarrollo Social**

Como toda Ley vigente, la Ley General de Desarrollo Social tiene sus bases en la Constitución Política de acuerdo a los Artículos 25 y 26. El Artículo 25 constitucional “establece que corresponde al Estado dirigir el desarrollo nacional para que este sea sustentable y para que mediante el fomento del crecimiento económico y del empleo se logren tanto una más justa distribución del ingreso y de la riqueza como el aseguramiento del pleno ejercicio de la libertad de los individuos, grupos y clases sociales”.<sup>4</sup>

En lo referente al desarrollo social, el Artículo 26 constitucional establece “que el Estado deberá organizar un sistema de planeación de desarrollo nacional que de solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para asegurar la independencia y la democratización en los aspectos político, social y cultural del país”<sup>5</sup>. Asimismo, se señala que la participación debe ser democrática mediante la participación de los diversos sectores sociales, y recogerá las aspiraciones y demandas de la población para incorporarlas a los planes y programas de desarrollo, que deberán sujetarse obligatoriamente a un Plan Nacional de Desarrollo.

---

<sup>4</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 25. H. Cámara de Diputados. Leyes vigentes. 2009.

<sup>5</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 26. H. Cámara de Diputados. Leyes vigentes. 2009.

Por otra parte, el Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social normaliza a la ley su cumplimiento queda a cargo del Ejecutivo Federal por conducto de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. La interpretación de este reglamento también corresponde al Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Desarrollo Social para efectos administrativos, mientras la Secretaría de Hacienda y Crédito Público interpreta las disposiciones que entran en el ámbito de su competencia.

El 3 de septiembre de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se Regula la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social, el 20 de julio de 2004 se publicaron el Decreto por el que se crea el Consejo Consultivo de Desarrollo Social y el Decreto por el que se regula la Comisión Nacional de Desarrollo Social y el 24 de agosto de 2005 se publicó el Decreto por el que regula el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

El 2 de marzo de 2006 la Cámara de Diputados interpuso una controversia constitucional ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación para suspender la entrada en vigor del Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social. Esta Controversia fue avalada por 236 votos y demanda la invalidez constitucional de 31 artículos de dicho reglamento. El reglamento se encuentra en espacio de reconciliación, revisión y corrección.

### **Propuestas de modificar la Ley General de Desarrollo Social**

Desde septiembre de 2004 se han presentado 39 iniciativas para modificar esta ley, diecinueve fueron presentadas durante la LIX Legislatura y veinte propuestas en la Legislatura LX; principalmente se han querido modificar los siguientes artículos **8** (sobre quienes tienen derecho a recibir apoyo para disminuir su situación de desventaja), artículo **19** (que menciona cuáles son los programas



prioritarios), artículo **25** (sobre el establecimiento y administración de un Fondo de Contingencia Social), artículo **26** (sobre la publicación de las reglas de operación de los programas de desarrollo social) y el artículo **28** (sobre la publicidad y la información relativa a los programas de desarrollo social).

De las treinta y nueve iniciativas presentadas, diecinueve han sido propuestas por parte del PRI, diez por el PRD, seis por el PAN, una por Convergencia, una por el PVEM, una por el Ejecutivo Federal y una por Alternativa. Durante la LIX Legislatura, cinco iniciativas fueron dictaminadas por la Cámara de Diputados y turnadas a la Cámara de Senadores para los efectos constitucionales, en la LX 2 de las iniciativas han sido dictaminadas negativamente y consideradas asunto concluido, el resto han sido turnadas a la comisión correspondiente.

### **Programas y acciones de Desarrollo Social**

Los objetivos estratégicos de Desarrollo Social tienen como finalidad dictar las líneas estratégicas que permitan cumplir con lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social, en la Ley General de Asentamientos Urbanos, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y los Lineamientos Generales de Evaluación de los Programas Federales de Administración Pública. Para el sexenio 2007-2012 los objetivos en esta materia se definen como sigue:

1. Desarrollar las capacidades básicas de las personas en condición de pobreza.
2. Abatir el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables a través de estrategias de asistencia social que les permitan desarrollar sus potencialidades con independencia y plenitud.
3. Disminuir las disparidades regionales a través del ordenamiento territorial e infraestructura social que permita la integración de las regiones marginadas a los procesos de desarrollo y detone las potencialidades productivas.

4. Mejorar la calidad de vida en las ciudades, con énfasis en los grupos sociales en condición de pobreza, a través de la provisión de infraestructura social y vivienda digna, así como consolidar ciudades eficientes y competitivas.

Como estrategias para el cumplimiento del primer objetivo se establecen las estrategias de llevar a cabo una política alimentaria integral que permita mejorar la nutrición de las personas en situación de pobreza, promover la asistencia y permanencia escolar por medio de becas educativas, e incentivar el uso de servicios de salud, especialmente de las mujeres y los niños de las familias en pobreza.

Para abatir el rezago de los grupos sociales vulnerables se estipulan las estrategias de expandir la red de estancias infantiles para facilitar la permanencia de la mujer en el mercado de trabajo, atender las necesidades de los adultos mayores mediante la integración social y la equiparación en oportunidades, y además, procurar el acceso a redes sociales de protección a personas en situación de vulnerabilidad.

Para el cumplimiento del objetivo de disminución de las disparidades regionales se fijan las estrategias de apoyo a las regiones más marginadas del país para reducir la brecha regional de desarrollo humano, vincular a las zonas marginadas con zonas desarrolladas, impulsar el ordenamiento territorial nacional y el desarrollo regional mediante acciones coordinadas de los tres órdenes de gobierno, además de prevenir y atender los riesgos naturales coordinadamente con la sociedad civil.

Como estrategias para mejorar la calidad de vida en las ciudades se estipulan proporcionar la incorporación equitativa sustentable en la población que habita en zonas urbanas marginadas y con alta concentración de pobreza, mejorar las condiciones de vivienda y entorno, generar e impulsar condiciones necesarias

para el desarrollo de ciudades y zonas metropolitanas seguras y frenar la expansión desordenada de las ciudades.

### *Programas en beneficio del desarrollo social*

El Plan Nacional de Desarrollo establece que la política de desarrollo social y humano tiene como objetivos rectores: mejorar los niveles de educación y de bienestar de los mexicanos; acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades; impulsar la educación para el desarrollo de las capacidades personales y de iniciativa individual y colectiva; fortalecer la cohesión y el capital sociales; lograr un desarrollo social y humano en armonía con la naturaleza, así como ampliar la capacidad de respuesta gubernamental para fomentar la confianza ciudadana en las instituciones.

Para cumplir los compromisos adquiridos en el Plan Nacional de Desarrollo, la administración pública se organiza mediante programas de gobierno, los cuales surgen de acuerdo con requerimientos específicos de la población que buscan impulsar el desarrollo social y humano de los mexicanos y facilitar la realización de acciones y metas orientadas a la evaluación, el seguimiento y la resolución de dichos proyectos.

### **Programas Sociales**

Los programas y acciones del Gobierno Federal en el marco de una política social incluyente se han dado a la tarea de implementar políticas que promuevan el Desarrollo Humano Sustentable. Ello implica un proceso permanente de ampliación de capacidades que permita a todos los mexicanos vivir una vida digna, sin necesidad de arriesgar el patrimonio de las próximas generaciones.

De acuerdo con el *Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012* las acciones del Gobierno Federal dirigidas al desarrollo social de los mexicanos, fomentan su coordinación y propicia sinergia de acciones a través del mejor aprovechamiento de los recursos públicos. Para alcanzar dicho objetivo se plantean como estrategias, diferentes programas sociales que tienen como finalidad el atender problemas como; la pobreza, la desigualdad, el analfabetismo, la falta de oportunidades educativas, la generación de empleos, entre otros.

Los ejes de política pública sobre los que se articula este Plan Nacional de Desarrollo establecen acciones transversales que comprenden los ámbitos económico, social, político y ambiental, y que componen un proyecto integral en virtud del cual cada acción contribuye a sustentar las condiciones bajo las cuales se logran los objetivos nacionales.

Este Plan, articula un conjunto de objetivos y estrategias en torno a cinco ejes:

- 1) Estado de Derecho y seguridad.
- 2) Economía competitiva y generadora de empleos.
- 3) Igualdad de oportunidades.
- 4) Sustentabilidad ambiental.
- 5) Democracia efectiva y política exterior responsable.

El primer eje se refiere al Estado de Derecho y la seguridad, garantías individuales necesarias para alcanzar un Desarrollo Humano Sustentable.

El segundo eje se relaciona con el desempeño de nuestra economía, en el sentido de lograr mayores niveles de competitividad, generando más y mejores empleos para la población, generar inversión en educación, salud, capital físico, infraestructura y tecnología.

El tercer eje del Plan Nacional de Desarrollo está relacionado con la igualdad de oportunidades, el cual señala que cada mexicano sin importar su lugar de origen y el ingreso de sus padres, debe tener acceso a genuinas oportunidades de formación y de realización garantizando el acceso a los servicios básicos; agua, una alimentación suficiente, salud, educación, a una vivienda digna, a la recreación y a todos aquellos servicios que constituyan el bienestar de las personas y de las comunidades. La igualdad de oportunidades requiere de una planeación territorial que garantice un desarrollo equilibrado. Una pieza importante de la ecuación social la constituye el logro de una educación de calidad.

El cuarto eje señala a los recursos naturales como la base de la sobre vivencia y la vida digna de las personas. Es por ello que la sustentabilidad de los ecosistemas es básica para una estrategia integral de desarrollo humano.

Finalmente, el último eje de política pública que propone este Plan Nacional de Desarrollo es el que abarca las acciones en materia de democracia efectiva y política exterior. Señala que es preciso garantizar que los mexicanos vivan la democracia no sólo como procedimiento, sino también como forma de vida.

Para el cumplimiento de los objetivos y la atención de las prioridades nacionales, los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales a elaborarse atenderán diferentes temas como:

- Distribución de Alimentos; Población; Empleo; Equidad de Género; Salud; Vivienda; Migrantes; Campo y Desarrollo Rural; Comunidades y Pueblos Indígenas; Desarrollo Urbano; Educación y Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Los resultados de dichos programas se presentan como informes de ejecución que se encuentran relacionados con las acciones emprendidas en el marco del desarrollo social.

## **Orígenes del IMSS**

Entre las instituciones surgidas como consecuencia de la Revolución mexicana, la primera de carácter social de la historia, está sin duda el Instituto Mexicano del Seguro Social, anhelo cumplido de muchas generaciones y que con el tiempo incorporaría no solo los servicios de salud, sino una gama impresionante de prestaciones que incluían cultura, prevención, cuidados familiares, vivienda, recreación y pensiones que aseguraran una vejez digna.

Sin duda alguna, la justicia social, anhelo de la Revolución Mexicana, había quedado establecida en la Constitución de 1917, cuyo artículo 123 fracción XXIX reza: “Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, y otras con fines análogos”.

### *Primeros intentos*

En lo que se refiere al contexto internacional, la creación del IMSS se vio influenciada porque en muchos países de América –Chile, Perú, Venezuela, Brasil, Uruguay y Argentina– estaban vigentes leyes de seguro social que favorecían a millones de familias proletarias. Y qué decir de Europa, en donde existía ya una legislación al respecto.

En 1925, el gobierno del general Álvaro Obregón elaboró el primer proyecto de Ley de Seguro Social, el cual no llegó a cristalizar. Sin embargo, sirvió para canalizar una corriente de opinión favorable a este tipo de disposición. En ese año también se estableció la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro, para los empleados federales.

De 1932 a 1940 se elaboraron diversos proyectos de seguridad social en los departamentos del Trabajo y Salubridad, en las secretarías de Gobernación y de Hacienda, y en la Comisión de Estudios de la Presidencia de la República. Sin embargo, ninguno prosperó.

### *Un ideal revolucionario*

El 1 de diciembre 1940, al hacerse cargo de la primera magistratura de la nación, Manuel Ávila Camacho expresó ante el Congreso de la Unión el propósito de consolidar una política gubernamental de seguridad social, pero fue hasta el 2 de junio de 1941 que creó la Comisión Técnica para la elaboración del Proyecto de Ley de Seguros Sociales, designando como presidente de la comisión al secretario del Trabajo y Previsión Social, el licenciado Ignacio García Téllez.

Finalmente, el 3 de julio de 1942 García Téllez presentó la iniciativa de Ley del Seguro Social al presidente, en la que asentó: “El proyecto concreta uno de los más altos propósitos de la Revolución mexicana, tendiente a proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia obrera, y contribuye al cumplimiento de compromisos exteriores, de promesas gubernamentales y de un deber constitucional ineludible”.

En septiembre de 1942 se celebró en Santiago de Chile la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en la que García Téllez presentó el proyecto mexicano sobre seguridad social que aprobaría la totalidad de las delegaciones que asistieron.

Entre las ventajas que los encargados de elaborar el Proyecto de Ley del Seguro Social destacaron, estaban: elevar las condiciones de vida de un importante sector de la población mexicana, aumentar el poder adquisitivo de los trabajadores, mantener estables las relaciones obrero-patronales al eliminar intermediarios que

perjudicaban a ambas partes en las disputas por el pago de prestaciones económicas, aprovechar los ahorros con fines de crédito productivo y de utilidad colectiva, abrir nuevas fuentes de trabajo en obras de interés público –como hospitales– y uniformar las prestaciones sociales de los trabajadores, contrarrestando las competencias basadas en la mano de obra barata.

Era evidente que divisaban un México más independiente, con mayor seguridad económica e igualdad social. Por ejemplo, el profesor Miguel Ángel Quintana, en una conferencia en la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, señalaba: “La Ley del Seguro Social [...] contiene [...] seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad; seguro de invalidez, cesantía y muerte, y los seguros facultativos y adicionales. Expedida la ley, habrá contribuido a la paz del futuro, porque sus trabajadores estarán en paz y, sin preocupaciones por la inseguridad del mañana, se dedicarán a la producción o tomarán parte en la lucha para defender su trabajo y su paz”.

### *El inicio y las dificultades*

En diciembre de 1942 la Ley del Seguro Social fue aprobada por el Congreso. A inicios de junio del año siguiente se publicaron los primeros citatorios para que se iniciara la inscripción obligatoria de los patrones y trabajadores del Distrito Federal. Para el 24 de julio se habían registrado ya 7,000 de los 15,000 empleados que existían en la capital.

La Ley del Seguro Social estableció un cambio definitivo en la forma en que se indemnizaba a los trabajadores, pues, aunque, en teoría, estaban protegidos por la Ley Federal del Trabajo, en la práctica la diferencia entre accidente de trabajo y enfermedad profesional era la razón de que un empleado no pudiera atenderse debidamente.



A lo largo de 1943, el IMSS se preparó para la apertura de sus servicios. Contaba en ese entonces con 207 empleados y su primer centro de operaciones estuvo en la calle de 16 de septiembre, de donde se trasladaron tiempo después a Rosales 11. Allí contaba con un espacio más amplio para realizar las primeras inscripciones de patrones y asegurados. El primer servicio médico se dio a los empleados del IMSS en el edificio de la primera sede, para después instalar algunos consultorios y la farmacia en la calle de Ignacio Mariscal 7.

El primer director de la nueva institución fue el licenciado Santos Guajardo, pero el 3 de enero de 1944 el cargo pasó a manos de García Téllez. Ese año no fue ciertamente fácil para el IMSS, ya que existía inconformidad de parte de la sociedad hacia la nueva institución, lo que contrastó con el optimismo y empuje de sus empleados.

Para mediados de la década de 1940, de manera insuficiente y con imperfecciones en su funcionamiento, existían solo cinco sanatorios que prestaban servicio a los derechohabientes, mismos que se encontraban distribuidos por diferentes rumbos de la ciudad: el Sanatorio Número 1, ubicado en la confluencia de las avenidas México y Michoacán; el Número 2, especializado en oncología, situado en Niños Héroe; el 3, en Inglaterra, en la delegación Coyoacán; el 4, que prestaba servicios de traumatología en las instalaciones de lo que había sido el Hospital Italiano, y el 5, urológico, en la calle de Colima. Luego se agregaría el Hospital de Neuropsiquiatría en la colonia Santa María.

### *Pensar en grande*

Dadas la incomodidad y restricciones que estos hospitales presentaban, las autoridades se dieron a la tarea de elaborar un plan de construcción de hospitales modernos, amplios, dotados de personal y equipo médico suficientes, capaces de alcanzar una medicina de excelencia.

El IMSS, todavía dentro del sexenio de Ávila Camacho, se planteó la urgente necesidad de levantar cuatro hospitales de zona repartidos en los cuadrantes de la entonces todavía pequeña Ciudad de México, pues con el auge que durante esos años alcanzaba la industria en la capital, el número de obreros afiliados al instituto había crecido considerablemente. Los nuevos centros fabriles se habían establecido, precisamente, en la entonces periferia del Distrito Federal, por lo que resultaba imperioso que a los trabajadores se les pudiera atender cerca de sus centros de trabajo.

De tal suerte que se propuso la construcción de un auténtico centro hospitalario que diera a los trabajadores mexicanos los servicios de atención médica especializados y contara con todos los adelantos en materia de salud. Para tal objeto, se llevó a cabo un concurso al cual acudieron los más destacados arquitectos y presentaron proyectos para la construcción del primer hospital de zona, frente al Monumento a La Raza.

El gobierno autorizó la expropiación de los terrenos situados en la esquina de Paseo de las Jacarandas y la calzada Vallejo, en la delegación Azcapotzalco, propiedad del señor Guillermo Flores Muñoz y su esposa Guadalupe Ochoa de Flores Muñoz, así como de dos predios anexos de Salvador Lutteroth y Luis Carraro, quienes recibieron seis pesos por cada metro cuadrado.

De un total de 130 proyectos, se eligió el de Enrique Yáñez, en colaboración con Raúl Cacho y Alberto T. Arai. Asimismo, el doctor Neftalí Rodríguez y el arquitecto Hanns Meyer presentaron el 21 de mayo de 1945 el programa médico-arquitectónico, que incluía un estudio en el que se mostraban los locales con los que debería contar el nuevo hospital.

Los efectos de la Segunda Guerra Mundial, que limitaban la producción en ciertas áreas y retardaban el intercambio de artículos indispensables, dificultaron el

avance de la obra. De hecho, todas las grandes obras del instituto que estaban en construcción comenzaron a retrasarse de una manera alarmante. De igual forma, las condiciones por las que atravesaba el país no permitían concluir los trabajos.

Además, en agosto de 1948 se modificó de manera sustancial el proyecto original, lo cual ocasionó que la obra se siguiera retardando. Con estas modificaciones prácticamente tendría que suspenderse la construcción.

No obstante, durante la gestión de García Téllez –de acuerdo con la obra Instituto Mexicano del Seguro Social. 40 años de historia–, en 1945 se inició la construcción de la Clínica de Maternidad Número 1. Al año siguiente también comenzaron a construirse el Hospital de Zona de Narvarte, el Hospital de León, Guanajuato, y el de Puebla. Se alcanzó una cifra de 18 sanatorios, 24 clínicas, 150 consultorios, 27 laboratorios y 9 farmacias.

### **La primera unidad habitacional del IMSS**

La llegada al poder del presidente Adolfo Ruiz Cortines en 1952 trajo como director del IMSS a don Antonio Ortiz Mena, quien se encargó de hacer realidad el concepto integral de seguridad social, en el que los beneficios se extendían con el fin de lograr un mejor nivel de vida para los trabajadores y sus familias.

Al amparo de esa modernidad, se proyectó una gran cantidad de inversiones en obras que transformarían por completo la imagen del Seguro Social entre la sociedad mexicana.

El crecimiento demográfico significaba ya un enorme problema debido a la falta de vivienda. Entonces el IMSS construyó casas y departamentos higiénicos y baratos para los trabajadores y sus familias. La más representativa de estas unidades, por su magnitud, fue la construida en Santa Fe, en los límites de la capital. Las

antiguas barrancas de Lomas de Becerra se transformaron en una pequeña y moderna ciudad que contaría con 1,268 casas y 23 multifamiliares con 932 departamentos, en los que podrían vivir no menos de 12 000 personas.

Con una moderna concepción del espacio habitacional, fue inaugurada por el presidente Ruiz Cortines el 25 de julio de 1957. En ese año, en la revista *Arquitectura México* se comentó: “se quería [...] iniciar la etapa de los servicios sociales a través de una unidad que fuera síntesis y ejemplo de los que otorga el Seguro Social, la unidad ‘Santa Fe’ cuenta con ‘el centro social’ que será el eje de la vida social y cívica de la colonia [...] tenemos ya auditorio para representaciones de todo tipo, gimnasio, casino, cafetería, espacios para diversión, cursos [...] y está concebido para ser el centro de reunión para los actos cívicos y sociales que deben celebrarse intramuros y para las reuniones, conferencias y festivales que interesen a todos los habitantes de la unidad”.

Consideradas como modelos, las unidades habitacionales del IMSS se caracterizaron por representar un nuevo estilo de vida para los trabajadores, en ocasiones habituados a permanecer hacinados en los barrios bajos de las grandes urbes o a disponer de la mayor parte de su sueldo para rentar una vivienda más amplia y cómoda. Asimismo, el concepto de unidad para designar a estos enormes conjuntos llevaba implícita la convivencia vecinal.

# CAPÍTULO 2

## LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO

### **Antecedentes**

Comúnmente, el término salud se entiende, como las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado, o bien, el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. En 1946, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió esta definición señalando que el vocablo salud se refiere a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo a la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>1</sup> Asimismo, la organización reconoce, en el mismo documento, a la salud como un derecho humano inalienable, al tratarse de uno de los valores más importantes de la vida de todo ser humano.

La salud, por tanto, es y debe ser un objetivo primordial para cualquier país. Más aún porque al mejorar las condiciones de salud de los individuos y, en consecuencia, de la sociedad; se fortalece su capacidad para procurarse y acrecentar sus medios de vida. En este sentido, el logro de estándares satisfactorios de salud para la población permite incrementar el potencial productivo de los países al incidir sobre uno de sus recursos económicos más valiosos, el capital humano, mejorando su nivel de aprendizaje y aumentando su capacidad competitiva.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, disponible en <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>

En el ámbito económico, la salud es reconocida como un bien de inversión insustituible necesario para alcanzar el desarrollo económico de un país y el bienestar social de su población.

Se establece así, un círculo virtuoso entre desarrollo económico y salud, ya que si bien es cierto que el primero es resultado del esfuerzo colectivo de individuos cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho esfuerzo, también es verdad que el estado de salud de los individuos depende de la cantidad y distribución de la riqueza a través del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de vida (desarrollo económico). En otras palabras, se considera que invertir en un sistema de salud equitativo, eficiente y de calidad influirá positivamente sobre la actividad económica incrementando el capital humano, elevando la productividad y la competitividad y mejorando la distribución del ingreso, en tanto que una economía vigorosa generará recursos para una mejor atención a la salud garantizando la igualdad de oportunidades.

Por todo lo anterior, la salud ha sido reconocida como un derecho social fundamental que debe estar asegurado para todos los individuos sin distinción de raza, religión, ideología o posición social, económica, laboral o política. En síntesis, la salud debe ser vista como “un valor universal, un objetivo social compartido y al mismo tiempo un poderoso impulsor del desarrollo”.<sup>2</sup>

En México, este derecho está refrendado desde 1984 en el artículo cuarto constitucional, el cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en los términos que la respectiva ley establezca.<sup>3</sup>

A pesar de este reconocimiento, en la práctica, la protección a la salud de los mexicanos se ofrece a través de diferentes subsistemas de atención, que en los

---

<sup>2</sup> Democracia y cambio estructural en salud: hacia una política social de Estado, Colección Editorial del Gobierno del Cambio, Secretaría de Salud-Fondo de Cultura Económica, México, 2006, p. 13.

<sup>3</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

hechos establecen una estratificación en el acceso a los servicios para cada grupo de población en función de su posición económica, social y laboral, con importantes diferencias en cuanto al tipo de servicios y la calidad de los mismos.

### **El sistema mexicano de salud**

Un sistema es un conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí que contribuyen a un determinado fin. En consecuencia, se puede afirmar que el concepto de sistema de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos –materiales y humanos– dedicados a producir actividades de salud.

Asimismo, los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad de mejorar la salud. Podemos incluir dentro de esta definición tanto los servicios de salud –desde la prestación profesional de atención médica personal pasando por la medicina tradicional, hasta las actividades de salud pública como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades–, así como, aquellas actividades o medidas que de forma indirecta contribuyen a mejorar la salud, por ejemplo, el mejoramiento de la seguridad vial y ambiental, obras de alcantarillado y drenaje, entre otras.

Cabe mencionar que el objetivo básico de estos sistemas, es asegurar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, sin ser éste su único fin. La equidad en la contribución financiera y la calidad de los servicios son dos objetivos más que cualquier sistema de salud busca garantizar.

El primero de estos objetivos, equidad en la contribución financiera, obedece a que “la atención sanitaria puede ser catastróficamente costosa, y la necesidad de

recibirla imprevisible, por lo que, los mecanismos para distribuir los riesgos y ofrecer protección financiera son importantes”.<sup>4</sup>

La segunda de estas metas, es la calidad de los servicios, se fundamenta en la necesidad de afianzar el derecho de las personas a recibir un trato digno, a que, en la medida de lo posible, sus necesidades sean atendidas con prontitud, eliminando los prolongados periodos de espera para recibir diagnóstico y tratamiento, así como de asegurar a los pacientes la confidencialidad y participación en las decisiones acerca de su salud, en especial su facultad de escoger dónde y de quién recibir la atención.

Para dar cumplimiento con estos objetivos básicos, es necesario contar con un sistema de salud bueno y equitativo, es decir, con un sistema que asuma la responsabilidad de reducir las desigualdades mejorando la salud de la población, especialmente de aquellos que están en peores condiciones.

Cabe mencionar, que esta forma de concebir los sistemas de salud, no supone ningún grado particular de integración del mismo, tampoco prevé que alguien esté a cargo de todas las actividades que lo componen. Por el contrario, lo que aquí se afirma es que un sistema de salud existirá a pesar del grado de fragmentación en que se encuentre (entre diferentes organizaciones) y aunque parezca funcionar de manera asistemática. En los hechos, cada país cuenta con un sistema de salud con características particulares, cuya integración y vigilancia no determinan su existencia, aunque sí pueden influir de manera importante en su funcionamiento.

En el caso de México, por ejemplo, el sistema de salud se ha caracterizado, desde su origen, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, derivado de la segmentación institucional asociada a la condición social, económica y, primordialmente, laboral de la población. La fragmentación del sistema ha sido, por tanto, su principal característica.

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud, 2000.



De manera que coexisten en el país de forma separada diversas instituciones y prestadores de servicios de salud aglomerados dentro de tres grandes grupos, cuya clasificación depende de la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas.

El primer grupo incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada (población abierta), en su mayoría personas de escasos recursos, desempleados, trabajadores informales, entre otros. Las instituciones más importantes de este componente son los Sistemas Estatales de Salud, las clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), el Programa IMSS-Oportunidades y desde 2002 el Seguro Popular de Salud.<sup>5</sup>

El segundo grupo lo componen las instituciones de seguridad social que atienden a la población trabajadora de la economía formal (población derechohabiente), en este grupo se encuentran: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que tiene a su cargo a los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a los empleados del sector público; y las fuerzas armadas (SEDENA), la marina nacional (SEMAR) y los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) quienes cuentan, cada uno, con su propio mecanismo de seguridad social.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> En 2002 entró en operación, en cinco entidades del país, el programa piloto “Salud para Todos” mejor conocido como “Seguro Popular de Salud” que más tarde se convertiría en el actual Sistema de Protección Social en Salud. El objetivo de este programa es dar cobertura en salud a la población que no cuenta con acceso a la seguridad social. En un apartado posterior se vuelve sobre este tema, ampliándolo.

<sup>6</sup> Se estima que, en 2009, de un total de 107.5 millones de mexicanos, 45 millones eran derechohabientes de alguna institución de seguridad social (de estos, 34.5 millones pertenecía al IMSS, 6.1 al ISSSTE y 3.4 millones se encontraba adscrito a SEDENA, SEMAR o Pemex); en tanto 62.5 millones de mexicanos no se encontraban afiliados a ninguna institución. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009, Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2010.

El tercer grupo de prestadores lo constituye el sector privado integrado por una amplia diversidad de prestadores de servicio, que actúan con fines de lucro, en consultorios, clínicas ambulatorias, unidades de medicina tradicional, hospitales, entre otros. A él puede acudir cualquier persona con capacidad de pago, por lo general los estratos de la población que cuentan con un nivel de ingresos medio o alto, aunque se sabe que eventualmente tanto la población asegurada como la abierta, acuden a la medicina privada pagando de su bolsillo los servicios consumidos, en tanto que algunos trabajadores afiliados a la seguridad social disponen además de un seguro privado de gastos médicos mayores.

### **Características de la Salud en México**

Se puede afirmar que el actual sistema mexicano de salud, no satisface adecuadamente los propósitos de un buen sistema, debido a que aún enfrenta tres desafíos esenciales y fundamentales.

- mejorar la calidad de los servicios,
- alcanzar una mayor equidad en las condiciones de salud, y,
- dotar de protección financiera a la mayoría de la población.

### ***Calidad***

Uno de los objetivos primordiales de los sistemas de salud es responder de manera adecuada a las expectativas de la población, es decir, ofrecer servicios de salud efectivos, en un marco que respete la dignidad y autonomía de las personas, asegure tiempos de espera razonables por consulta e intervención, y garantice la confidencialidad de la información y el acceso a redes de apoyo social.

El sistema mexicano de salud está lejos de cumplir estos requisitos. La percepción generalizada, tanto en los grupos dedicados al estudio de los servicios de salud como en el resto de la población, es que en el país los pacientes son tratados con poco respeto, sometidos a prolongados periodos de espera para recibir atención médica, al tiempo que se les impide participar en las decisiones sobre su salud, decidir dónde y de quién recibir la atención médica, así como acceder a sus redes sociales de apoyo.<sup>7</sup>

Aunado a lo anterior, se presentan problemas de desabasto de medicamentos, falta de infraestructura en las unidades de atención, uso deficiente de los expedientes clínicos, falta de apego a la normatividad de los programas en la materia, obsolescencia del equipamiento hospitalario, falta de amabilidad del personal médico, así como insuficiencia de información proporcionada por el médico. Vale la pena destacar también, que a diferencia de lo que comúnmente se piensa, los problemas de calidad no son exclusivos del sector público, en una evaluación de las unidades hospitalarias solicitada por la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales, se apunta que “los hospitales del sector privado se ubican en un nivel similar a los hospitales de la SSA e inferior a los de Pemex”. Ante este escenario, no es de sorprender la insatisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios de salud en México.

### *Equidad*

Otro rasgo distintivo de las condiciones de salud en México es la desigualdad. Encontramos que en el país coexisten al mismo tiempo las llamadas enfermedades del subdesarrollo con las enfermedades propias de los países

---

<sup>7</sup> El tiempo promedio de espera en consulta externa se incrementó de forma considerable entre 2001 y 2008, al pasar de 22.4 a 28.6 minutos, respectivamente. En tanto que el tiempo promedio de espera en urgencias pasó de 17.4 a 18.1 minutos en promedio, en el mismo periodo. Llama la atención, sin embargo, que en los mismos años el porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera también se incrementó de 85.4 a 97.2 en el caso de consultas de primer nivel. Datos del Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal.

desarrollados. Debido a estas características epidemiológicas contrapuestas, nuestro sistema encara a la vez, viejas y nuevas exigencias. Por un lado, debe corregir los rezagos relacionados con los niveles de atraso y pobreza de la población (como infecciones y desnutrición), y por el otro, resolver los nuevos problemas de salud originados primordialmente por la creciente exposición de la población a estilos de vida dañinos.

Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que dan origen al llamado rezago epidemiológico, dentro de éstas destacan los padecimientos relacionados con la desnutrición, asociados a la actividad reproductiva, infecciones comunes, así como los problemas de salud derivados de emergencias y desastres.

Cabe resaltar, que la mayoría de estas enfermedades son consecuencia de la pobreza e insalubridad, por lo que aquejan, con particular fuerza, a la población más desprotegida, y en muchos casos se traducen en la muerte. Lo más grave es que, por su propia naturaleza, se trata de enfermedades evitables cuya solución depende, principalmente, de mejorar el nivel de bienestar general de la población, en especial de la población marginada. Medidas como la atención primaria para promover la salud, prevenir y diagnosticar oportunamente, y otorgar tratamientos y rehabilitación oportuna a los padecimientos más comunes, son intervenciones altamente efectivas y financieramente viables que contribuyen de manera importante en la disminución de estos padecimientos.

En tanto, los problemas emergentes de salud son llamados así porque su magnitud relativa se incrementa a tal grado que desplazan a los padecimientos que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte como diarreas, infecciones comunes, desnutrición y problemas reproductivos que en la primera mitad del siglo XX fueron las principales causas de defunción.

La práctica creciente de estilos de vida dañinos para la salud tales como el sedentarismo, el consumo de tabaco, el abuso en el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas, la inseguridad pública y vial, la violencia familiar y el deterioro de las redes sociales y familiares, son la causa principal de las nuevas afecciones. Destacan en este rubro los padecimientos del corazón, la diabetes, las enfermedades cerebro-vasculares, los tumores malignos, la cirrosis e hipertensión arterial, entre otras.<sup>8</sup> El control de estos padecimientos requiere poner en marcha estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida de la población.

Este tipo de padecimientos y su nivel de incidencia, han ocasionado un cambio relevante en las principales causas de muerte en el país. En las últimas décadas, las enfermedades no transmisibles y las lesiones han desplazado de los primeros lugares a las enfermedades transmisibles, infecciones y padecimientos ligados a la reproducción. En la actualidad, “menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer”.<sup>9</sup>

### *Protección financiera*

Un objetivo de los sistemas de salud es brindar protección financiera, para evitar que los individuos o las familias incurran en los llamados gastos catastróficos. En este sentido, el sistema de salud debe establecer esquemas de financiamiento

---

<sup>8</sup> Particularmente, en los últimos años, la importancia de los padecimientos neuro-psiquiátricos como los trastornos depresivos o la demencia, han ido en aumento. Aunque este tipo de enfermedades no contribuyen de manera importante a la tasa de mortalidad, sí ocasionan una importante pérdida de años de vida saludable (AVISA), así como, una carga económica considerable y serias alteraciones en la dinámica familiar.

<sup>9</sup> Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, SSA, México, 2007, p. 24.

justos que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud.

En este punto, el sistema mexicano también presenta un desempeño inadecuado. En 2003, 34% de los hogares mexicanos enfrentaron gastos catastróficos por motivos de salud, de estos, 52.3% pertenecían a los dos quintiles de menores ingresos (27.6 y 24.7%, respectivamente). Destaca, además, que aquellos hogares que no cuentan con ningún tipo de seguridad social son más vulnerables a enfrentar este tipo de gastos.

### **El financiamiento de la salud en México**

El financiamiento de un sistema de salud consiste en la movilización de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales), su acumulación de fondos (seguro social, presupuestos públicos, ahorros familiares) y su distribución subsiguiente para la producción o compra de servicios.

En el país, el financiamiento de las instituciones públicas de salud se realiza por medio de tres fuentes principales de recursos: el gobierno federal, la población beneficiada y los empleadores.

Las instituciones encargadas de prestar el servicio a la población no asegurada se financian con recursos del presupuesto federal y, en menor cuantía, mediante el financiamiento directo de los usuarios a través del pago de cuotas de recuperación. El IMSS, obtiene sus recursos de las contribuciones que realizan los empleados, empleadores y el gobierno federal, mientras que las demás instituciones de seguridad social (ISSSTE, Pemex, fuerzas armadas y marina nacional) se financian a través de las contribuciones del gobierno federal y sus asegurados.

Debido a la disponibilidad limitada de recursos para la salud, es importante garantizar su uso eficiente y equitativo. No obstante, en el país la organización financiera del sistema de salud resulta ineficiente y genera insatisfacción. El gasto en salud se caracteriza por ser inequitativo en su distribución y mantener una alta concentración en actividades curativas, sobre todo en las de especialidad (hospitales de segundo y tercer nivel) con una menor participación de las actividades preventivas.

Asimismo, el gasto privado en salud es superior al gasto público, situación que se agrava debido a que la mayor parte del gasto privado en salud es gasto directo de bolsillo, lo que expone fuertemente a las familias –sobre todo a aquellas que no cuentan con ningún tipo de seguro–, al riesgo de incurrir en gastos catastróficos, causa frecuente de empobrecimiento, para acceder a la atención que requieren. Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud en 2008 equivalió a 46.7%, en tanto el gasto privado en salud contribuyó con 53.3% del total. En términos per cápita el gasto público en salud fue de 3 125 pesos mientras que el gasto privado ascendió a 3 573 pesos por persona. De este último, 46.7% se destinó a la adquisición de medicamentos, 44% a servicios ambulatorios y 9.3% a gastos de hospitalización.<sup>10</sup>

En suma, las inmensas transformaciones por las que atraviesa actualmente la nación mexicana demandan un esfuerzo mayor de transformación de los servicios de salud. Nuestro actual modelo de salud ha dejado de responder a la realidad nacional, el reto principal es, ahora, romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud que garantice el acceso efectivo a los derechos sociales de toda la población.

---

<sup>10</sup> Datos del Sistema Nacional de Información en Salud de la SSA.

## **La universalización de la salud en México**

Con el propósito de corregir y superar los rezagos y limitaciones del sistema de salud la administración del Presidente Vicente Fox, se fijó como objetivo primordial la universalización de la salud, colocando el acento en la integralidad de la atención y el aseguramiento en el acceso a los servicios de salud.

En concordancia con este objetivo el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND 2001-2006), reconoció a la salud como determinante primordial del desarrollo de los mexicanos, y señala el compromiso del Estado de asegurar el acceso a la atención, servicios médicos y medicamentos para todos los mexicanos sin ningún tipo de distinción laboral, política, económica o social.

Consecuentemente “el gobierno de la república asumió el compromiso de continuar desarrollando los sistemas de salud de forma que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicidad de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan enfermedades”.<sup>11</sup>

Acorde con estos planteamientos, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS 2001-2006), plantea cinco objetivos básicos en la materia: 1) mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, 2) abatir las desigualdades en salud, 3) garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, 4) asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, y 5) fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.

---

<sup>11</sup> El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 establece el objetivo de democratizar la atención a la salud, señalando que “para hacer realidad la democratización de la atención a la salud, México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección; que cuente con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones”. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, Vicente Fox Quesada, Presidencia de la República, México, 2001.



Para dar cumplimiento a estas metas se establecen diez estrategias de acción, cinco de carácter sustantivo, es decir, que se encuentran directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y cinco estrategias instrumentales, esto es, que influyen en los objetivos básicos a través del fortalecimiento del sistema de salud.<sup>12</sup>

Las estrategias que se proponen en el documento son: vincular la salud con el desarrollo económico y social, reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, construir un federalismo cooperativo en materia de salud, fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud, ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención, y fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Asimismo, el PNS 2001-2006 apunta que el sistema de salud debe sustentarse en los valores de justicia, autonomía y corresponsabilidad social, mismos que deberán tomar forma en los principios rectores de ciudadanía, solidaridad y pluralismo. De conformidad con estos valores y principios “el Programa Nacional de Salud 2001-2006 anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo”.<sup>13</sup>

En cumplimiento de este compromiso, la SSA impulsó el establecimiento del “Programa Salud para Todos” mejor conocido como Seguro Popular de Salud (SPS), que respondía a tres objetivos fundamentales:

---

<sup>12</sup> Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud, Secretaría de Salud, México, 2001.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 75.

- 1) brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud,
- 2) crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS, y
- 3) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

En 2002, con un presupuesto de 191 millones de pesos, el Seguro Popular de Salud inició operaciones, como programa piloto, en cinco entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Durante esta primera etapa se enfatizó la afiliación de las familias pertenecientes a los tres primeros deciles de la distribución del ingreso.

Al final de su primer año, el SPS se extendía a 20 entidades federativas, con un total de 295 513 familias afiliadas y una cuota promedio de 86 pesos por familia. Esta primera fase de instrumentación permitió identificar los errores y aciertos del programa. Por ejemplo, evidenció la necesidad de utilizar instrumentos más efectivos para el control y supervisión del uso de los recursos, también pudo detectarse que la información declarada por los afiliados sobre derechohabencia o nivel económico no siempre era confiable.

Cabe mencionar, que, salvo algunos cambios sustantivos, principalmente en la estructura de financiamiento para dar mayor sustento a la parte operativa de prestación de los servicios, se conservaron muchas características del programa piloto Seguro Popular de Salud.

## **El Sistema de Protección Social en Salud**

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la reforma a la Ley General de Salud (LGS)<sup>14</sup> mediante la cual se incorpora, como

---

<sup>14</sup> La reforma consistió en la modificación del Título Tercero Bis, Art. 77 bis 1- 77 bis 41 de la Ley.

materia de salubridad general, la protección social en salud<sup>15</sup> y se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como un mecanismo de aseguramiento público en salud, para garantizar a la población que por su situación laboral no cuenta con algún mecanismo de seguridad social el acceso a los servicios de salud (médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios) que satisfagan de manera integral las necesidades básicas a través de la conjunción de intervenciones de promoción, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y de aceptabilidad social.

El Sistema de Protección Social en Salud se fundamenta en los principios de universalidad, portabilidad nacional, priorización explícita de intervenciones, prepago de servicios de salud, solidaridad financiera, subsidiaridad, presupuestación democrática y rendición de cuentas. Persigue los objetivos de ordenar las asignaciones actuales de recursos, distinguir entre bienes públicos y atención médica (afiliados al SPSS), corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas, incrementar el nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB, modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud, específicamente, reducir el gasto de bolsillo y aumentar los recursos públicos, mayor equidad en la distribución entre zonas geográficas, instituciones y grupos de población.

La reforma establece un horizonte de instrumentación gradual de siete años comprendidos en el periodo 2004-2010, donde cada año se incorporarán al SPSS, 14.3% de la población no asegurada estimada en 2004. Se instituye al Seguro Popular de Salud como el instrumento operativo para la atención médica cubierta

---

<sup>15</sup> La protección social en salud se define como un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Ley General de Salud, artículo 77bis 1, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, últimas reformas publicadas, 27 de abril de 2010, disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.

por el Sistema de Protección Social en Salud, la familia continúa siendo la unidad de afiliación del mismo, su esquema de financiamiento cambia de bipartita a uno tripartita, con aportaciones por parte del gobierno federal, las entidades federativas y las familias.<sup>16</sup>

El Sistema es coordinado por la Federación y los Servicios Estatales de Salud de las entidades federativas lo manejan a través de los Regímenes Estatales de Protección Social (reps) responsables de operar el Sistema en el ámbito local, atendiendo a la afiliación, administración de los recursos, supervisión de los prestadores de servicios y pago de los mismos. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es la instancia responsable de instrumentar el Sistema y garantizar la coordinación de los REPS.

Se establece como prioridad la afiliación de los hogares pertenecientes a los dos primeros deciles de ingresos residentes en las áreas de mayor marginación. Las familias afiliadas al SPSS contarán con la prestación de un conjunto bien definido de servicios de salud que incluirá los medicamentos asociados a los tratamientos correspondientes.

Asimismo, se creó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) con el propósito de apoyar el financiamiento de la atención de beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo que provocan gastos catastróficos. Este fondo es administrado por la CNPSS y cuenta con reglas de operación definidas.

Cabe resaltar, que, el 23 de octubre de 2009, se firmó el Convenio de Colaboración Específico en Materia de Prestación de Servicios Médicos y

---

<sup>16</sup> Originalmente el monto de las aportaciones federal y estatal se establecía de acuerdo al número de familias afiliadas al programa. El 8 de diciembre de 2009, el H. Congreso de la Unión aprobó las reformas a la Ley General de Salud a través de las cuales se modifica el esquema de financiamiento del SPSS, de una cápita familiar a una por persona, de manera que, a partir de 2010 las aportaciones federal y estatal se establecen en función del número de personas afiliadas al sistema, como se detalla más adelante.

Compensación Económica (Convenio de portabilidad “32 por 32”), que garantiza la atención médica de todos los afiliados en el territorio nacional independientemente de su lugar de residencia.

Con todo lo anterior se busca materializar el derecho a la protección de la salud contenido en la Constitución, “con el Seguro Popular se pretende avanzar hacia un esquema de atención homogénea de la población no cubierta por las instituciones públicas de seguridad social y, en el largo plazo, homologar los términos de la prestación de los servicios de salud. Con ello se espera que el total de la población en México pueda acceder a los servicios de salud que son provistos por las principales instituciones y esquemas públicos”.<sup>17</sup>

### **La Reforma del IMSS de 1995**

Las reformas a la seguridad social se inscriben en el contexto de lo que ha sido a nivel mundial, la crítica del Estado benefactor y la adscripción a una política económica orientada a reestablecer los equilibrios macroeconómicos, principalmente para superar la crisis fiscal. En el contexto de la aprobada Reforma del IMSS, se hace explícita una de las orientaciones básicas de la actual política económica, que es la de articular la política social con la fiscal y financiera.

El aspecto nodal que justifica la reforma realizada, es la insuficiencia financiera, al tenerse una relación de 7 a 1, entre cotizantes y pensionados, hizo que se calculara que para el año de 1999 los egresos del seguro de invalidez, vida, cesantía y muerte, serían superiores a los ingresos, ante ello se podría recurrir a una reserva que sólo alcanzaría para dos años.

---

<sup>17</sup> Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados, 2009, Comisión Nacional de Protección Social en Salud-Secretaría de Salud, México, 2010, p. 1.

La situación se manifestó más grave, ya que el rubro de enfermedades y maternidad se había financiado con recursos provenientes de las pensiones que desde 1973 provenían del pago para guarderías, ante esta debilidad financiera e inviabilidad a futuro, la reforma del IMSS, se orientó por mantener el carácter tripartito de las aportaciones para el seguro:

- ✓ De enfermedades y maternidad.
- ✓ De invalidez y vida.
- ✓ De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

La Ley aprobada presenta características que puestas en práctica pudieran ser contradictorias: Una es la de mantener el compromiso de garantizar protección a los trabajadores y procurar bienestar, y de alguna forma esto lo representa la disminución de las primas que los trabajadores aportan para el seguro de enfermedad y maternidad, aunque, una de las tendencias previsibles que se manifiesta es la carga fiscal, que representará la transición de un modelo de seguridad social a otro y los compromisos que pueda representar para el Estado sostener dichos beneficios, pero frente a este hecho, se tiene la aceptación de la participación privada en la administración de las pensiones, lo que introduce los ahorros de los trabajadores a la incertidumbre, el riesgo y a la rentabilidad del mercado, los resultados además dependen del nivel de ingreso individual y por lo tanto de los esfuerzos y capacidades de cada individuo en un periodo de vida productiva mayor al pactado desde las primeras reglamentaciones en seguridad social y con un horizonte que en el corto plazo no parece modificar la precariedad laboral.

## **La Reorganización Administrativa del IMSS de 1995**

Desde 1995 se modificó la estructura orgánica del IMSS mediante la definición de cuatro diferentes niveles de operación: Central, Regional, Delegacional y la Unidad de Operación.

La finalidad de esta estrategia fue adecuar la función administrativa a las necesidades y retos que se presentan para la eficiente prestación de los servicios, bajo el principio de autonomía de gestión, se dio inicio a un programa de desconcentración de procesos y facultades, cuyo eje fundamental fue la creación de siete Direcciones Regionales en torno a las cuales, se agruparon las 37 Delegaciones con base en criterios de capacidad de atención médica y otorgamiento de prestaciones económicas y sociales adecuados, eficiencia administrativa, logística regional y equilibrio en el número de usuarios entre las diferentes regiones.

Así las Direcciones Normativas del Nivel Central, tienen como principal objetivo, fungir como órganos de planeación, emisión de la normatividad y vigilancia de la operación; las Regionales supervisan, coordinan y controlan la operación regional; las Delegaciones dirigen programas, metas y recursos que a su vez operan las Unidades Médicas, no Médicas y Subdelegaciones, la finalidad de estas estrategias fue hacer acorde la función administrativa con las necesidades y retos que se presentan para la eficiente prestación de servicios.

Dentro del área de hospitales, destaca la desconcentración de autoridad y capacidad de autogestión de los cuerpos de gobierno, la actualización de los indicadores del proceso de atención médica, la identificación de las necesidades de equipo y la adquisición en sus diversas modalidades de aprovisionamiento, la creación de las Unidades de Apoyo a la Operación en las unidades médicas desde

el primer semestre de 1996, fue parte de las acciones para reforzar su capacidad de autogestión.

Asimismo, se integraron Unidades de Apoyo para servicios no médicos, cuyas acciones también estaban encaminadas a reforzar la autonomía y capacidad de gestión, así se reordenaron los servicios administrativos y financieros de las subdelegaciones, se desconcentraron las funciones de personal de contraloría, tesorería e informática a las unidades médicas y no médicas, es importante mencionar que la desconcentración operativa de las delegaciones hacia las unidades operativas, se realizó en congruencia con los programas prioritarios nacionales.

Esto evidencia la generación de mecanismos y procedimientos en el IMSS, a partir de unidades de organización con mayores facultades y mejores prácticas administrativas para cumplir su labor y resolver los problemas de forma más eficaz y expedita, es importante señalar que todas las acciones de modernización se han concebido para operar en un IMSS descentralizado y desconcentrado, por lo que desde el desarrollo mismo de los programas, éstos conllevan una base lógica, promotora de la autonomía de gestión y el pleno aprovechamiento de la capacidad resolutoria que otorga a las Direcciones Regionales, Delegaciones, Unidades Médicas y Subdelegaciones.

### **Nueva Reforma Complementaria del IMSS 2001**

Bajo el nuevo paradigma de la seguridad social, la reforma de 1995 pretendió fortalecer la formación del ahorro interno y resolver el problema financiero del IMSS, referente a las pensiones de los afiliados actuales y futuros del apartado "A" del Art. 123 Constitucional, sin embargo, a siete años de la reforma se hace un diagnóstico por parte de IMSS, planteando el problema de la ineficiencia de reservas para el Régimen de Jubilados y Pensionados para los propios



trabajadores del IMSS (RJP) y para los ramos de aseguramiento diferentes de las pensiones.

Los principales objetivos anunciados por el gobierno federal se resumen en los siguientes puntos:

- ✓ El fortalecimiento del sistema financiero y presupuestario del IMSS,
- ✓ La permanencia de los Ramos de Aseguramiento,
- ✓ El Régimen Tripartita,
- ✓ El cumplimiento de las obligaciones y el pago de pensiones.

Los objetivos anteriores se ven reflejados en las siguientes adiciones a la ley del Seguro Social:

- a) Concepto de Patrimonio y Constitución de Reservas Técnicas,
- b) Fiscal,
- c) Presupuestario,
- d) Modernización Tecnológica,
- e) Administrativa y de Desarrollo de Recursos Humanos,
- f) Mejora de Pensiones.

Anteriormente la Ley no especificaba entre el patrimonio del IMSS y las reservas del seguro; así como del Régimen de Jubilados y Pensionados (RJP), actualmente, se diferencia entre la pertenencia de los derechohabientes y sus trabajadores.

Antes de la Reforma, se consideraban como “recursos” todo activo del IMSS sin distinguir entre los que son del Instituto y de aquellos que pertenecen a los trabajadores y sus derechohabientes o bien, que son parte de la garantía de presentación de servicios futuros.

La iniciativa propuso dotar de mayor precisión a la administración de las reservas, estableciendo primero, la diferencia entre el concepto de Patrimonio y el de Reservas; y segundo, estableciendo en el texto de la ley la manera en que debe administrarse el régimen de reservas.

### **Acciones de la Reforma del 2001**

Con las acciones de la Reforma, se buscó que los actores tengan los siguientes beneficios; establecer mayor transparencia, certidumbre y certeza jurídica para el quehacer institucional y fortalecimiento del carácter público, tripartita y solidario del IMSS.

#### **1. Los trabajadores y derechohabientes**

- Un marco jurídico que contribuya a que el IMSS cuente progresivamente con reservas para los diferentes ramos de aseguramiento y que éstas sean manejadas de manera profesional y transparente,
- Acceso oportuno a los servicios del Instituto en cualquier parte del país, ya que se sientan las bases para contar con un documento único de identificación que aunado a una base actualizada de datos, permitirá en el futuro una ágil certificación de vigencia de derechos,
- Agilidad en su atención médica con la creación en los próximos años, del expediente clínico electrónico,
- La posibilidad de que, en caso de ser necesario se les pueda atender en otras instituciones públicas de salud y de seguridad social, con ellos se aprovecharán mejor los recursos públicos y se evitarán traslados y otras molestias para los derechohabientes,
- Que los niños bajo la custodia o patria protestad de un trabajador varón puedan disfrutar de los servicios de guardería,
- Pensiones y subsidios más acordes al ingreso real de cada quien, la posibilidad de que se amplíe el plazo de cobertura de servicios médicos para los trabajadores que hayan perdido su empleo, por el tiempo que

determine el Gobierno Federal quien en su caso aportará los recursos económicos que se requieran para ello,

- Las bases jurídicas para un servicio más oportuno y de mayor calidad gracias a una mejor captación de recursos y a una administración más moderna, ágil y eficiente.

## 2. Los pensionados y jubilados

- Un incremento de 10 por ciento para todos los pensionados por cesantía o vejez; esto es con 60 años o más de edad,
- Que ningún pensionado por cesantía o vejez reciba menos del equivalente a un salario mínimo vigente en el Distrito Federal,
- Que a las viudas con pensión de hasta 1.5 salarios mínimos se les incremente su percepción del 90 al 100 por ciento de la pensión que gozaba el asegurado,
- El reconocimiento de su calidad de pensionados a los ferrocarrileros jubilados antes de 1982, a los cuales se les garantiza el pago de su pensión,
- Que todas las pensiones se actualicen en lo sucesivo conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

## 3. Los patrones

- Un programa de regularización de sus adeudos de carácter general,
- Mayores facilidades de pago: plazos de hasta 48 meses; diferimiento de pago para los patrones cumplidos con problemas temporales de liquidez y simplificación de trámites con el IMSS,
- Disminución del rango mínimo del porcentaje sobre el que se calculan las multas,
- Una mayor certeza jurídica y procesal al precisarse sus derechos y la forma de ejercerlos, se elimina además la discrecionalidad en atribuciones fiscales de los servicios públicos del Instituto,

- El establecimiento de proporcionalidad y diferencia entre infracciones administrativas y delitos fiscales,
- Reducción de costos de administración y trámite al tener a su alcance medios modernos para la afiliación, determinación de cuotas y entero de las mismas,
- Facilidades para el pago de las cuotas mediante transferencias electrónicas, portal IMSS, portales bancarios y cargo automático en cuenta,
- Cuotas más equitativas del Seguro de Riesgos del Trabajo para las empresas que acrediten una disminución de sus siniestros.

#### 4. Los trabajadores del IMSS

- La integración de manera clara y con certeza jurídica de un fondo para el cumplimiento de las obligaciones legales, laborales y contractuales del Instituto para con ellos,
- Mejores condiciones para el desarrollo de su trabajo al fortalecerse gradualmente la recaudación, modernizarse la administración y agilizarse la operación del IMSS.

#### 5. La sociedad

- La ventaja de contar con una Institución que progresivamente fortalezca su situación financiera y que por lo tanto contribuya a la estabilidad macroeconómica del país,
- La seguridad jurídica de que seguirá contando con el auxilio del IMSS en situaciones de contingencia o catástrofe,
- Certeza jurídica para que, aun no siendo derechohabiente, pueda acceder a las instalaciones deportivas, recreativas y culturales del IMSS,
- Mayor confianza de que las aportaciones a la seguridad social serán utilizadas con plena transparencia,
- El compromiso de que el IMSS presentará a partir del 2002, estudios al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión para determinar posibles modificaciones a la legislación a fin de mejorar la Seguridad Social,

- El fortalecimiento de la rendición de cuentas al obligarse el Instituto a presentar cada año al Congreso de la Unión información completa y detallada de su situación financiera, revelando con toda transparencia sus pasivos y obligaciones contingentes, permitiendo una actualización anual en función de la dinámica demográfica y epidemiológica, a fin de conocer posibles dificultades, evaluar las alternativas de solución y servir de base para la toma de decisiones por parte del Congreso de la Unión y del Ejecutivo Federal,
- Se fortalecen también los principios de disciplina presupuestal, productividad, austeridad y transparencia en el gasto, el Instituto publicará para conocimiento de toda la sociedad, entre otros aspectos: los montos de sus reservas, inversiones y todos sus pasivos; el régimen de remuneraciones y prestaciones al personal, incluyendo el número de plazas y su costo,
- La certeza de que seguirá contando con la principal institución de salud y seguridad social del país, redistribuidora del ingreso y factor fundamental para el mantenimiento de la paz social.

## 6. El IMSS

- Su definición clara y precisa como Organismo Fiscal Autónomo.
- Flexibilidad presupuestaria en su operación, mayor capacidad de respuesta y mejores condiciones para cumplir con sus obligaciones ante los derechohabientes y los patrones al fortalecer, entre otras medidas, las atribuciones de su Consejo Técnico,
- La modernización de sus procesos administrativos, clínicos y de desarrollo de recursos humanos,
- Mayor precisión, transparencia y seguridad en la administración de sus reservas,

# **CAPÍTULO 3**

## **EL IMSS, 2008-2018**

### **Generalidades del IMSS**

Como ya se ha mencionado en los capítulos anteriores, el 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, promovida por el entonces Presidente Manuel Ávila Camacho, lo que dio origen a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, a través de un esquema de financiamiento tripartita compuesto por los sectores obrero, patronal y gubernamental.

En el 2018 el IMSS cumplió sus primeros sus 75 años de vida y los celebró, siendo la institución que vela actualmente por el bienestar de más de 74 millones de mexicanos.

En su origen, el IMSS solamente otorgaba protección a las y los trabajadores; poco a poco fue ampliando su cobertura extendiendo sus beneficios a los familiares de los trabajadores asegurados, a la población más desprotegida sin acceso a la seguridad social que vive en zonas rurales y comunidades indígenas del país, a través del Programa IMSS-PROSPERA, como hoy se le denomina, y a todos los estudiantes de escuelas públicas en los niveles de educación media superior y superior, de forma totalmente gratuita.

Durante el periodo 2007-2012 el IMSS enfrentó un panorama financiero de quiebra, ya que, de tener un déficit casi inexistente en 2007, las finanzas se deterioraron hasta presentar resultado negativo por 28,482 millones de pesos en 2012,<sup>1</sup> mismo que fue cubierto con las reservas institucionales. En consecuencia, el Instituto proyectaba contar con sustentabilidad financiera solo hasta el año 2014, agotando, en ese periodo, sus reservas financieras.

Para hacer frente a esta contingencia, se emprendieron distintas acciones y estrategias con el propósito de fortalecer las finanzas, sin afectar la calidad de los servicios médicos. La estricta disciplina financiera que se aplicó desde 2013 permitió acortar la brecha entre ingresos y gastos, lo que disminuyó gradualmente el uso de reservas de 2013 a 2015 y, finalmente, permitió obtener 2 años con superávit de 7,011 millones de pesos en 2016 y 9,749 millones de pesos en 2017.

La formalización del empleo durante la Administración del Presidente Enrique Peña Nieto, mostró tasas de crecimiento superiores a las de la economía en general, lo que contribuye al saneamiento financiero del Instituto. En 2017 los ingresos propios crecieron por quinto año consecutivo, acumulando un crecimiento de 22.3% en ese lustro.

Por otra parte, las perspectivas financieras muestran hoy un escenario en el que el IMSS es sustentable en el corto plazo, asimismo, se estima que de continuar con medidas de contención que mejoren la eficiencia del gasto, tendrá viabilidad financiera cuando menos hasta 2030.

La respuesta a los retos a los cuales se enfrenta el IMSS, ha sido un proceso de distintas medidas implementadas desde el inicio de la Administración del Presidente Peña Nieto. Estas medidas van desde la administración de los recursos hasta el fortalecimiento de políticas de disciplina y orden presupuestal,

---

<sup>1</sup> Todos los importes mencionados están expresados en millones de pesos de 2018.

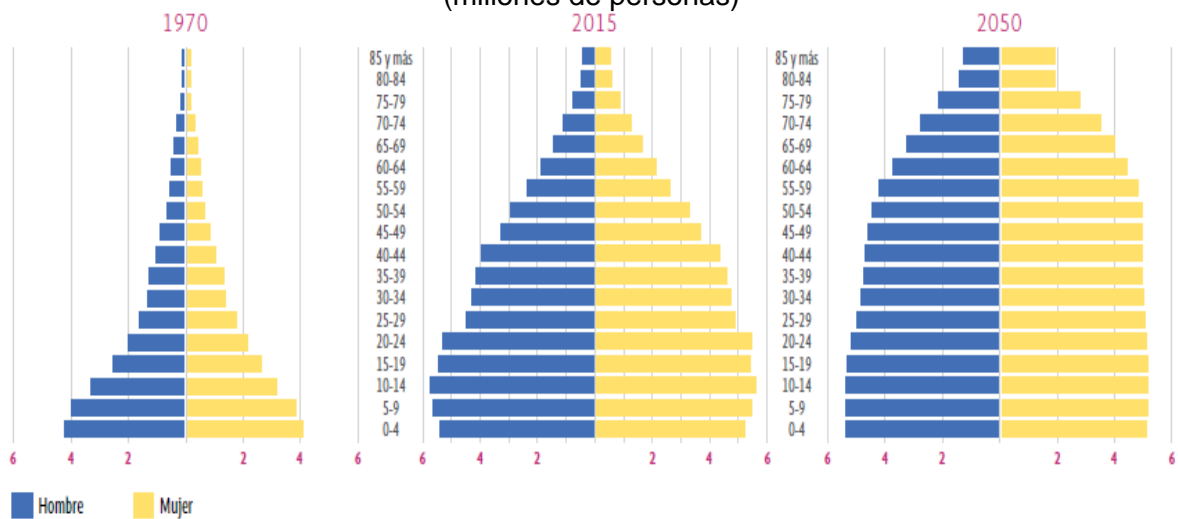
que al cierre del ejercicio 2017 permitieron no usar las reservas originalmente contempladas y obtener un superávit de más de 9,749 millones de pesos.<sup>2</sup>

La complejidad del entorno en el que el IMSS opera, involucra múltiples factores que requieren de políticas y acciones necesarias en el ámbito de la salud, las pensiones y, de manera muy especial, el financiero, para responder al desafío de garantizar acceso oportuno a las prestaciones otorgadas.

### Transiciones demográficas en el IMSS

El descenso en las tasas de mortalidad y fecundidad provoca cambios importantes en el crecimiento y la distribución por edades de la población. El aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más en la población total es resultado de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando, para darle una fisonomía rectangular.

**Estructura de la población en México por edad y sexo**  
(millones de personas)



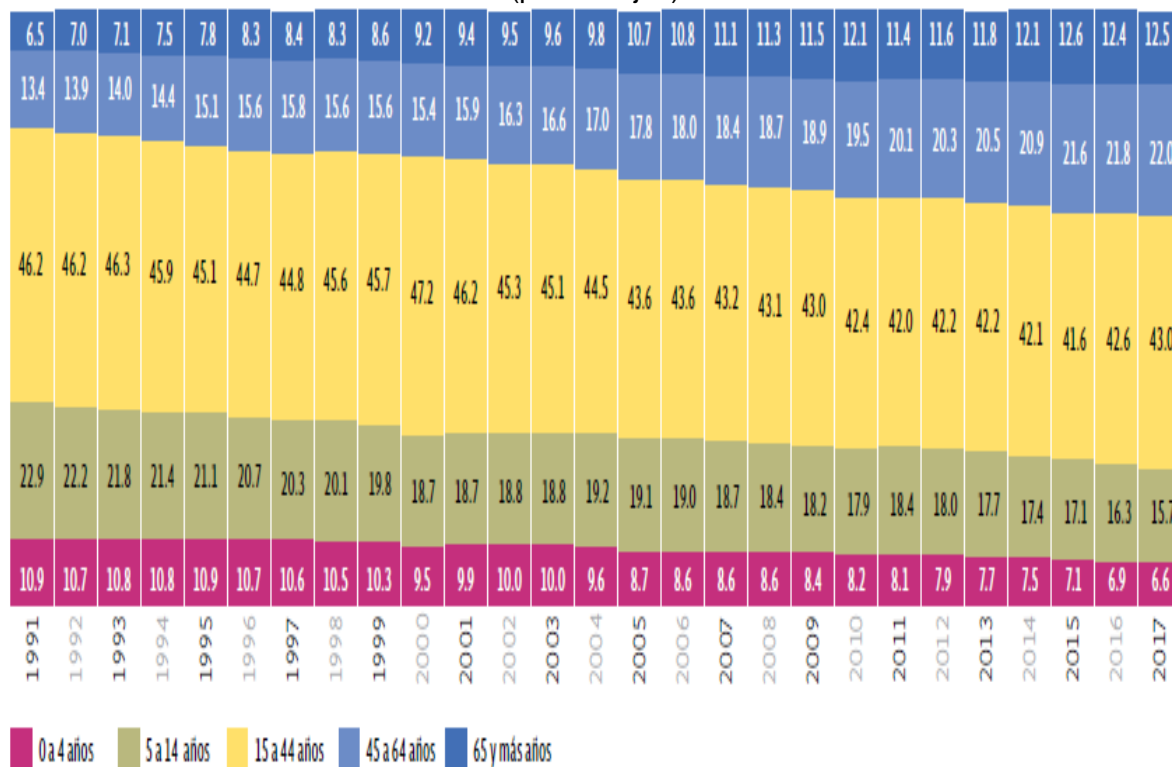
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI, IX Censo de Población y Vivienda 1970 y Encuesta Intercensal 2015; Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la Población 2010-2050.

<sup>2</sup> Importe expresado en pesos constantes de 2018.



Por su parte, la población derechohabiente del IMSS adscrita a médico familiar se muestra cada vez más envejecida, con una decreciente participación de los grupos de edad más jóvenes, como se muestra en la siguiente gráfica.

**Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1991-2017<sup>1/</sup>**  
(porcentajes)

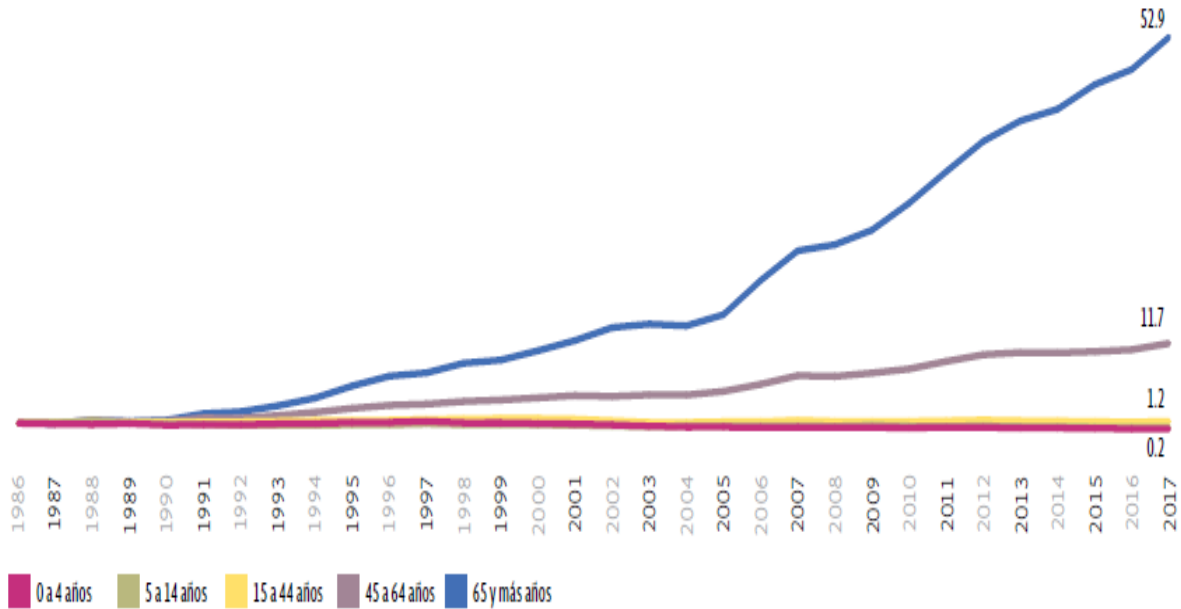


1/ De 1991 a 2010, las cifras corresponden al mes de junio de cada año. A partir de 2011, las cifras corresponden al 31 de diciembre de cada año.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Prestaciones Médicas; Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Asimismo, el envejecimiento de la población derechohabiente conlleva a un mayor gasto, pues en la vejez no solo se demandan más prestaciones, sino que también se enfrentan enfermedades más complejas, se viven más años con enfermedades crónicas (y comorbilidades), y en muchos casos existen niveles de discapacidad y de dependencia importantes, como se muestra en la siguiente gráfica.

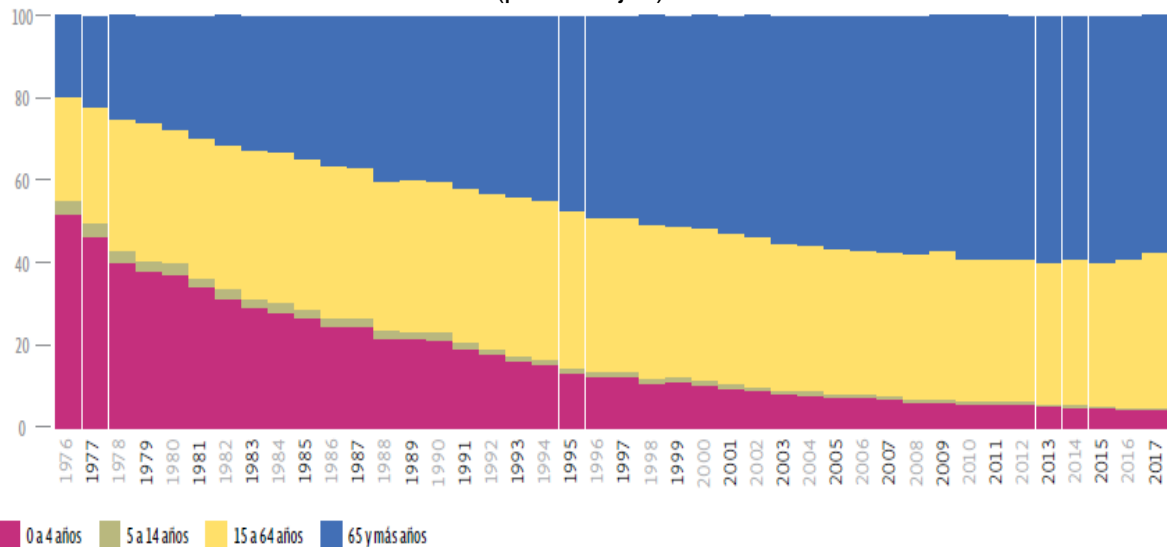
**Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2017**  
(índice base 1986=1)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Otro efecto de la transición, consiste en el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos (ver siguiente gráfica).

**Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2017**  
(porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Del total de defunciones en el IMSS en 1976, 51.5% ocurrió dentro del grupo de menores de 5 años, y 20% en el grupo de mayores de 65 años. En 2017, la situación de estos 2 grupos se había invertido: se redujo el porcentaje de defunciones en el grupo de menores de 5 años a 4.2%, en tanto que los decesos en el grupo de mayores de 65 años representó 58.6 por ciento.

Cabe resaltar que el IMSS está atravesando un proceso de transición epidemiológica, es decir, cambios en la prevalencia de enfermedades y causas de muerte. Por ejemplo, ha disminuido la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años, gracias a 3 principales factores:

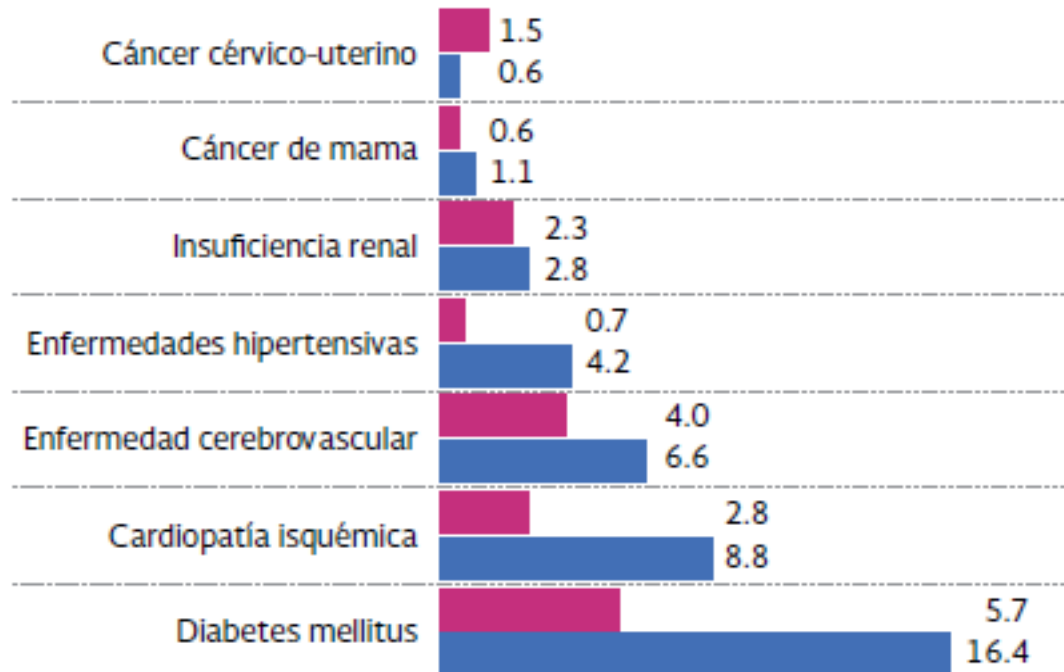
- i) disponibilidad de la terapia de hidratación oral;
- ii) incremento de las coberturas de vacunación en este grupo de edad, y
- iii) mejoras en la infraestructura médica y creación de nuevos programas de medicina preventiva.

En la siguiente gráfica, se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis pulmonar, padecimientos que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones originadas por enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares de mortalidad en 2017.

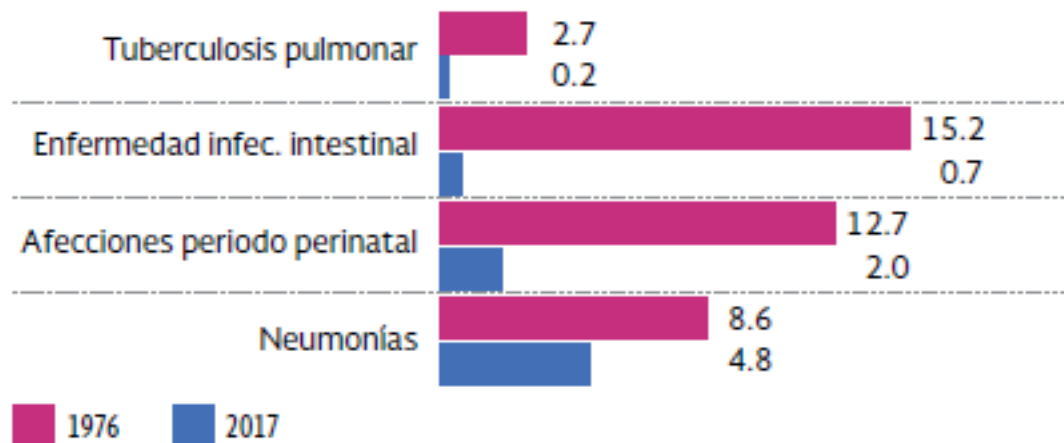
El doble reto que enfrenta el IMSS, y que se traduce en un creciente gasto en salud, está en la atención de las enfermedades no transmisibles que ha adquirido gran relevancia por la demanda de recursos que genera y, al mismo tiempo, la atención de algunas enfermedades transmisibles (infecciosas) y otras materno-infantiles.

**Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2017**  
(porcentajes)

**Enfermedades no transmisibles**



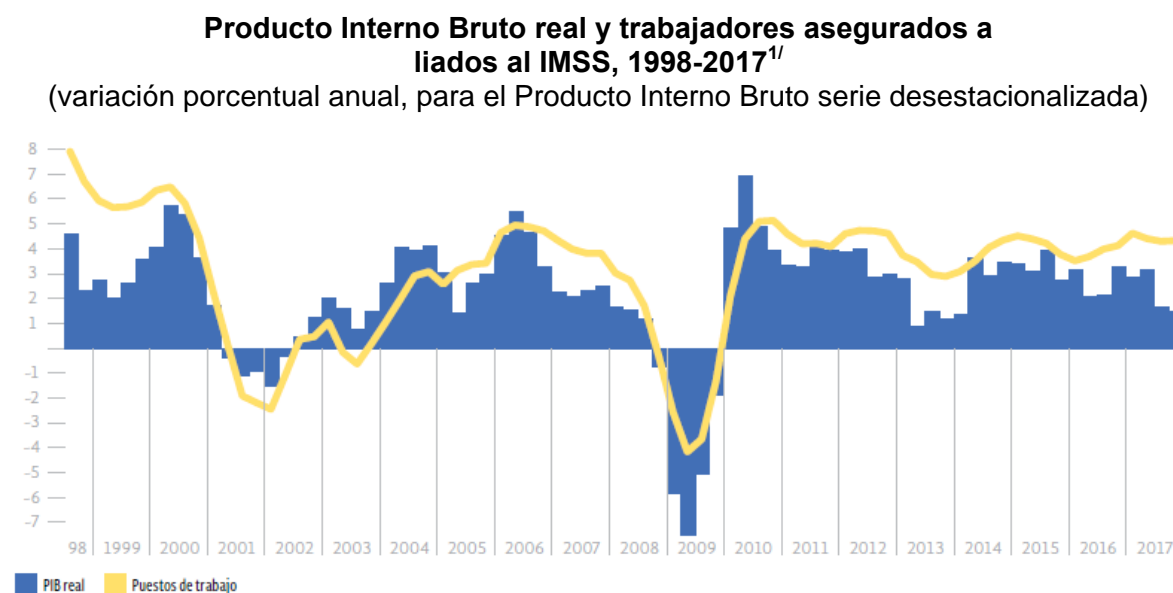
**Enfermedades transmisibles**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

## Contexto económico del IMSS

Durante 2017, la actividad económica en México registró un crecimiento de 2%<sup>3</sup>. Del comportamiento a lo largo del año destaca que, como consecuencia de los efectos de los sismos ocurridos en septiembre, en el segundo semestre de 2017 el PIB registró una disminución, como se observa en la siguiente gráfica.



1/ Para los trabajadores asegurados afiliados al IMSS se toma el cierre del trimestre.

PIB: Producto Interno Bruto trimestral, base 2013, serie desestacionalizada, a precios de 2013.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y de la Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Por su parte, el mercado laboral continuó fortaleciéndose durante 2017. El número de trabajadores afiliados al IMSS registró un crecimiento anual de casi 802 mil plazas, equivalente a una tasa de 4.3%, más del doble de lo que creció el PIB, y los crecientes niveles de afiliación se tradujeron en ingresos obrero-patronales superiores a las metas previstas.

<sup>3</sup> En cifras ajustadas por estacionalidad 2.3 por ciento.

Durante 2017, la inflación general anual aumentó, alcanzando al cierre del año una tasa de 6.77%. En particular, a inicios de 2017 la inflación se vio influida de manera adversa por la depreciación de la moneda nacional y el aumento en su volatilidad, resultado a su vez de la incertidumbre sobre la postura del nuevo gobierno de Estados Unidos, así como por los incrementos registrados en los precios de algunos energéticos derivados de su proceso de liberalización.

Otro factor que incide en el aumento de los costos en las prestaciones médicas es la incorporación creciente y acelerada de nuevas tecnologías médicas, las que pueden traducirse en nuevos medicamentos, intervenciones de vanguardia, más especialistas, mejores implementos, exámenes y equipos, entre otros. Es común que los altos costos de inversión en investigación y desarrollo implicados en el proceso de generación de nuevas tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento se observen antes de su salida al mercado y se vea reflejado de inmediato en el precio de mercado del mismo. Por supuesto, es de esperar que después de un tiempo los beneficios del cambio tecnológico en la salud de la población sobrepasen considerablemente los costos.

### **Situación financiera general**

La situación financiera del Instituto se describe a partir de: i) los estados de actividades y de situación financiera, dictaminados por auditor externo, y ii) los resultados de las proyecciones de corto y largo plazos provenientes de los modelos que también son dictaminados por auditor externo.

Los estados de actividades y de situación financiera se presentan conforme a la normatividad aplicable, revelando el costo neto del periodo de las obligaciones laborales, en virtud de que el Instituto tiene establecido un Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y un plan de Prima de Antigüedad para sus trabajadores, cuya reserva y aportación son calculadas de acuerdo con la Norma

de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” emitida por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera.

En el estado de actividades del ejercicio 2017 se reconoce parcialmente el costo neto del periodo que corresponde al registro de los pagos realizados por concepto del Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad, en cumplimiento a las disposiciones de la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal “Obligaciones Laborales” (NIFGG SP05), emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en donde se señala que únicamente se deberá registrar el costo neto del periodo que se encuentre presupuestado y fondeado, y que no implique un resultado desfavorable para el Instituto. A través de notas a los estados financieros dictaminados, se revelan los montos totales de los pasivos laborales que se obtienen de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” que es de aplicación obligatoria en cuanto a valuación y revelación.

### *Ingresos*

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de 4 fuentes de financiamiento: i) de las cuotas y aportaciones tripartitas a la seguridad social que se reciben por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; ii) de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios; iii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, y iv) del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto.

El total de ingresos del IMSS para el ejercicio 2017 ascendió a 410,434 millones de pesos, cifra superior en 37,954 millones de pesos respecto al ejercicio anterior (ver siguiente cuadro). El incremento en los ingresos totales se explica

principalmente por el aumento consistente de la recaudación, situación que se ve reflejada en el renglón de “Cuotas y aportaciones de seguridad social”, así como por el uso eficiente de los recursos financieros reflejado en los “Intereses ganados de valores, créditos y bonos”.

**Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2016 y 2017**  
(millones de pesos corrientes)

<b>Concepto</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Ingresos y otros beneficios</b>		
<b>Ingresos de la gestión</b>		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	353,336	383,939
<b>Ingresos por venta de bienes y servicios</b>		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,410	1,436
<b>Otros ingresos y beneficios</b>		
<b>Ingresos financieros</b>		
Intereses ganados de valores, créditos y bonos	5,898	10,301
<b>Otros ingresos y beneficios varios</b>	11,836	14,758
<b>Total de ingresos</b>	<b>372,480</b>	<b>410,434</b>
<b>Gastos y otras pérdidas</b>		
<b>Gastos de funcionamiento</b>		
Servicios de personal	169,177	178,044
Materiales y suministros	52,080	55,042
Servicios generales y subrogación de servicios	32,491	35,705
<b>Otros gastos y pérdidas</b>		
Subsidios	25,746	28,230
Ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales	-	1,690
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	6,896	8,604
Otros gastos	14,972	16,901
Pagos a pensionados y jubilados IMSS	67,773	74,681
<b>Total de gastos</b>	<b>369,135</b>	<b>398,897</b>
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>3,346</b>	<b>11,537</b>



---

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2016 y 2017.

## *Gastos*

El gasto del Instituto comprende todas las erogaciones realizadas para llevar a cabo la prestación de sus servicios y tiene 2 componentes importantes: i) los gastos de funcionamiento, que incluye servicios de personal (nómina a trabajadores del Instituto), materiales y suministros (medicamentos, materiales de curación, entre otros), servicios generales y subrogación de servicios, los cuales representan 67%, y ii) Otros gastos y pérdidas, que considera subsidios (prestaciones a los derechohabientes), ayudas sociales, donativos y cuotas a organismos internacionales, pagos a jubilados y pensionados del IMSS, estimaciones, depreciaciones y deterioros, así como la creación de reservas financieras y de contingencia de acuerdo con la propia Ley del Seguro Social, que representan 33 por ciento.

El total de gastos del IMSS para el ejercicio 2017 ascendió a 398,897 millones de pesos, cifra superior en 29,762 millones de pesos respecto al ejercicio anterior (ver cuadro anterior). Esta cifra superior se explica principalmente por el incremento en los gastos de funcionamiento y por el incremento en el rubro de pagos a pensionados y jubilados del IMSS. A pesar del incremento en el total de gastos, uno de los factores de peso para este crecimiento está reflejado en el renglón de “Otros gastos” y es consecuencia de que el Instituto ha podido incrementar sus reservas financieras con el fin de enfrentar situaciones futuras.

Respecto a los pagos a pensionados y jubilados del IMSS ya mencionados, las proyecciones de crecimiento presentadas en este mismo Informe indican que este concepto seguirá creciendo de manera consistente en los próximos años, dicho concepto representa el costo de las obligaciones laborales reconocidas al 31 de

diciembre de 2017, y es equivalente a 18.7% del total de gastos del Instituto, en comparación con 18.3% correspondiente al gasto de 2016.

### **Ingresos y Aseguramientos en el IMSS**

En 2017, se alcanzaron nuevamente niveles históricos en materia de afiliación con crecimientos por arriba de lo que crece la economía y se avanzó en la aplicación del Modelo Integral de Fiscalización, con resultados favorables, ya que con un menor número de actos de autoridad se obtuvieron ingresos extraordinarios por 13.8 mil millones de pesos, derivados de una mayor eficiencia recaudatoria, así como una mejor fiscalización y cobranza; una recaudación extraordinaria similar a la obtenida en 2016.

Estas acciones, al igual que el año pasado, se han traducido en niveles de ingreso obrero-patronal superiores a las metas previstas. En 2017, pese a que las proyecciones de recaudación se calcularon con un crecimiento económico esperado de 2.5%, y la cifra observada fue de 2%, se superó en 8,500 millones de pesos la meta de ingresos contemplada en la Ley de Ingresos de la Federación; el segundo mayor superávit. Con lo anterior, el excedente alcanzado durante los primeros 5 años de la Administración del Presidente Enrique Peña, asciende a 22,700 millones de pesos, cifra que, para ponerla en perspectiva, equivale a más de 4 veces lo que el Instituto invertirá en infraestructura médica en 2018.

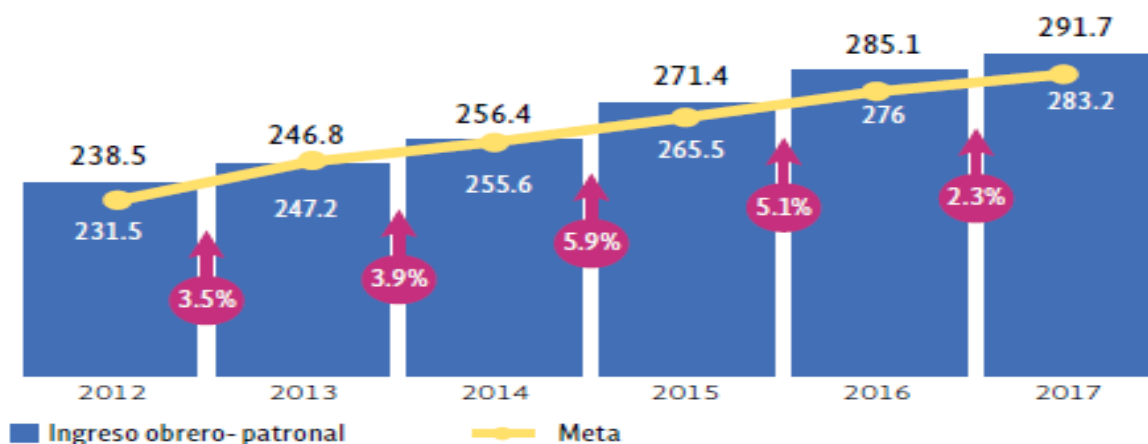
En materia de generación de empleo formal afiliado al IMSS, el año 2017 fue significativo, pues se observó el mejor aumento anual reportado desde 1997 y con ello se continuó con niveles históricos por quinto año consecutivo, creciendo por arriba de la economía y alcanzando en lo que va de la presente Administración, del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018, una creación de prácticamente 3.6 millones de empleos (3,579,170 empleos formales). Esta es la mayor creación reportada desde que se tenga registro, 2.1 veces lo creado en el mismo periodo

de la anterior Administración (1,724,845), e incluso es superior a los empleos creados en los 12 años completos de las 2 administraciones pasadas (3,517,422).

Por quinto año consecutivo, los ingresos obrero-patronales del IMSS (incluyendo IMSS-Patrón)<sup>4</sup> presentaron un comportamiento favorable. En los primeros 4 años de esta la Administración del Presidente Peña Nieto, se cumplió con la meta de la Ley de Ingresos de la Federación, con un superávit de 14,244 millones de pesos durante estos 4 años. En el quinto año, al cierre de 2017, se alcanzó una recaudación de 291,705 millones, lo que significó un superávit de 8,463 millones de pesos.

El ingreso de 2017 es 22,861 millones de pesos superior al alcanzado en 2016, equivalente a un crecimiento de 8.5% nominal y 2.3% real (ver siguiente gráfica)<sup>5</sup>, y 94,504 millones superior a lo recaudado en 2012 (53,220 millones en términos reales), equivalente a un crecimiento de 47.9% nominal y 22.3% real.

**Ingreso obrero-patronal del IMSS real (incluye IMSS-Patrón) y meta de la Ley de Ingresos de la Federación, 2012-2017<sup>1/</sup>**  
(miles de millones de pesos de 2017)



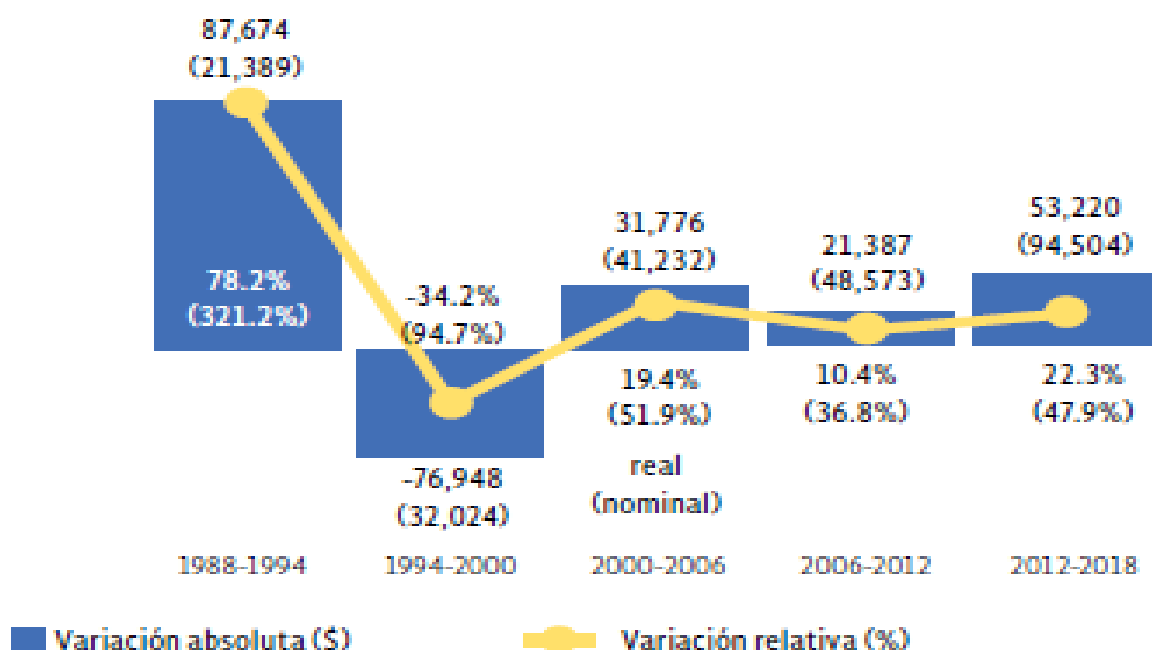
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Finanzas, IMSS.

<sup>4</sup> El ingreso obrero-patronal (incluyendo IMSS-Patrón) refiere a lo recaudado por el IMSS por cuotas obrero-patronales (recuperación de cartera y mora e ingresos por fiscalización), capitales constitutivos e IMSS como patrón. Se excluyen derivados de cuotas (multas, recargos, actualizaciones y gastos de ejecución) y comisiones por servicios de Afores e INFONAVIT.

<sup>5</sup> La disminución en la tasa de crecimiento real del ingreso es resultado del incremento de la inflación observado en 2017, que pasó de niveles de 3.5% en promedio de 2012-2016 a 6.8% al cierre de dicho año.

El crecimiento registrado en los primeros 5 años de la Administración del Presidente Peña Nieto, contrasta con lo reportado en la Administración anterior de 10.4% real, considerando el mismo periodo (ver siguiente gráfica).

**Variación en ingreso obrero-patronal del IMSS (incluye IMSS-Patrón) en los primeros 5 años de la Administración del Presidente Peña y anteriores Administraciones<sup>1/</sup>**  
(millones de pesos de 2017 y porcentaje)



1/ No se incluyen administraciones anteriores a 1988-1994, ya que no se dispone de cifras de ingreso obrero-patronal anteriores a 1986. Se considera el 1° de enero como inicio de sexenio (por ejemplo, en la Administración 2012-2018 se considera el periodo del 1° de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017).  
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Finanzas, IMSS.

Cabe resaltar, que esta situación favorable en la recaudación del Instituto es producto de diversos factores, dentro de los que destacan:

- i) el acelerado proceso de formalización del empleo;
- ii) la simplificación y digitalización de trámites, y
- iii) la implementación de un Modelo Integral de Fiscalización, entre otros.

## **Formalización del empleo en el IMSS**

El ingreso obrero-patronal del IMSS está en función de la evolución del empleo afiliado y del salario base de cotización, fenómenos, a su vez, asociados a los ciclos económicos.

Tradicionalmente en México, la relación entre la creación de empleos formales y el crecimiento económico, medido con base en el Producto Interno Bruto (PIB) del país, era uno a uno (elasticidad empleo-producto igual a la unidad)<sup>6</sup>.

Esto es, un crecimiento de 1% en el PIB incrementaba la afiliación del IMSS en el mismo porcentaje, situación que se modificó a partir del año 2013, cuando el aseguramiento en el Instituto creció por arriba de la economía.

Entre 2013 y 2016 se reporta una creación promedio anual de cerca de 640 mil empleos asegurados, equivalente a una tasa anual promedio de 3.8%.

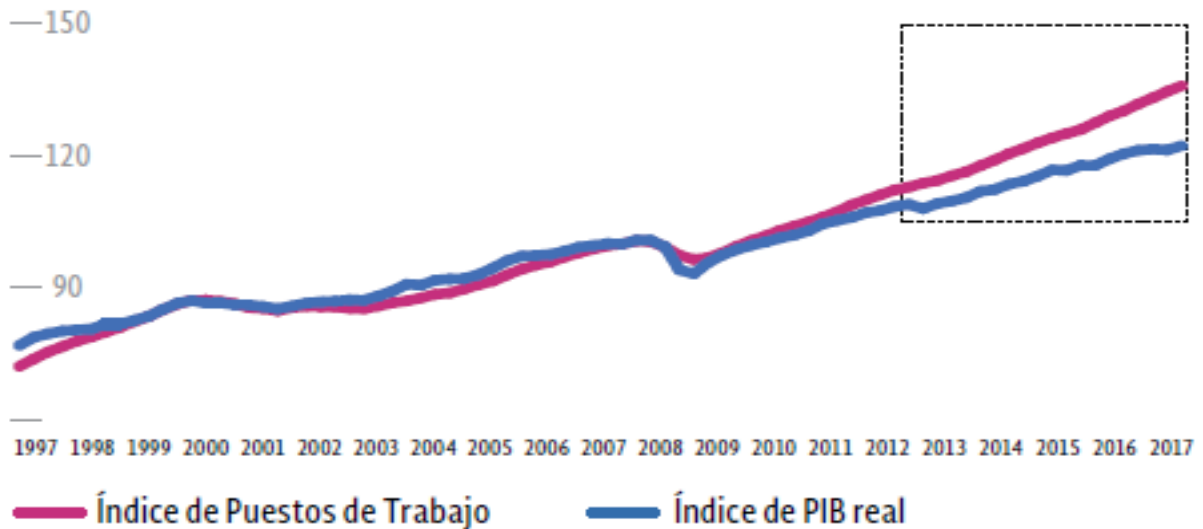
Para 2017, la formalización del empleo presentó el mejor aumento anual reportado desde 1997, con una generación de empleo afiliado al IMSS de más de 801 mil puestos de trabajo, equivalente a una tasa de 4.3%, cuando la economía creció en 2 por ciento.

Con lo anterior, destaca el aumento en la elasticidad empleo-producto que pasó de 1.4% en 2016 a 2.1% en 2017 (ver siguientes gráficas).

---

<sup>6</sup> La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto. Elasticidades mayores que uno indican que el empleo en el IMSS crece por encima de la actividad económica en el país, lo que evidencia un proceso de formalización del empleo, cuyo impacto es positivo en la recaudación del IMSS.

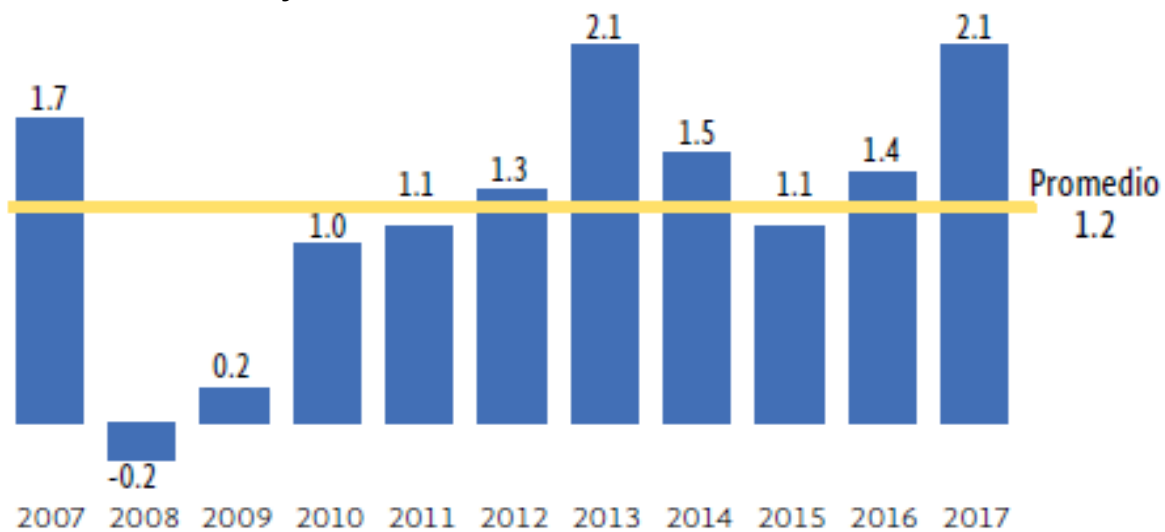
**Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1997-2017<sup>1/</sup>**  
(índice base 2008=100, cifras trimestrales)



1/ PIB: Producto Interno Bruto (base 2013) con cifras del tercer trimestre de 1997 al cuarto trimestre de 2017 y puestos de trabajo refiere al cierre de trimestre.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para cifras del PIB.

**Elasticidad entre los puestos de trabajo en el IMSS y el Producto Interno Bruto real, 2007-2017<sup>1/</sup>**



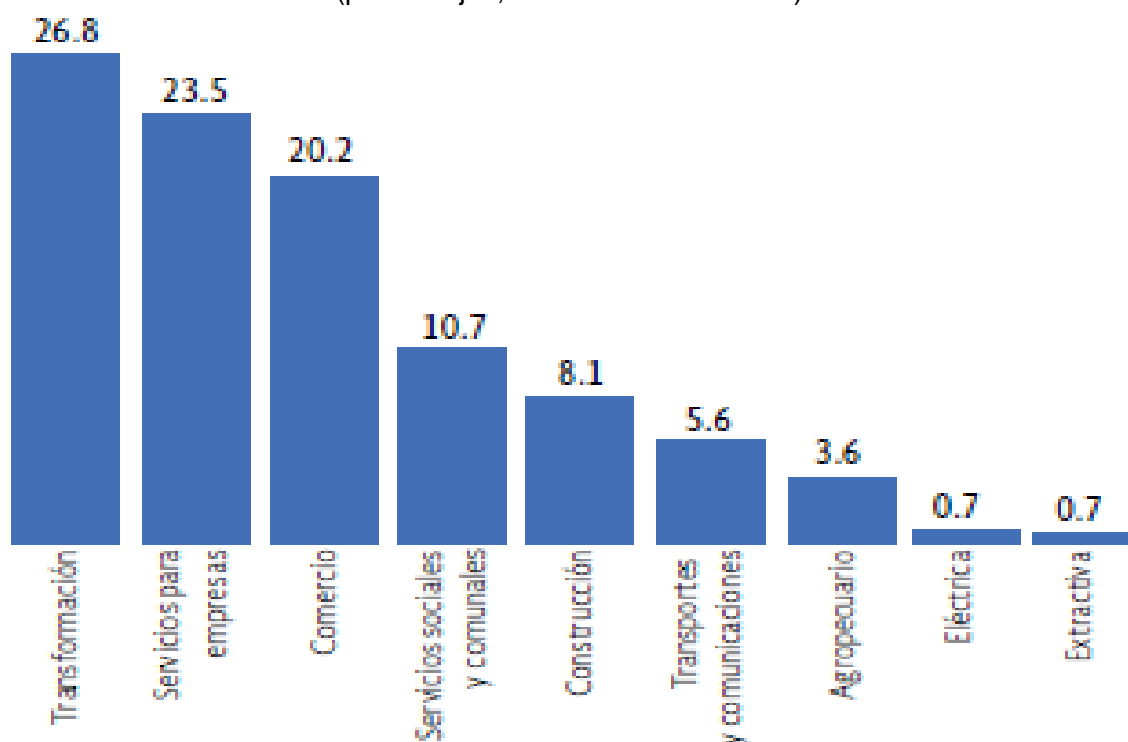
1/ La elasticidad empleo-producto se mide como la razón de la variación anual de diciembre de cada año del empleo en el IMSS y la variación anual promedio del Producto Interno Bruto (base 2013), con cifras del primer trimestre de 2007 al cuarto trimestre de 2017.

PIB: Cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revisadas el 19 de marzo de 2018.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Por otra parte, de 2013 a 2017, las actividades económicas que más aportaron a esta situación favorable en la afiliación del IMSS son transformación y construcción. Estos sectores representan más de la tercera parte del empleo total asegurado en el Instituto. Con una menor participación, de cerca de 15%, también destacan los sectores servicios sociales y comunales, y agropecuario (ver siguiente gráfica).

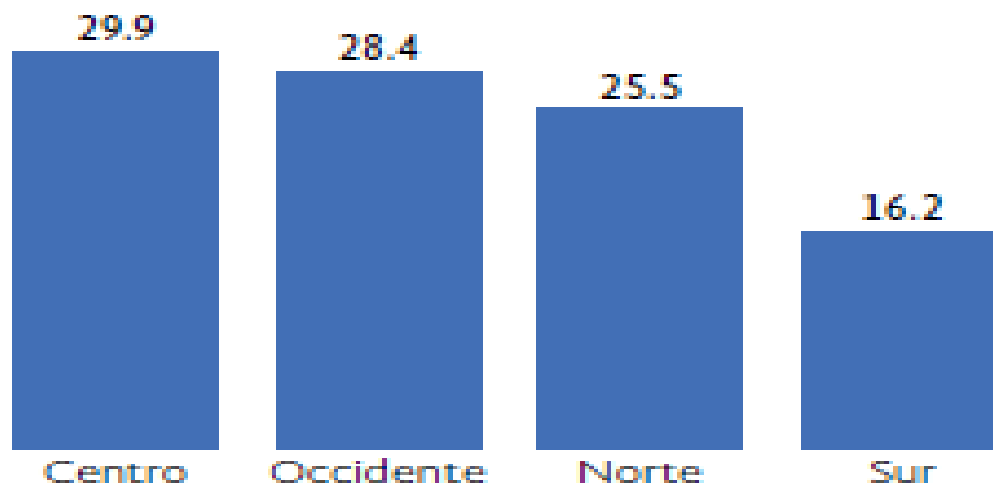
**Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS por sector o actividad económica, 2017**  
(porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Finalmente, son las regiones del sur, norte y occidente donde mejores resultados se han presentado en términos de generación de empleo formal en los últimos 5 años y comparando con su actividad económica sobresalen los estados del sur que, aunque presentan una creación de empleo por debajo del promedio nacional, superan el bajo crecimiento económico de la región, incluso negativo en algunos años y resultado, en parte, por la crisis petrolera, (ver gráfica siguiente).

**Distribución de los puestos de trabajo en el IMSS  
por región geográfica, 2017**  
(porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

## Aseguramiento en el IMSS

En los registros del IMSS se distinguen dos tipos de afiliación: i) aseguramiento asociado a un empleo<sup>7</sup>, que considera tanto a trabajadores del Régimen Obligatorio, como a aquellos del Régimen Voluntario, entre los que se encuentran trabajadores domésticos, independientes, de la Administración Pública Federal, personas físicas con trabajadores a su servicio, etcétera (asegurados trabajadores), y ii) aseguramiento para ciudadanos sin un empleo formal que desean obtener los beneficios que otorga el Instituto, principalmente en salud (asegurados no trabajadores).

En este último caso se incluye la afiliación voluntaria al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al Seguro Facultativo (estudiantes), y la Continuación Voluntaria.

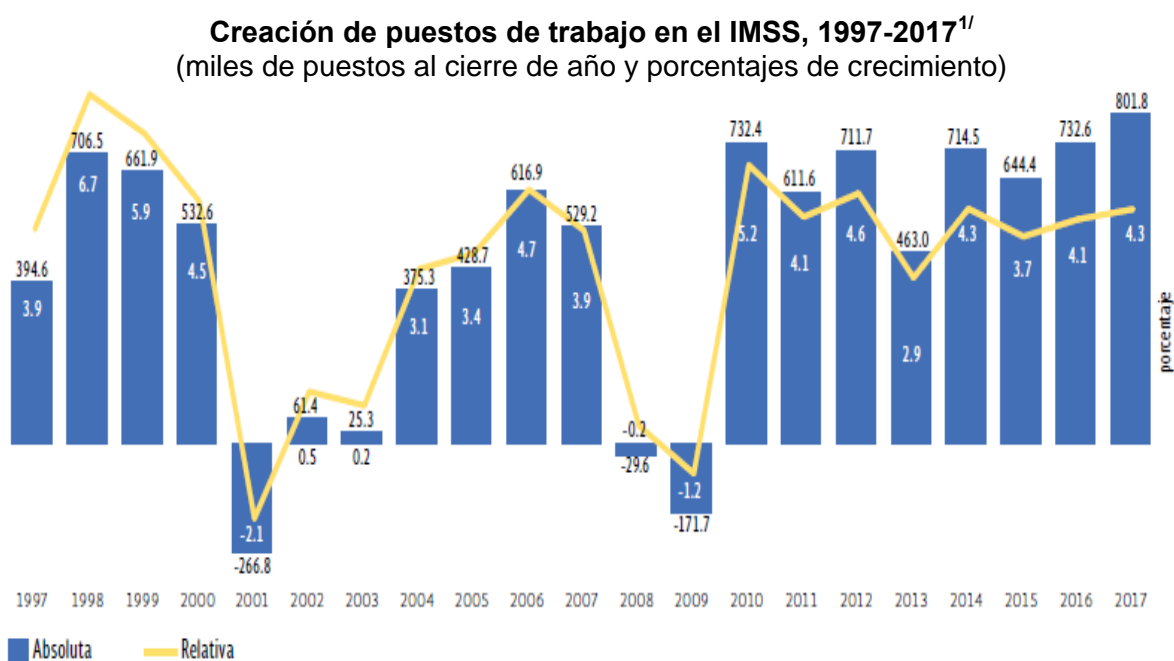
<sup>7</sup> En términos de mercado laboral es la población ocupada.



## Asegurados trabajadores

En 2017, a pesar de un crecimiento económico por debajo de lo esperado, se consiguió ampliar de manera importante el empleo asegurado en el IMSS, cerrando el año con una afiliación de 19,418,455 puestos de trabajo. Estos registros están pormenorizados por personas con nombre y apellidos, con semanas cotizadas, asociados a una empresa, un historial salarial, un pago de cuotas, entre otros datos.

Esta afiliación significó una creación de 801,831 puestos de trabajo al cierre de 2017, equivalente a una tasa anual de 4.3% (ver gráfica siguiente), casi el doble que el crecimiento de 2% alcanzado en la economía.



1/ Creación de puestos de trabajo se refiere a la diferencia en los puestos de trabajo asegurado al cierre de cada año.  
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Para 2018, el comportamiento del empleo formal en el IMSS continúa favorable, con una creación de 455,651 puestos en el primer cuatrimestre del año. Se trata del mayor aumento para un cuatrimestre del año desde que se tiene registro.

Por último, del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018, se reporta la creación de prácticamente 3.6 millones de empleos formales (3,579,170), 2.1 veces mayor que lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración (1,724,845), e incluso es superior a los empleos creados en los 12 años completos de las 2 Administraciones pasadas (3,517,422).

# CONCLUSIONES

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución más grande de América Latina, con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943.

Aunque en sus inicios brindaba seguridad social solamente a las y los trabajadores, poco a poco fue ampliando su cobertura, para incluir también a sus familias, así como a la población más desprotegida que vive en zonas rurales y comunidades indígenas del país.

En sus más de 7 décadas de existencia, ha enfrentado diversos acontecimientos que han modificado las necesidades y requerimientos de sus derechohabientes en materia de salud y de seguridad social.

Por un lado, los cambios demográficos que se han registrado ejercieron presiones en las finanzas públicas del IMSS, pues al tener una población con mayor esperanza de vida, transitando a una población más envejecida, se hacía necesario destinar mayor gasto a la atención de la salud.

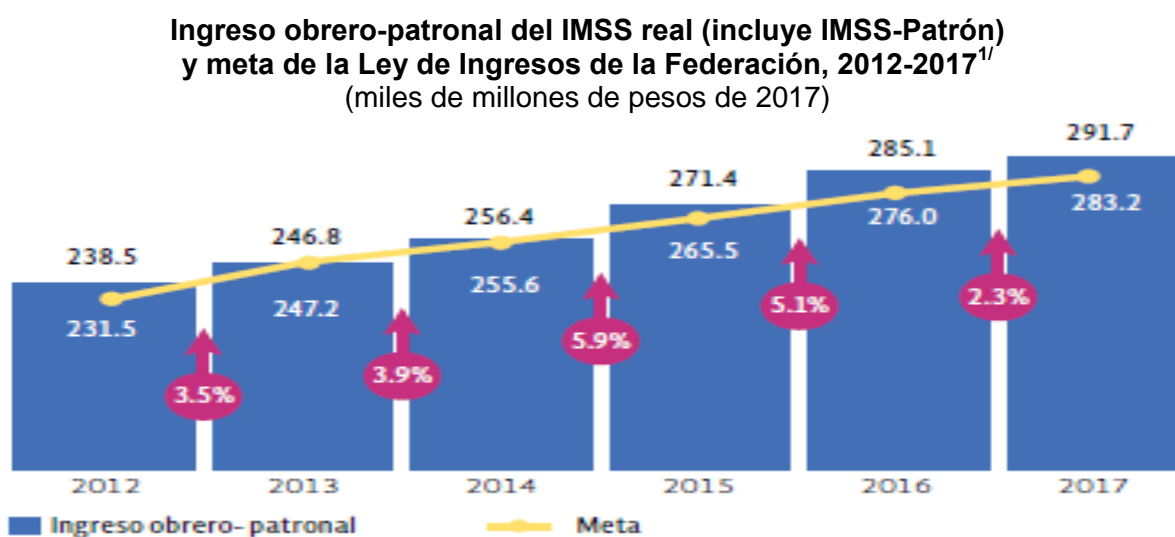
Por otra parte, las enfermedades infecciosas dejaron de ser la principal causa de enfermedad y muerte, para ser reemplazadas por las crónico-degenerativas, como cáncer y diabetes, las cuales también requieren una mayor proporción del gasto para su atención. Adicionalmente, el pago de jubilaciones y pensiones de los trabajadores del IMSS implicarán una presión adicional en el gasto durante los próximos años.

Para hacer frente a todos estos acontecimientos, el Instituto tuvo que hacer uso de las reservas financieras, situación que se agudizó entre 2010 y 2012, a tal grado que en 2012 se utilizaron 22 mil millones de pesos de las reservas que sólo debían usarse en situaciones extraordinarias.

Para evitar tener que inyectarle mayores recursos presupuestales, se emprendió un programa de reestructuración financiera basada en 3 ejes principales; 1. Fortalecimiento Financiero; 2. Simplificación y Digitalización de Trámites y 3. Calidad y Calidez de los Servicios Médicos.

## Ingresos

A pesar del entorno económico adverso prevaleciente en el país, los comportamientos de los ingresos del IMSS en el último año superaron las expectativas. Al cierre de 2017, el IMSS obtuvo ingresos por 291.7 mil millones de pesos; esta cifra es 94.5 mil millones superior a los ingresos obtenidos en 2012 (53.2 millones en términos reales), lo que representa un incremento de 47.9% en términos nominales y 22.3% en términos reales (ver siguiente gráfica).



1/ La meta de recaudación corresponde a la aprobada en la Ley de Ingresos de la Federación.  
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Finanzas, IMSS.

Por el lado de los registros patronales también se observan cifras sin precedente. Al cierre de 2017 se tiene un registro cercano al millón de patrones afiliados al Instituto (949,411) y en los primeros 5 años y 5 meses de la Administración del Presidente Peña Nieto<sup>1</sup> se reporta un incremento de casi 123 mil nuevos patrones, más de 15 veces arriba de lo creado en el mismo periodo de la anterior Administración, e incluso muy superior a lo creado en la totalidad de los sexenios de las Administraciones pasadas.

### Empleo

Este incremento sostenido en los ingresos se ha visto favorecido por la creación histórica y sin precedente de empleos formales en el país desde 2013 a la fecha.

En 2017 se afiliaron 801,831 nuevos trabajadores, lo que representa la mayor generación de empleos formales desde que se tiene registro. Este desempeño superó el máximo histórico anterior en 9.5% registrado al cierre de 2016, cuando se reportaron 732,591 nuevos empleos.

A abril de 2018 se afiliaron 87,109 nuevos trabajadores, 225% más que lo reportado en abril de 2017 (26,765). Este es el segundo mayor aumento reportado en un mes de abril desde que se tiene registro.

---

<sup>1</sup> Del 1° de diciembre de 2012 al 30 de abril de 2018.

# BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, Luis F. (1996). "El federalismo mexicano: funcionamiento y tareas pendientes." In Hernández Chávez, Alicia, ed., *¿Hacia un Nuevo Federalismo?* México: Fondo de Cultura Económica.

Ayala, J. (2001). *Estado y Desarrollo, la Formación de la Economía Mixta Mexicana 1920-198*, México, Fondo de Cultura Económica, Secretaria de Energía.

Ayala, J. (1991), "Economía del Sector Público Mexicano", Ed. Facultad de Economía UNAM.

Ayala, J. (1997), "Economía Pública: Una guía para entender al Estado", Ed. Facultad de Economía UNAM.

Ayala, José. (2000). *Diccionario Moderno de la Economía del Sector Público*, Editorial Diana.

Anwar, S. (1999). *Federalismo Fiscal y Gobernabilidad Macroeconómica: ¿En lo Próspero y en lo Adverso?*, OCDE.

Arellano, Rodolfo. (1996). *México Hacia un Nuevo Federalismo Fiscal México*: Fondo de Cultura Económica. Gobierno del Estado de Puebla.

Arriola, Adolfo. (1999). *El Federalismo mexicano hacia el siglo XXI*.

Beteta, R (1951), "Tres años de política hacendaria 1947-1949, Perspectiva y acción", Ed. Secretaria de Hacienda y Crédito Público.

Broid, Daniel. (2010). La evolución del Predial en México: los incentivos cruzados de la descentralización fiscal y política en Finanzas Públicas, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) H. Cámara de Diputados.

Burgoa, I. (1976). Derecho Constitucional Mexicano. 2da. Edición, Editorial. Porrúa, México.

Cabrero, Enrique. (1995). La nueva gestión municipal en México, Ed. Miguel Ángel Porrúa-CIDE, México.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010), Informe de evaluación específica de desempeño 2009-2010. Sistema integral de calidad en salud, México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Clavijo, Fernando (Compilador). Reformas Económicas en México (1982- 1999), México, Fondo de Cultura Económica, El Trimestre Económico Núm. 92.

Frenk, J, (1993) Desigualdad, Pobreza y Salud en México, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad.

Frenk, J, (1997) Reformar sin Deformar: La Necesidad de una Visión Integral en la Transformación del Sistema de Salud Mexicano. Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios Políticas, México: Fundación Mexicana para la Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Informes de Gestión (varios años), México: IMSS.

Ley General de Salud, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, últimas reformas publicadas, 27 de abril de 2010.

Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca, Ginebra, Suiza, 2008.

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, Vicente Fox Quesada, Presidencia de la República, México, 2001.

Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, Secretaría de Salud, México, 2002.

Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud, México, 2001.

Programa Nacional de Salud 2007-2010. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México, 2007.

Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Segundo Semestre de 2006, Comisión Nacional de Protección Social en Salud-Secretaría de Salud, México, enero de 2007.

Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2007, Comisión Nacional de Protección Social en Salud-Secretaría de Salud, México, 2008.

Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2009, Comisión Nacional de Protección Social en Salud-Secretaría de Salud, México, 2010.

Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados, enero-junio 2010, Comisión Nacional de Protección Social en Salud-Secretaría de Salud, México, 2010.



Páginas Electrónicas Consultadas

<http://www.issste.gob.mx>

<http://www.presidencia.gob.mx>

<http://www.imss.gob.mx>

<http://www.inegi.gob.mx>

<http://www.cepal.org>

<http://www.redsegsoc.org.uy>

<http://www.ssa.gob.mx>

<http://www.unam.mx>