

EL IMPACTO DE LA REESTRUCTURACIÓN DEL CAPITAL Y DEL TRABAJO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANGELINA GUTIÉRREZ ARRIOLA*

RESUMEN

Se trata de un trabajo pionero en el ámbito de la economía y la seguridad social, cuyo objetivo es analizar los cambios que sufren las instituciones de seguridad social en un marco de crecimiento cada vez más inestable y desigual, a partir de los cambios socioeconómicos originados por las nuevas formas en la producción y organización del trabajo: *a)* cambia el perfil del trabajador, se requieren trabajadores más capacitados pero en menor número, al tiempo que se incrementa el empleo temporal e informal donde predominan los bajos salarios; *b)* cambia el mapa socioeconómico regional a partir de las nuevas cadenas de producción en las que la empresa trasnacional tiene un papel determinante; *c)* cambia el perfil demográfico y epidemiológico de los trabajadores; *d)* cambia el papel del Estado en su estrategia social al delegar en la iniciativa privada la administración de los seguros relativos a pensiones y jubilaciones que quedan sujetos al mercado. El análisis se centra en la reestructuración financiera y administrativa del IMSS por ser la institución más representativa de la seguridad social en México, que fue creada en una fase anterior de desarrollo, para dar atención a los trabajadores de la economía formal vinculados al sector privado y que hoy, con su estructura tradicional, ya no puede dar una respuesta eficiente a las nuevas necesidades.

Palabras clave: economía y seguridad social.

* Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEC), UNAM. Correo electrónico: <anguarr@servidor.unam.mx>.

THE RESTRUCTURING OF CAPITAL AND LABOR AND ITS IMPACT
ON THE MEXICAN SOCIAL SECURITY INSTITUTE

ABSTRACT

This article is a groundbreaking study in the sphere of the economy and social security which seeks to analyze the changes undergone by social security institutions within an increasingly unstable, unequal framework of growth, on the basis of new forms in the production and organization of labor. These include *a)* a change in the worker's profile, which requires a smaller number of more highly qualified workers, at the same time as there has been an increased in temporary, informal employment with predominantly low salaries; *b)* changes in the regional socio-economic map on the basis of new production chains in which transnational companies play a key role; *c)* changes in workers' demographic and epidemiological profile; *d)* changes in the State's role in its social strategy, caused by delegating the management of retirement pensions to private enterprise, thereby making them market-dependent. The analysis focuses on the financial and administrative re-structuring of the IMSS, since the latter is the most representative social security institute in Mexico, which was created to attend workers in the formal economy linked to the private sector, and now, with its traditional structure, is unable to meet the new needs efficiently.

Key words: economy and social security.

LA RESTRUCTURATION DU CAPITAL ET DU TRAVAIL ET SES RÉPERCUSSIONS
SUR L'INSTITUT MEXICAIN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RÉSUMÉ

Le présent aticle est oeuvre pionnière dans le domaine de l'économie et de la sécurité sociale. Son objet est de tenter d'examiner les changements survenus au sein des institutions de sécurité sociale dans le cadre d'une croissance de plus en plus instable et inégale, à partir des nouvelles formes de production et d'organisation du travail: *a)* changement du profil du travailleur; travailleurs ayant une meilleure formation mais en moins grand nombre; et parallèlement, augmentation du travail temporaire et informel où prédominent les bas salaires; *b)* la carte socioéconomique régionale change, à partir de nouvelles chaînes de production, où l'entreprise transnationale joue un rôle déterminant; *c)* changement du profil démographique et épidémiologique des travailleurs; *d)* changement du rôle de l'État dans sa stratégie sociale, avec le transfert à l'initiative privée de la gestion des assurances pension et retraite, soumises aux lois du marché. L'étude est axée sur la

restructuration financière et administrative de l'Institut mexicain de la sécurité sociale, puisqu'il s'agit là de l'institution la plus représentative en matière de sécurité sociale au Mexique, institution créée au service des travailleurs de l'économie formelle liés au secteur privé et qui, aujourd'hui, du fait de sa structure traditionnelle, n'est plus en mesure de répondre de façon efficace aux nouveaux besoins.

Mots clés: économie et sécurité sociale.

INTRODUCCIÓN

Las instituciones del Seguro Social se encuentran en un proceso de reestructuración y reforma producto de los profundos cambios que sufre la economía mundial con relación a una nueva fase en la reorganización del capital, la producción y el trabajo, expresados en un marco de crecimiento cada vez más inestable y desigual, que en América Latina adquiere características específicas condicionadas por el desarrollo histórico de cada país.

La reinserción de las economías latinoamericanas a la nueva división internacional del trabajo no ha sido fácil. Durante las dos últimas décadas se pasa de un modelo de economía cerrada, a otro de economía abierta en el que priva el mercado y la competencia. Los estados nacionales, al adaptarse a la nueva situación reducen su papel como reguladores del desarrollo, cuya legitimidad se sustentaba en el pacto social entre las diferentes clases y capas sociales, para centrar su función como reguladores del equilibrio de las variables macroeconómicas, en el que el mercado externo y la libre circulación del capital constituyen los principales objetivos del crecimiento, para lo cual llevan a cabo políticas económicas de carácter estructural, como son las desregulaciones financiera y comercial, fomento a la inversión extranjera y privatización de sectores prioritarios para el desarrollo, antes considerados propiedad exclusiva del Estado. Este proceso se acelera con la integración de mercados y conformación de zonas de libre comercio.

La velocidad y secuencia con que se lleva a cabo el proceso afecta en forma desigual a grandes núcleos de la población, por lo que profundiza la ya de por sí desigual concentración del ingreso tanto entre los países como en su interior. Como parte de las reformas estructurales están los cambios a los sistemas de salud y seguridad social, caracterizados por la separación y privatización de los seguros de pensiones y jubilaciones de aquellos vinculados propiamente a la salud; lo cual pone en cuestión la seguridad social como derecho social, y pasa a primer plano el derecho individual, al tiempo que se fortalece la tendencia a incrementar la adscripción a través del seguro individual y voluntario, frente a

la creciente incapacidad de los estados para seguir sosteniendo la seguridad social de acuerdo con el concepto tradicional, dada la contracción del empleo formal y estable, el consecuente crecimiento del trabajo temporal e informal, el aumento en la esperanza de vida y el cambio en el perfil epidemiológico.

Interrelacionado con el agravamiento de la crisis socioeconómica de cada país, este proceso en especial se lleva a cabo con mayor velocidad en aquellos cuya fuerza de trabajo, estructura industrial, comercial y de servicios, ofrecen mejores opciones a la cadena mundial de producción y organización del trabajo, que se ha venido imponiendo y que acabó por romper con el concepto del llamado Estado benefactor. La apertura de fronteras y la integración de mercados viene modificando el mapa socioeconómico entre los países latinoamericanos y en su interior.

El conjunto de instituciones públicas relacionadas con la salud y la seguridad social en América Latina, responde al desarrollo económico de cada país, entidad o municipio y se encuentra asociado a los diversos tipos de población a los que dan servicio. Al inicio de los años noventa los sistemas de salud y seguridad social, caracterizados por diferentes estructuras de organización y formas particulares en la asignación de recursos, se enfrentaron a la nueva situación socioeconómica de los países. Concebidos en diversos momentos de una fase anterior de desarrollo, los sistemas de salud y seguridad social surgieron segmentados para dar servicio a trabajadores formales del sector privado o público, la banca, fuerzas armadas, o bien a la población abierta mediante una multiplicidad de instituciones con estructuras y formas de operación, servicios y prestaciones que duplican esfuerzos y costos.

En especial, esta situación se agrava para las instituciones de seguridad social que, con base en la concepción del Estado benefactor, fueron sustentadas en la primera mitad del siglo xx bajo el concepto de solidaridad social, caracterizadas por establecer sistemas de reparto con responsabilidad tripartita entre empresarios, trabajadores y el Estado, y que surgieron en esa fase para dar respuesta a las necesidades de salud y seguridad social de un creciente sector de trabajadores, cuyo empleo era más o menos estable y prácticamente *cuasi* de por vida. El objetivo era crear un amplio espectro de protección social al trabajador y su familia en acontecimientos tales como pensiones y jubilaciones por edad avanzada, enfermedad y maternidad, incapacidad y muerte, teniendo como sustento una creciente base intergeneracional. No obstante, a partir de los años ochenta cambia el panorama de América Latina.

En el plano mundial se desarrolla una reestructuración de la producción y del capital. La empresa trasnacional, buscando una mayor racionalización

y productividad, transforma cada vez más aceleradamente su estructura organizativa y de gestión, fragmentando las fases de sus procesos productivos y de comercialización en múltiples plantas de diverso origen y tamaño, las que redistribuye en determinadas regiones y países en función de su desarrollo. La horizontalización de la gran empresa expresa cambios muy profundos tanto en el interior de su estructura y organización, como dentro de las regiones a las que se expande su cadena de producción, al definir sus estrategias corporativas en un marco de mercados múltiples con desplazamientos de capital productivo, comercial y financiero, hecho que es posible por los avances de la revolución científico-técnica y el desarrollo tecnológico.

En general, las grandes empresas reubican sus procesos hacia aquellas entidades cuya infraestructura, servicios, sistema de proveedores y fuerza de trabajo les garantizan la continuidad de sus cadenas de producción y mercadeo, y, con ello, mayores perspectivas de rentabilidad. Esta situación conlleva cambios profundos en la organización y métodos de trabajo de nuestros países ante las nuevas formas de producción y avance tecnológico.

La reestructuración de la producción internacional en las dos últimas décadas viene modificando el mapa socioeconómico latinoamericano según sea el grado de integración de cada región en el mercado mundial. Se transforman ramas económicas y zonas geográficas: en tanto que unas entran en decadencia y son marginadas, otras surgen y se desarrollan como nuevos polos, las que no necesariamente tienen la misma ubicación regional, ni emplean los mismos trabajadores que han sido desplazados.

Con la apertura de fronteras, la influencia de la gran empresa se deja sentir sobre todo a través de la compra de activos, empresas nacionales, establecimiento de nuevas plantas o en alianza y asociación con grandes, medianos y pequeños empresarios, tanto nacionales como extranjeros, que cumplen con ciertos requisitos de calidad para convertirse en sus proveedores, socios o distribuidores.

Asimismo, cambia el perfil del trabajador, se requiere que sea multifuncional y que esté más capacitado, pero en menor número, afiliado bajo formas flexibles y temporales de contratación. El empleo formal de por vida tiende a convertirse en flexible y temporal, con el consecuente incremento en el subempleo y desempleo, que trae consigo bajos ingresos y el empobrecimiento general de la población, problema que en América Latina adquiere características cada vez más alarmantes. Para el año 2000, de los 507 millones de latinoamericanos 217 millones (42%) se consideraron población económicamente activa, no obstante sólo 30% tenía empleo formal, en tanto que el resto se dis-

tribuyó en un sinnúmero de empleos y subempleos en las micro y pequeñas empresas, muchas de ellas a nivel artesanal, en las que privan los bajos salarios y un nivel precario de vida. 210 millones vivían bajo índices de pobreza y de éstos, 98 millones sobrevivían en la indigencia.

Estos cambios socioeconómicos agravaron y modificaron el perfil demográfico y epidemiológico de América Latina:

- a) En promedio, la esperanza de vida de la región aumentó de 52 años entre 1950-1955 a 71 años entre 1995-2000;¹ las tasas de fecundidad y mortalidad descendieron y la población rural disminuyó su peso absoluto en relación con la urbana: 380 millones de personas habitan en ciudades y 127 millones en zonas rurales.²
- b) La distribución de la población presenta un comportamiento heterogéneo que se sujeta al constante cambio en el mapa productivo de las regiones, al responder al papel que cada región, país, entidad federativa o municipio va jugando dentro de la división nacional o internacional del trabajo. No obstante, la mayor concentración se orienta hacia las principales ciudades cuyo crecimiento anárquico viene generando nuevos problemas en cuanto a la calidad de vida. Por lo que se crea una nueva problemática respecto de la distribución de servicios sanitarios y de salud debida a los enormes retrasos en infraestructura, institucionalidad y estructura productiva, además de la aguda desigualdad en la distribución de otros bienes y servicios, que junto a las enfermedades propias de la pobreza de —infecciones respiratorias y gastrointestinales—, contribuye al aumento de las crónico-degenerativas vinculadas al crecimiento y al desarrollo.³

Todos estos cambios afectan directamente a las instituciones de salud y de seguridad social en América Latina, sobre todo en estas últimas, que deben dar respuesta a las nuevas formas de producción, comercialización y servicios de la sociedad, al pasar a primer plano el empleo flexible y temporal que puso en riesgo el principio de solidaridad social basado en la estabilidad y crecimiento del empleo *cuasi* de por vida, y que permitía a las instituciones cierta garantía sobre el sistema intergeneracional de pensiones. Hoy, las personas viven más

1 Esta evolución depende de las condiciones socioeconómicas de cada país: un haitiano vive 58 años, un costarricense supera los 76 años.

2 En Latinoamérica hay 49 ciudades de más de un millón de habitantes, algunas de éstas de más de cinco millones.

3 En México hay 10 millones de habitantes que no tienen acceso al agua potable y 24 millones carecen de alcantarillado. La población de Lima y Quito que vive en asentamientos irregulares representa 40% y 50%, respectivamente; mientras que en Río de Janeiro y Recife la población de las favelas fluctúa entre 20% y 40%, respectivamente.

y el número de pensionados se incrementa sobre los trabajadores activos; el número de afiliados que cotizan en forma regular varía constantemente, lo cual afecta el valor nominal de sus cuotas condicionadas por los bajos ingresos. Al incremento constante de los costos de los servicios médicos, hay que agregar las tradicionales pesadas estructuras administrativas de tipo vertical y centralizadas de las instituciones, que dificultan su funcionamiento e impiden dar respuesta eficiente a las nuevas condiciones socioeconómicas y geográficas de la producción y del trabajo. De ahí que se volviera indispensable su reorganización.

La reestructuración de los seguros sociales se ha llevado a cabo en dos grandes niveles:

- a) la reorganización y modernización administrativa de las instituciones, con la intención de lograr una mayor eficiencia y disminución de costos, que reubican y expanden las unidades médicas hacia nuevas regiones y polos de desarrollo donde se reorienta la producción y la fuerza de trabajo, y
- b) la reorganización del sistema de seguros, lo que implica la separación de los seguros de salud (enfermedades, maternidad y riesgos de trabajo) de los relacionados con las pensiones y jubilaciones, los cuales dependen del ingreso y capacidad de ahorro individual del trabajador, y pasan a ser manejados como sistemas de capitalización individual cuya administración se delega en empresas privadas.

En el primer punto se trata de reorganizar y modernizar las instituciones de seguridad social ligadas a la política de los llamados ministerios o secretarías de salud en busca de una mayor racionalización y eficiencia de los servicios, unificando los criterios de atención y prevención en función de las nuevas condiciones socioeconómicas y al menor costo. Es dentro de este marco que se definen los cambios en su estructura y funcionamiento en sus tres niveles de organización: central, estatal y municipal; para lo cual se pone en práctica un cambio gradual de descentralización y desconcentración, al tiempo que se desarrollan políticas de integración y coordinación que fortalezcan el liderazgo de los ministerios de salud en la regulación de la salud social.⁴

4 En especial se recomienda el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como redoblar esfuerzos en la medicina preventiva. Las cuatro principales líneas o metas expresadas en la muestra de 19 países de la región son: a) derecho a la salud para todos; b) régimen de cobertura universal obligatorio que implica modelo gratuito y universal con financiamiento público para el caso del primer nivel de atención; c) obligatoriedad en la prestación básica a través de un paquete integral de servicios de salud para toda la población, y d) descentralización del sistema de salud con base en una estructura de redes jerarquizada de servicio de atención de carácter federal, estatal y municipal.

En el segundo punto, debemos señalar que la reforma de los sistemas previsionales de América Latina, que tiene como base el caso chileno, se llevó a cabo en un corto tiempo en países que cuentan con una fuerza de trabajo formal importante y que tienen aún dudas sobre la sustentabilidad de este sistema en el largo plazo, debido no sólo a la inestabilidad en el empleo y bajos salarios que privan en la región, sino también a que quedan sujetos al comportamiento de las leyes del mercado financiero. Se supone que con la reforma se eliminan las distorsiones entre contribuciones y beneficios. Además, visto como ahorro forzoso elevarán el ahorro interno, lo que permitirá, por un lado, ampliar los mercados de capital y promover el crecimiento, y, por otro, en la medida en que se incremente el ahorro en la cuenta individual, se supone que el trabajador llegará a acumular lo suficiente para tener una pensión digna al momento del retiro. De ahí que se apliquen políticas en el sentido de volver a cada trabajador responsable de su jubilación, delegando en el capital privado la administración individual de los fondos de pensiones.⁵

De acuerdo con la Asociación Internacional de Organismos Supervisores de Fondos de Pensión, para junio de 1997 en siete países latinoamericanos se encontraban afiliados al sistema de pensiones 32 millones de trabajadores, cuyas administradoras de fondos de pensión manejaban 58 mil 910 millones de dólares en activos, de los cuales las AFP de Chile operaban más de la mitad, y el resto se distribuía entre las aseguradoras de fondos de pensión de Argentina, México, Uruguay, Perú, Bolivia y El Salvador.

En este proceso debemos mencionar la participación de los bancos españoles que, en busca de nuevos mercados, han llevado a cabo en América Latina un activo plan de diversificación, entre los que destacan la banca de inversiones, los seguros y especialmente la administración de fondos de pensión. Para 1999, los bancos Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA) y el Santander Central Hispano (BSCH) controlaban 45% del mercado de fondos de pensión con 16.1 millones de clientes, y activos por valor de 28 mil 400 millones de dólares. El primero poseía 31% del mercado, en tanto que el BSCH, con 12%, se situaba en el tercer lugar, después del Citibank, que controlaba 14 por ciento.⁶

CONTEXTO GENERAL

A partir de los años ochenta, la crisis en México se refleja en las limitaciones del proceso de acumulación de capital y marca el desarrollo de una nueva fase

⁵ Se estima que en el año 2000 los sistemas privados de pensión de América Latina concentraban un potencial de inversión de alrededor de 210 mil millones de dólares.

⁶ CEPAL, *La IED en América Latina y el Caribe*, 1999, pp. 169-170.

dentro de la división internacional del trabajo. El Estado mexicano, como en todos los países de América Latina, centra su estrategia de crecimiento en garantizar el libre juego de las fuerzas del mercado, en donde las políticas de apertura y desregulación marcan la pauta, especialmente con la intención de volver atractivo el país a la inversión extranjera.

Algunos de los principales cambios socioeconómicos profundos, que en las últimas décadas repercutieron en la estructura y composición social de México, y afectaron en forma directa al sistema de salud y seguridad social, son los siguientes:

- a) En el territorio nacional se ha llevado a cabo una redistribución de la población íntimamente ligada a los niveles socioeconómicos y condiciones geográficas prevalecientes. Si bien continúa la mayor concentración en ciudades como México, Guadalajara, Monterrey o Puebla, el proceso de poblamiento se orienta cada vez más hacia ciudades de rango medio, tanto en el centro como en el norte del país, que ofrecen mejores alternativas potenciales de desarrollo, y donde la expansión de la industria maquiladora y la conformación de cadenas industriales con base en nuevos sistemas de proveedores de la gran empresa exportadora, nacional o extranjera, viene modificando las estructuras regionales preexistentes, así como los espacios geográficos y demográficos del país.⁷
- b) Debido a la reestructuración de la producción, se lleva a cabo una recomposición del sector empresarial. Aproximadamente 30% del sector corresponde a grandes y medianas empresas nacionales y extranjeras ligadas al mercado internacional, que cuentan con tecnología y financiamiento y concentran a un sector estratégico de la fuerza de trabajo. 70% restante corresponde a un número heterogéneo de medianas, pequeñas y microempresas ligadas al mercado interno, que enfrentan serias dificultades para su desenvolvimiento y concentran a gran parte de la fuerza de trabajo caracterizada por los bajos salarios, lo que redundan en la polarización creciente de regiones y localidades con el consecuente agravamiento de la pobreza y la desigualdad social.
- c) Se presenta un cambio en el perfil del trabajador mexicano debido a las transformaciones que sufre la estructura socioeconómica del país y a las nuevas formas y métodos de producción. Las grandes y medianas empresas requie-

7 De acuerdo con la Secofi (ahora Secretaría de Economía), de los 10 451.3 millones de dólares de IED que ingresaron a México durante 1999, 7 861.9 millones se orientaron a la industria manufacturera, de los cuales 2 778 millones se ubican en la industria maquiladora. Esta última, a julio del 2000, contaba con 3 611 plantas —70% en la zona fronteriza—, que daban empleo a 1.3 millones de trabajadores y generaban 46.2% del total de exportaciones mexicanas.

ren trabajadores más capacitados, pero en menor número. El empleo formal y estable tiende a disminuir en tanto crece el trabajo informal y eventual de bajo salario.⁸

d) Hay un cambio en el perfil demográfico y epidemiológico del mexicano ligado a la calidad de vida y trabajo. La tasa de crecimiento poblacional se redujo entre 1970 y 1995 de 3.35 a 2.05%, al pasar de 48.2 millones de habitantes a 91.2 millones. La tasa de fecundidad se redujo a 2.6 hijos por mujer y se estima que en el año 2000 llegamos a 105.5 millones, con una esperanza de vida al nacer de 73 años. Sin embargo, se ha abierto el abanico de causas de enfermedad y muerte ligados íntimamente con las condiciones de desarrollo y miseria de las distintas zonas y ciudades⁹ (cuadros 1 y 2).

CUADRO 1
INDICADORES DE SALUD EN MÉXICO 1970-1997

Años	Esperanza de vida al nacer			Tasa de natalidad ^{1/}	Tasa de fecundidad ^{2/}	Tasa de mortalidad		
	General	Hombres	Mujeres			General	Infantil	Materna
1970	61.2	59.0	63.0	44.2	6.7		68.5	14.3
1975	63.9	61.2	66.9	40.1	5.9		49.0	10.5
1980	66.7	63.3	70.3	35.0	4.7	6.5	39.9	9.5
1985	68.8	65.6	72.4	34.1	3.9	5.5	26.1	6.4
1990	70.8	67.7	74.0	28.0	3.3	5.1	23.9	5.4
1995	73.0	69.8	76.2	25.1	2.8	4.7	17.5	5.3
1997*	73.6	70.4	76.7	23.8	2.6	4.5		

^{1/} Número de nacimientos registrados por cada 1 000 habitantes en un año determinado.

^{2/} Número de nacidos vivos por c/1 000 mujeres entre 15 y 49 años.

* Estimaciones de Conapo.

FUENTE: I y III Informe de Gobierno, México, 1995, 1997; Conapo, Dirección de Investigación Demográfica.

Ante situaciones que, en su conjunto, afectan directamente a las instituciones de salud y seguridad social que con su estructura tradicional no pueden ya dar respuesta a las nuevas necesidades, surge el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, a través del cual el Estado establece una estrategia de reorganización de los servicios públicos de salud y seguridad social basada en tres grandes elementos: a) ampliación de la cobertura de las instituciones en donde está presente un paquete básico de servicios de salud para toda la población;

8 Aproximadamente un 75% de la población está por debajo de tres salarios mínimos.

9 Para 1999, de un total de 452 558 defunciones, 40% se concentró en enfermedades cardiacas, tumores malignos y diabetes mellitus, 12.03% por accidentes o violencia y el resto distribuido entre neumonías, infecciones respiratorias e intestinales, así como enfermedades propias de cada región.

CUADRO 2
REGIÓN Y SALUD EN MÉXICO
PANORAMA GENERAL (1997)

Región	Población		Densidad habitantes x km	Lugar	Población (%)			Tasa de		Médicos por 10 000 habitantes	Población derecho- habiente (%)	Gasto en salud por persona*
	Habitantes	Lugar			Rural	Indígena	Analfabeta	Natalidad	Mortalidad			
Nacional	94 732 320		48.0		26.5	6.8	10.7	23.8	4.5	17.6	35.0	1 171
Noroeste	7 284 192	6	18.8	8	20.8	1.6	5.9	21.7	4.0	21.1	44.1	1 375
Norte	6 573 456	7	12.7	9	21.4	1.6	5.5	23.0	4.4	17.7	48.5	1 139
Noreste	6 283 456	8	43.5	6	11.1	0.3	4.8	20.7	4.2	17.8	51.7	1 277
Centro Norte	10 446 064	3	56.2	4	36.8	2.7	12.3	25.7	4.6	15.2	30.7	836
Occidente	11 658 405	2	67.4	3	24.8	1.7	10.5	25.0	4.7	17.4	31.5	1 018
Centro	30 205 362	1	348.3	1	16.2	5.1	8.1	23.4	4.4	20.5	38.3	1 171
Golfo	8 914 232	5	91.5	2	42.9	8.6	15.4	22.9	4.5	16.2	25.8	895
Pacífico Sur	10 321 381	4	44.3	5	52.9	25.1	24.5	26.7	4.9	10.4	16.1	583
P. de Yucatán	3 056 772	9	21.5	7	21.7	31.1	13.6	24.2	4.4	16.5	37.2	1 300

Lugar: orden de importancia de la región de acuerdo con la variable examinada.

* Se refiere al gasto ejercido en el Sistema Nacional de Salud (pesos 1997 por persona). Datos correspondientes a 1995.

FUENTE: Banamex-Accival, México Social 1996-1998.

b) impulso a la descentralización sustentada en el fortalecimiento de la federación y la distribución racional y coordinada de los servicios de salud, y c) reestructuración de las instituciones promoviendo la equidad, eficiencia y calidad.¹⁰

Tomando en cuenta lo anterior, en el cuadro 3 se observa la distribución del presupuesto de salud, que considera la zona geográfica, concentración poblacional y tipo de población a la que se orienta: población abierta, atendida por la Secretaría de Salud y población derechohabiente; y la correspondiente a los trabajadores del sector formal y sus familiares, atendida por el IMSS.

LA REFORMA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

En el caso de México, la seguridad social está integrada por las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) y la Secretaría de Marina (SM), además de algunos servicios que ofrecen ciertas instituciones del sector financiero. Se trata de instituciones creadas en diferentes momentos de la historia reciente del país, que atienden a diversos segmentos de la población. No obstante, el eje de la seguridad social se centra en las dos primeras instituciones por ser éstas las que en su conjunto para 1999 atendían a una población de 54.9 millones de derechohabientes (cuadro 4).

Tanto el IMSS como el ISSSTE se encuentran hoy, con diferente presteza y profundidad, sujetos a un proceso de transformación. En el caso del ISSSTE, con 2.7 millones de trabajadores al servicio del Estado, su reestructuración ha sido más lenta y hasta hoy se ha llevado a cabo fundamentalmente la descentralización administrativa, con miras a mejorar los servicios que presta en las diferentes áreas. Por su parte, el IMSS, con 16.4 millones de asegurados, constituye la institución por excelencia estrechamente vinculada al trabajador formal del sector privado —sujeto a las transformaciones constantes de la economía—; de ahí que fuera la institución que en primer lugar llevara a cabo un proceso de reestructuración y modernización, que a grandes rasgos contempla dos niveles: a) la reestructuración financiera, que, bajo la nueva Ley del Seguro Social de 1995, implicó la segmentación y privatización de los seguros relativos a pensiones y jubilaciones, y b) la reestructuración administrativa, que, inscrita dentro del Programa de Reforma al Sector Salud, implicó su horizontalización, llevada a cabo por las vías de la descentralización y autonomía de gestión.

¹⁰ Según datos de la Secretaría de Salud, para 1997 la población que regularmente hace uso de los servicios públicos de salud representaba una cobertura de poco más de 70% de los mexicanos: 32.4 millones como población abierta y 32.9 millones como derechohabientes.

CUADRO 3
PRESUPUESTO EJERCIDO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
POR TIPO DE POBLACIÓN ATENDIDA (1995)

Región-Entidad	Población atendida total			Población abierta			Población derechohabiente		
	Presupuesto total ^{1/}	Número de personas	Pesos por persona	Presupuesto total ^{1/}	Número de personas	Pesos por persona	Presupuesto total ^{1/}	Número de personas	Pesos por persona
Nacional (2)	73 738.6	62 991.64	1 171	15 591.9	30 916.44	504	56 165.6	32 075 192	1 751
Noroeste	9.2	7.1	1 375	7.5	4.6	558	9.5	9.5	1 752
Norte	8.3	7.7	1 139	6.6	5.7	395	8.6	9.6	1 565
Noreste	8.8	7.3	1 277	5.1	4.8	362	9.5	9.7	1 710
Centro Norte	7.7	9.8	836	9.1	9.9	315	7.5	9.7	1 346
Occidente	10.0	10.4	1 018	9.8	9.7	344	10.1	11.1	1 586
Centro	39.4	35.6	1 171	32.3	36.4	303	40.7	34.9	2 042
Golfo	6.8	8.1	895	7.1	9.2	262	6.8	7.0	1 705
Pacífico Sur	6.0	10.9	583	17.5	17.0	350	3.9	5.0	1 345
P. de Yucatán	3.7	3.0	1 300	5.1	2.7	651	3.4	3.3	1 798

^{1/}Millones de pesos de 1997; deflactado con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (promedio anual) 1994 = 100, transformado a 1997 = 100.

^{2/}Dentro de los presupuestos totales, en el caso de la población total se incluye el presupuesto del DIF por \$1 981 millones de pesos a precios de 1997. En el caso de población abierta se incluye \$5 037 millones (a pesos de 1997) que corresponden a unidades centrales y organismos descentralizados y segregados por entidad.

FUENTE: Banamex-Accival, *México Social 1996-1998*.

CUADRO 4
DERECHOHABIENTES EN INSTITUCIONES
DE SEGURIDAD SOCIAL

Años	Total	IMSS	ISSSTE	Pemex	SDN	SM	Estatal
1980	30 242 563	24 125 307	4 985 108	646 516	342 535	143 097	n.d
1985	39 498 266	31 526 583	6 447 861	1 041 594	310 451	169 777	n.d
1990	48 028 003	38 575 140	8 302 672	897 337	317 805	164 049	n.d
1995	45 723 840	34 323 844	9 246 265	518 552	315 550	216 310	1 103 319
1999		44 887 000	10 094 000				

Nota: Cifras reportadas a partir del periodo que indica la fuente.

FUENTE: Grupo Interinstitucional de Información en Salud, *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*.

La reestructuración financiera del IMSS

El IMSS nace en enero de 1943 como una conquista revolucionaria, y durante más de 30 años creció de manera constante y sistemática de acuerdo con el desarrollo que se vivía en el país. Su estructura correspondía y daba respuesta a la estructura productiva de acuerdo con la forma de producción y métodos de trabajo de esa fase: se trataba de un trabajo estable y *cuasi* vitalicio, además de que el empleo crecía constantemente, lo que permitía sustentar solidariamente el peso de pensiones y jubilaciones con las cuotas de los trabajadores que ingresaban al mercado de trabajo.

El sistema de aseguramiento comprendía cinco seguros: *a*) el de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM), *b*) el de riesgos de trabajo, *c*) el de enfermedad general y maternidad (SEG), *d*) el de guarderías, y a partir de 1992, *e*) el del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). Todos estos fondos, menos el SAR, eran administrados por la institución como fondos colectivos de reparto.

La nueva Ley del Seguro Social de 1995 modifica el esquema anterior de aseguramiento y lo sustituye por un sistema individualizado de pensiones, que junto con la Comisión Nacional de Sistemas de Ahorro para el Retiro (Consar) establecen y regulan el nuevo sistema de pensiones que entró en vigor el 1o. de julio de 1997.

Con la nueva ley se modifica el seguro relativo al IVCM, cuyo esquema pasa a convertirse en tres nuevos seguros: *a*) el de invalidez y vida, *b*) el de gastos médicos de pensionados y *c*) el de retiro y cesantía en edad avanzada y vejez. De éstos, el último pasa a ser administrado por empresas privadas a través de cuentas individuales, a las cuales también se integran las subcuentas de retiro y la del Infonavit. Bajo este esquema, del 8.5% del salario que el IMSS canalizaba hacia el seguro de IVCM, ahora sólo queda para el Instituto el 4 por ciento.

En lo fundamental, se cambia de un sistema de pensiones y jubilaciones solidario a otro basado en la capitalización individual de las cuotas relativas a los seguros de cada trabajador, que pasan a ser administradas por Aseguradoras de Fondos para el Retiro (Afore), también llamadas sociedades anónimas de capital variable especializadas en la administración de fondos.¹¹ Se espera preservar el valor real de los recursos de los trabajadores que cumplan con los requisitos de jubilación, para asegurarles mejores condiciones al momento del retiro, de acuerdo con el valor de sus aportaciones; y también incrementar el ahorro interno con base en el ahorro forzoso de los trabajadores y orientarlo a la inversión.

La reforma establece, entre otros requisitos de jubilación (cuadros 5 y 6):

- a) Haber cumplido 65 años de edad —o en caso de cesantía a los 60 años, sólo si se ha cotizado durante 1 250 semanas— para recibir la pensión (en la ley anterior se tenía derecho a la pensión de vejez o cesantía si se había cotizado por 500 semanas o 19 años; en la actual se requiere haber cotizado durante 25 años).
- b) La posibilidad de retiro anticipado sólo será posible si antes de los 60 o 65 años el trabajador tiene en su cuenta individual fondos superiores al 30% de la pensión mínima garantizada (PMG), la cual será cubierta por el gobierno en caso de que el valor de los ahorros sea insuficiente para proveer una pensión mínima. Si el trabajador no cotizó durante 1 250 semanas, pero sí logró acumular 750, podrá retirar los fondos acumulados en su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las 1 250 y tendrá derecho a prestaciones médicas y a la PMG. Si cotizó menos de 750 semanas retirará su saldo en una sola exhibición y no tendrá derecho a prestaciones médicas.

Para incrementar su pensión los trabajadores tendrán una tercera opción, mediante la subcuenta para aportaciones voluntarias. Las aportaciones al nuevo sistema de pensiones se hacen obligatorias para todos los trabajadores del sector privado a partir de ese momento. Los trabajadores en transición tienen la opción de elegir entre el anterior y el nuevo sistema de jubilación; sin embargo, no contempla un bono de compensación por sus aportaciones anteriores, situación que se compensa con la garantía por parte del Estado de una jubi-

11 El manejo de los fondos está a cargo de las Siefore y el órgano responsable de supervisar y regular el funcionamiento de los sistemas de ahorro para el retiro es la Consar, institución que tiene la facultad de revocar el establecimiento de una Afore cuando no se cumple con lo establecido por la ley.

lación nunca inferior a un salario mínimo. Para el caso de los trabajadores ya jubilados, el Estado otorga el subsidio necesario para el pago de sus jubilaciones, que tiende a cero en función del tiempo.

El nuevo sistema rompe con la concepción solidaria que sustentada en las cuotas de los nuevos trabajadores garantizaba la jubilación de los trabajadores en edad de retiro. Este sistema pone el derecho individual por encima del derecho social y además genera dudas sobre su viabilidad, ya que supone una situación de pleno empleo, estabilidad laboral y mejores salarios —en un país donde más del 70% de los trabajadores afiliados al IMSS percibe hasta tres salarios mínimos—, así como capacidad de planeación individual y conocimientos del mercado financiero, lo cual vuelve incierta la futura pensión (cuadro 7).

La reestructuración administrativa del IMSS

Durante las dos últimas décadas se presentaron cambios en la estructura productiva nacional a partir de nuevas formas de producción y organización del trabajo,¹² factor que volvió indispensable la reestructuración del IMSS a fin de dar respuesta a las nuevas condiciones socioeconómicas, en las cuales están presentes la redistribución geográfica de la población, la concentración en las ciudades, cambios en el perfil del trabajador, contracción del empleo formal y estable e incremento del informal, desempleo, caída en los salarios reales,¹³ cambios demográficos y epidemiológicos regionales, cambios en la estructura por edades, aumento en la esperanza de vida (y con ello también el número de jubilados), etcétera.

La reestructuración administrativa parte de dos grandes elementos: la conformación del nuevo mapa socioeconómico del país y de las necesidades que ello conlleva; y la necesidad de transformar su pesada y vertical estructura administrativa por otra que implicó su horizontalización aplicando las nuevas técnicas de organización y gestión con el fin de aumentar su eficiencia y abatir costos.

Como parte de la reestructuración, la estrategia fundamental del IMSS consistió en tomar una forma organizativa basada en la horizontalización de la

12 Por ejemplo, la industria de extracción de carbón al norte de Coahuila prácticamente desapareció, y en el caso de la industria metalúrgica en Monclova se da un proceso de modernización que implicó la desocupación de unos 16 000 trabajadores para emplear otros más calificados, pero en menor número. Por otra parte, en esa misma región hoy se desarrolla la empresa maquiladora de exportación que emplea un nuevo tipo de trabajador sujeto a otras condiciones de trabajo (flexible, temporal, etc.), pero que también reflejan nuevas condiciones epidemiológicas a las que hay que dar respuesta.

13 Entre 1994 y 1997 el salario real en México decrece 9.8 por ciento.

CUADRO 5
MODIFICACIÓN A LAS APORTACIONES AL SISTEMA DE PENSIONES
(porcentaje del salario)

<i>Aportaciones a:</i>	<i>Antes de la reforma</i>		<i>Con la reforma</i>	
IMSS	IVCM ^{1/}	8.5	IV ^{2/} GSP ^{2/}	2.5 + 1.5
Afore		0.0		4.5
SAR Retiro		2.0		2.0
SAR Vivienda		5.0		5.0
Cuota Social ^{3/}		0.0		1.6
Total		15.5		17.1
<i>Aportaciones por parte de:</i>				
Total del patrón		13.0		13.0
Total del empleado		2.1		2.1
Total del gobierno		0.4		2.0

^{1/} IVCM, Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

^{2/} IV = Invalidez y vida y GSP = Gastos en salud pensionados.

^{3/} Cuota social equivale a 1.6% del salario promedio de los trabajadores afiliados al IMSS.

Se fijó en 5.5% del salario mínimo.

FUENTE: Banamex-Accival, *México Social 1996-1998*.

institución mediante la descentralización y la regionalización, conservando centralizadas las decisiones estratégicas y redistribuyendo su dirección en siete grandes zonas a las que otorga autonomía de gestión con base en el conocimiento específico de las necesidades de cada región. Con esto, se pretende cubrir los nuevos polos de desarrollo, aumentar la eficiencia en el servicio, abatir costos de operación, disminuir el burocratismo y mejorar los sistemas de abasto en medicamentos. Es así como redistribuye sus hospitales generales y de especialidad en unidades médicas en las siete regiones, con base en la población asegurada y su perfil epidemiológico. Asimismo, expande clínicas de primer nivel de atención en el interior de cada región, las cuales permiten mayor acercamiento a su población usuaria (cuadro 8).

Además, desarrolla sistemas en red basados en la tecnología, que le permiten tener un mejor control sobre la regularidad en el pago de cuotas,¹⁴ obtener una mayor eficacia en el abasto de medicamentos e insumos en general y disminuir inventarios excesivos, lo que coadyuva a la reorganización de su pro-

¹⁴ Se estima que existen 6.1 millones de microempresas difíciles de ubicar para efectos de la seguridad social.

CUADRO 6

CAMBIOS EN EL SISTEMA DE PENSIONES EN MÉXICO

Área	Antiguo Sistema IVCM	Nuevo Sistema (RCV + IV)
<i>A. Responsabilidad institucional</i> Vejez y Cesantía en Edad Avanzada (RVC)	IMSS	a) Aportación a la Afore b) Beneficios pagados por la Afore en el nuevo sistema o IMSS en el viejo sistema de reparto (sólo trabajadores en transición)
Seguro de Invalidez y Vida (IV)	IMSS	IMSS
<i>B. Requerimientos de elegibilidad:</i> Vejez	500 semanas (19 años) y 65 años de edad	1 250 semanas (25 años) y 65 años de edad
Cesantía	500 semanas y 60 años	1 250 semanas y 60 años
Seguro de Invalidez	150 semanas, invalidez para ganar 50% del salario	250 semanas
Seguro de Vida	150 semanas	250 semanas
<i>C. Beneficios</i> Vejez: monto de la pensión	a) Los beneficios obtenidos en el sistema de reparto (%) del salario promedio de los últimos 5 años en términos nominales más una fracción para cada año por arriba de los 10, con un máximo del salario medio. Artículo 167 de la vieja Ley de Seguridad Social	<i>Nuevos trabajadores:</i> Saldos acumulados en cuentas individuales (Afore + Infonavit) desde el lo. de julio de 1997 <i>Trabajadores de la transición:</i> Al retiro escogen el máximo entre: 1) beneficios actuales, 2) saldos acumulados en cuentas individuales (Afore + Infonavit) desde el 1o.

<p>b) Aportaciones acumuladas al Infonavit</p> <p>c) Saldos de la subcuenta de retiro entre mayo 1992 y 1996</p>	<p>de julio de 1997 + saldos de las subcuentas de retiro entre mayo de 1992 y 1996 (de estar todavía en el Banco de México)</p>
<p>Vejez: Retiros (1)</p>	<p>1) Retiros graduales de una cuenta individual en una Afore (2), o</p> <p>2) Anualidad comprada a una compañía de seguros 35% del salario promedio (en términos reales) por las últimas 500 semanas de contribución</p>
<p>Seguro de Invalidez (monto de la pensión)</p>	<p>Porcentaje del salario promedio de los últimos 5 años más una fracción para cada año por arriba de 10, con un máximo del salario promedio arriba mencionado</p>
<p>Seguro de Vida (monto de la pensión)</p>	<p>Viuda: 90% de la pensión de invalidez</p> <p>Dependientes: 20% de la pensión de invalidez, o 30% si ambos padres fallecen</p>
<p>Pensión Mínima Garantizada (PMG)</p>	<p>Equivalente a un salario mínimo de la ciudad de México indizado al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) (3)</p>

(1) El retiro total de los fondos acumulados es permitido solamente si los saldos exceden en 130% el costo de una anualidad igual a la PMG

(2) Retiros graduales considerarán el seguro para cubrir la probabilidad de que vivan más de lo esperado y más allá de lo ahorrado.

(3) En septiembre de 1997 el salario promedio para un afiliado al IMSS era de 82.88 pesos diarios y el salario mínimo era de 23.81, por lo que la PMG era de aproximadamente 28.7% del salario promedio.

FUENTE: L. Cerda y G. Grandolini, "México: la reforma al sistema de pensiones", *Gaceta de Economía*, Año 2, núm. 4, México, ITAM, 1997.

CUADRO 7
DISTRIBUCIÓN DE ASEGURADOS POR EL IMSS
POR NÚMERO DE SALARIOS MÍNIMOS
Y SALARIOS PROMEDIO POR TRABAJADOR, 1997^{a/}

Región	Total nacional y regional de asegurados = 100%										
	1	2	3	4	5	7	10	15	20	24	25
Nacional	17.9	35.6	16.7	8.9	5.4	5.7	4.0	2.9	1.2	0.6	1.2
Noroeste	15.5	42.4	18.4	8.2	4.3	4.6	3.0	1.9	0.8	0.4	0.5
Norte	18.6	40.4	17.3	7.6	4.3	4.8	3.1	2.1	0.8	0.4	0.7
Noreste	18.0	33.1	19.4	9.9	5.5	5.2	3.4	2.5	1.1	0.8	1.0
Centro Norte	20.2	37.7	15.4	9.1	5.4	5.0	3.0	2.2	0.9	0.3	0.8
Occidente	18.9	35.7	17.9	9.5	5.2	5.0	3.5	2.3	0.9	0.4	0.7
Centro	15.5	31.5	16.0	9.5	6.3	7.0	5.4	4.1	1.7	0.8	2.1
Golfo	25.8	35.4	12.0	6.8	5.5	6.4	3.7	2.5	0.9	0.4	0.7
Pacífico Sur	24.0	40.3	13.6	7.0	4.4	4.9	2.7	1.9	0.6	0.2	0.4
P. de Yucatán	27.2	36.3	13.3	6.9	4.4	5.0	3.0	2.0	0.9	0.4	0.7
Monto salario	729	1 458	2 287	2 916	3 645	5 103	7 260	10 935	14 580	17 496	18 225

^{a/} Se refiere al salario de cotización al IMSS, el cual por ley no puede ser mayor a 25.5 salarios mínimos (SM), por ello la gran mayoría de los que cotizan 25 SM tiene un ingreso superior, pero su cotización se realiza sobre ese máximo. Corresponde a intervalos entre 0 y 1 SM hasta más de 25 SM. El salario mínimo general en septiembre de 1997 era de 729 pesos mensuales. Difiere de acuerdo con la zona en que se encuentre el estado (existen 3 zonas).

FUENTE: Banamex-Accival, *México Social 1996-1998*.

ceso de trabajo y agiliza las funciones administrativas.¹⁵ Dentro de su reestructuración también está planteado utilizar mecanismos de subrogación de servicios con empresas privadas

CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

Para 1997, de los 38 millones de mexicanos que conformaban la PEA sólo 37% se encontraba bajo algún sistema de seguridad social; de éstos, 11 millones estaban registrados en el IMSS, 2.2 en el ISSSTE y un millón más en otros sistemas, los 24 millones de trabajadores restantes no se encontraban cubiertos por ningún régimen.

A partir de la aplicación de la Ley de Reforma al IMSS, el Instituto refleja en su reestructuración administrativa y financiera lo siguiente:

¹⁵ Con la aplicación de la tecnología, el IMSS ha logrado aumentar la eficiencia en el manejo y control de las cuotas de 740 000 empresas, situación que, sobre todo en el caso de las grandes, ha significado un gran avance en su relación con el IMSS. Por ejemplo, la empresa Bimbo felicitó a la institución por haber instalado el Programa *IMSS en su Empresa* por los beneficios que le reportó en el manejo de cuotas a través de la red.

CUADRO 8
DIRECCIONES REGIONALES, UNIDADES MÉDICAS
Y NÚMERO DE ASEGURADOS, 1994

<i>Direcciones regionales</i>	<i>Unidades médicas por nivel de atención</i>				<i>Número de asegurados</i>
	<i>Total</i>	<i>1er. Nivel</i>	<i>2o. Nivel</i>	<i>3er. Nivel</i>	
Total	1 765	1 498	227	40	11 561 004
Sur, Siglo XXI	200	166	25	9	1 831 457
Norte, La Raza	221	184	26	11	2 138 712
Norte	396	341	48	7	2 614 652
Occidente	357	306	44	7	1 931 713
Noroeste	211	176	34	1	1 142 523
Sur, Siglo XXI	292	257	32	3	1 399 139
Oriente	88	68	20	2	335 088

FUENTE: IMSS, *Visión del cambio en la seguridad social y Memorias 1995*.

Reestructuración administrativa

Producto de los cambios en la forma de producir, entre 1991 y 1999 los trabajadores del sector formal afiliados al IMSS redujeron su participación respecto a la PEA de 33% a 30.7%, porcentaje que corresponde a casi 12 millones de trabajadores concentrados fundamentalmente en manufactura, comercio y servicios (cuadros 9 y 10).

Como una forma de incrementar su cobertura hacia la población carente de seguridad social, el IMSS promueve la afiliación a través del régimen de Seguro Voluntario, al que se han afiliado 2.1 millones de mexicanos a cambio de servicios médicos. En esta forma, para 1999 el número de asegurados ascendió a 14.6 millones.

Para responder de manera eficiente y racional a la prestación de servicios médicos, entre 1995 y 1999 el IMSS reforzó la descentralización de la dirección en las siete grandes regiones, teniendo como eje los hospitales generales y de especialidad cuyo número conservó; multiplicó su capacidad a través de la remodelación de unidades, aplicación de tecnologías e introducción de nuevas técnicas de organización y gestión, que redundaron en el incremento de su personal médico y paramédico. Respecto de las clínicas de primer nivel y medicina ambulatoria, su número se incrementó a 1 527 como una forma de estar más cerca de las necesidades de su población usuaria y dar prioridad a la medicina preventiva (cuadros 11 y 12).

La aplicación de nuevas técnicas vinculadas con la reorganización en los métodos de trabajo a través de programas de operación tales como el *Nuevo Sistema Integral de Abastecimientos* o el de *IMSS en su Empresa*, que integra

CUADRO 9
POBLACIÓN OCUPADA Y POBLACIÓN ASEGURADA/REGISTRO
OBLIGATORIO EN EL IMSS POR SECTOR ECONÓMICO, 1991-1999
(miles de personas y porcentajes)

Sector económico	Población ocupada	1991		Población ocupada	1999	
		Población asegurada	%		Población asegurada	%
Población total	30 534.1	10 061.2	33.0	39 069.1	11 980.4	30.7
Agropecuario	8 189.8	492.8	6.0	8 208.7	392.6	4.8
Extracción	271.6	79.7	29.3	195.3	63.9	32.7
Transformación	4 752.0	3 136.2	66.0	7 282.8	3 772.4	51.8
Construcción	1 871.6	259.0	13.8	2 158.0	318.1	14.7
Electricidad y agua	151.2	98.9	65.2	182.7	120.7	66.0
Comercio	4 843.3	1 703.3	35.2	6 804.1	1 995.6	29.3
Transp. y comunic.	1 141.4	508.1	44.5	1 738.5	552.8	31.8
Servicios (1)	7 832.8	2 498.6	31.9	10 816.4	4 132.4	38.2
Admón. pública (2)	1 294.9			1 728.3		
No especificado	185.4			165.0		
Eventuales(3)		1 284.4			1 631.9	

(1) Hoteles, restaurantes y similares, alquiler de inmuebles, servicios financieros y profesionales y otros servicios.

(2) Incluye defensa.

(3) Aquellos trabajadores susceptibles de aseguramiento que hayan laborado un mínimo de 12 días hábiles ininterrumpidos o 30 días interrumpidos.

FUENTE: STPS, *Encuesta nacional de empleo*; Secretaría de la Presidencia, *Informes de Gobierno 1996 y 2000*.

a un número importante de grandes y medianas empresas a través de un sistema de red, le han permitido abatir costos, aumentar la eficiencia, tener mayor control de insumos, reducir los índices de evasión y subdeclaración de cuotas, así como una mejor administración al agilizar los trámites.

Reestructuración financiera

Si bien la reforma del sistema de pensiones significó para el IMSS una reducción importante en el total de sus ingresos relativos a seguros, al delegar en las Afores las cuotas relativas a pensiones y jubilaciones, el proceso le implicó un alivio dentro del costo total de la seguridad social al reducirse el costo relacionado con *prestaciones económicas* de 31.5% en 1996 a 18.2% en 1999, lo que le permitió orientar el gasto hacia otros rubros de importancia como son los programas de abasto y administración (cuadro 13).

El número de pensionados alcanzó un total de 1.8 millones en 1999, y si bien entre 1970 y 1995 se presenta una tendencia decreciente en la relación número de trabajadores por pensionado al pasar de 15.9 a sólo 7.2 trabajadores

CUADRO 10
**IMSS: ASEGURADOS PERMANENTES Y EVENTUALES
 POR DIVISIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**
(miles de personas: promedios anuales)

Año	Régimen obligatorio											Régimen Voluntario (1)	
	Total Asegu- rados	Perma- nentes y even- tuales	Permanentes					Servicios					
			Total	Agríc., Gan., Silv., Caza y pesca	Extrac- tiva	Transfor- mación	Construc- ción	Electri- cidad y agua	Comercio	Transp. y Comunic.	Para empr., pers. y hogar		Social y Comunal
1977	4 554.0	4 508.1	3 822.5	341.8	41.6	1 567.1	40.6	37.5	577.8	170.8	1 045.1	685.6	45.9
1980	6 369.0	6 205.1	5 002.4	363.9	56.6	2 065.5	48.9	87.9	751.7	211.3	1 416.4	1 202.7	163.8
1985	8 133.0	7 831.4	6 399.8	526.6	85.2	2 386.7	126.2	87.7	1 248.0	386.7	1 008.1	1 431.5	301.6
1990	10 764.0	9 570.1	8 335.0	484.5	84.3	3 020.7	228.9	94.5	1 603.9	472.8	1 543.3	1 235.1	1 193.9
1995	10 931.8	9 318.0	8 498.2	401.9	62.1	2 869.6	228.1	112.7	1 675.6	483.3	1 671.6	819.8	1 613.8
1999*	14 601.8	11 980.4	10 348.5	392.6	63.9	3 772.4	318.1	120.7	1 995.6	552.8	2 088.2	1 631.9	2 621.3

(*) Cifras parciales de enero a julio.

(1) Se refiere a personas con seguro colectivo, facultativo individual y continuación voluntaria. Incluye trabajadores independientes y trabajadores no identificados en una determinada actividad económica.

(2) Son aquellos trabajadores susceptibles de aseguramiento que hayan laborado un mínimo de 12 días hábiles ininterrumpidos o 30 días ininterrumpidos en un bimestre para un solo patrón.

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social y el *IV Informe de Gobierno* para los años 1996-1999.

CUADRO 11
UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS: POBLACIÓN ASEGURADA Y ABIERTA

Año	<i>Unidades Médicas (Población Derechohabiente)</i>				<i>Unidades Médicas (Población Abierta)</i>			
	<i>Total</i>	<i>Consulta externa</i>	<i>Hospitales generales</i>	<i>Hospitales de especialidad</i>	<i>Total</i>	<i>Consulta externa</i>	<i>Hospitales generales</i>	<i>Hospitales de especialidad</i>
1980	1 216	1 036	154	26	2 148	2 107	41	0
1985	1 437	1 246	161	30	2 454	2 404	50	0
1990	1 600	1 345	216	39	3 128	3 075	53	0
1995	1 737	1 482	216	41	3 506	3 441	65	0
1999	1 784	1 527	216	41	3 609	3 540	69	0

FUENTE: Secretaría de Salud.

por pensionado, hicieron obvia la necesidad de la reforma. La tendencia pareciera revertirse en 1999 al incrementarse a ocho trabajadores por pensionado; no obstante, esta tendencia no refleja la composición de la estructura de los asegurados en la medida en que su crecimiento en los últimos años se ha sustentado en buena medida a partir del trabajo eventual y del régimen voluntario de aseguramiento, cuya cotización se vuelve incierta en el largo plazo (cuadro 14).

Con la nueva ley del IMSS, al cambiar la estructura tripartita de aportaciones al sistema de seguros e incluirse la cuota social por parte del gobierno federal, las aportaciones de este último aumentaron concomitantemente, ya que de representar 4% del monto total de todos los seguros, sus aportaciones se elevaron a 39%. Por su parte, las aportaciones de los trabajadores se redujeron del 29% al 9% y las de las empresas lo hicieron del 76% al 52% (cuadro 15).

En la constitución de las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) se observa el fenómeno de concentración de capital en el que están presentes alianzas y fusiones estratégicas entre el capital nacional y el extranjero: de 17 Afore en 1997 se redujeron a 13 en 1999 y a sólo 11 en el 2000, entre las que se reparten 15.59 millones de cuentas de ahorro para el retiro, 66% de las cuales se concentra en sólo cinco Afores: Bancomer, Santander, Profuturo Banamex y Garante (cuadro 16).

En su conjunto, para 1999 el negocio de gestión de fondos de pensiones en México alcanzaba cerca de 25 000 millones de dólares, de los que un 45% lo controlaban bancos e instituciones financieras españolas y estadounidenses.¹⁶

¹⁶ Control que en el caso de la banca española creció en este año 2000 debido a las fusiones y alianzas estratégicas, como es el caso de BBV-Bancomer y Santander-Serfin.

CUADRO 12
 RECURSOS HUMANOS EN SERVICIOS MÉDICOS DEL IMSS
 EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y POBLACIÓN ABIERTA

Años	Población derechohabiente						Población abierta*								
	Personal paramédico			Personal no médico			Personal paramédico			Personal no médico					
	Total	Enfer- meras	Otros	Serv. aux. diagnóst.	Personal no médico	Total	Total	Enfer meras	Otros	Serv. aux. diagnóst.	Personal no médico	Total	Enfer meras	Otros	Serv. aux. diagnóst.
1980	125 169	27 482	51 609	41 151	10 458	5 714	40 364	6 300	1 070	1 202	n.d.	37	3 991		
1985	169 725	31 778	71 146	54 881	16 265	8 746	58 055	9 200	1 666	1 453	18	108	5 973		
1990	181 678	39 772	83 720	63 189	20 531	11 589	46 597	12 029	3 703	5 264	125	155	2 907		
1995	204 700	47 420	95 414	72 787	22 627	13 729	48 137	16 725	5 385	7 054	328	218	4 068		
1999		50 764		76 502				6 847	5 541						

* Comprende IMSS-Solidaridad.
 FUENTES: Secretaría de Salud y III y V Informes de Gobierno 1997, 1999 y 2000.

CUADRO 13
 COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL IMSS*
 (millones de pesos a precios corrientes y porcentajes)

Años	Total \$	Prestaciones (%)		Administración (%)	Otros ^{3/} (%)
		En especie ^{1/}	Económicas ^{2/}		
1990	14 940.2	49.5	23.9	18.2	8.4
1991	21 585.3	48.8	25.5	17.8	7.9
1992	27 638.8	47.6	25.5	18.9	8.0
1993	33 687.8	45.9	26.7	19.4	8.0
1994	39 792.0	44.9	27.3	17.9	9.9
1995	47 190.6	46.4	29.6	16.6	7.4
1996	57 986.2	46.0	31.5	15.5	7.0
1997*	69 426.0	47.6	22.1	21.6	8.7
1998	82 094.0	47.4	18.5	25.4	8.7
1999	104 036.0	47.0	18.2	25.6	9.2

^{1/} Incluye asistencia médica, farmacia y laboratorio, hospitalización y otras prestaciones.

^{2/} Se refiere a las pensiones, subsidios, finiquitos e indemnizaciones y ayudas para gastos de funeral y para matrimonios, entre otros.

^{3/} Comprende gastos en provisiones, incobrabilidades, depreciaciones e intereses actuariales y los ajustes resultados de ejercicios anteriores.

* Derivado de la Nueva Ley del Seguro Social a partir de 1997 la contabilidad institucional cambia conceptos acorde a sus necesidades.

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Entre diciembre de 1997 y junio de 2000 los trabajadores afiliados a las Afore pasaron de 11.4 millones a 16.6 millones. Si bien el 64% de los afiliados cuenta con ingresos mayores a 3.67 salarios mínimos, el 37% restante, con salarios de hasta tres salarios mínimos, presenta posibilidades cada vez más difíciles de cotización, resultado de sus bajos ingresos y la inestabilidad que priva en el empleo.¹⁷ Esto ha significado que para el último año, del total de las cuentas de ahorro 40% corresponda a trabajadores inactivos o temporales, situación que en el largo plazo repercutirá en el monto de sus pensiones al final de su vida activa, y que hoy afecta el comportamiento en el monto de las comisiones que cobran las Afore. De ahí también la tendencia de las mismas aseguradoras por promover cada vez más el ahorro voluntario (cuadro 17).

También observamos en el interior de las Afore una diferente composición de trabajadores afiliados. Por ejemplo, si bien Bancomer concentra 2.2 millones de cuentas de ahorro para el retiro, por lo que constituye la Afore más grande, Inbursa —Afore ligada al Grupo Carso— maneja 369 884 cuentas de trabaja-

¹⁷ En el último trienio, la tasa de crecimiento del empleo permanente fue en promedio de 4.8%, la del empleo temporal fue de 21.3% (*El Financiero*, 9 de octubre de 2000).

CUADRO 14
ASEGURADOS, DERECHOHABIENTES Y PENSIONADOS DEL IMSS
(miles de personas)

Año	Asegurados	Derechohabientes	Pensionados	Asegur. por pensionado
1970	3 121	9 773	196	15.9
1975	4 306	16 338	304	14.2
1980	6 369	24 125	487	13.1
1985	8 132	31 529	838	9.7
1990	10 762	38 575	1 174	9.2
1995	10 932	34 324	1 522	7.2
1999*	14 602	44 887	1 820	8.0

* Cifras preliminares.

FUENTE: Informes de Gobierno de 1994 a 1999.

CUADRO 15
CUOTAS Y APORTACIONES TRIPARTITAS
POR RAMO DE SEGURO, 1997-1999
(millones de pesos corrientes)

Concepto	1997 ^{1/}	1998	1999
Total	91 642.8	119 597.1	147 840.6
Patrón	56 854.3	69 712.1	84 435.0
Trabajador	13 630.3	13 067.8	15 709.7
Gobierno Federal	21 158.2	36 817.2	47 695.9
Pensiones en curso de pago ^{1/}	9 066.9	18 859.0	25 920.4
Retiro, Cesantía en edad avanzada y vejez ^{2/}	20 183.9	21 561.0	27 290.7
Patrón	13 998.3	17 754.8	22 471.9
Trabajador	3 003.6	3 806.2	4 818.8
Gobierno Federal ^{3/}	3 182.0		
Enfermedades y maternidad ^{4/}	44 384.2	55 759.5	69 212.8
Patrón	28 127.5	32 454.8	40 903.4
Trabajador	7 807.9	5 885.2	7 113.6
Gobierno Federal	8 448.8	17 419.5	21 195.8
Invalidez y vida	8 655.8	12 176.1	11 497.7
Patrón	5 376.5	8 261.0	7 140.7
Trabajador	2 818.8	3 376.4	3 777.3
Gobierno Federal	460.5	538.7	579.7
Riesgos de trabajo (patrón)	6 310.0	7 505.9	9 170.0
Guarderías y prestaciones sociales (patrón)	3 042.0	3 735.6	4 749.0

^{1/} Se refiere al costo de aplicar sólo 6 meses de la ley anterior. El resto conforme a la nueva legislación.

^{2/} En 1997 incluye aportación al IMSS en el 1er. semestre y para el 2o. semestre de ese año y los siguientes corresponden a las aportaciones a las Afore.

^{3/} Para los años 1998 y 1999 la aportación se ubica dentro de pensiones en curso de pago.

^{4/} Incluye gastos médicos de pensionados, seguro de salud para la familia y seguro médico para estudiantes.

FUENTE: VI Informe de Gobierno, año 2000, México.

CUADRO 16
AFORE: TRABAJADORES AFILIADOS
1997-1999

Afore	Número de afiliados			Porcentaje de afiliados			Variación 1999-1997
	A dic. 1997	A dic. 1998	A dic. 1999	A dic. 1997	A dic. 1998	A dic. 1999	
	1 Bancomer	1 675 491	2 225 504	2 480 657	15.06	16.09	
2 Santander Mexicano	1 648 480	1 968 588	2 200 379	14.83	14.24	14.19	33.48
3 Profuturo-GNP	1 403 681	1 929 811	2 024 488	12.63	13.96	13.05	44.23
4 Banamex-Aegon	1 368 487	1 567 262	1 878 471	12.31	11.35	12.11	37.12
5 Garante	1 225 855	1 533 244	1 694 936	11.02	11.09	10.93	38.27
6 Bitel	1 029 824	1 304 748	1 611 047	9.26	9.44	10.39	58.44
7 Sólida Banorte	758 576	1 190 674	1 351 378	6.82	8.61	8.71	78.82
8 Bancrecer-Dresdner	522 013	607 510	628 772	4.69	4.39	4.05	20.07
9 Siglo XXI	303 288	423 431	484 710	2.73	3.06	3.13	59.83
10 Principal	67 816	302 800	303 146	0.61	2.19	1.95	479.72
11 Inbursa	294 633	369 884	380 587	2.65	2.68	2.45	29.2
12 Tepeyac	84 880	141 200	266 730	0.76	1.02	1.72	160.8
13 Zurich	20 128	119 250	203 224	0.18	0.86	1.31	809.88
14 Previnter ^{1/}	280 424			2.52			
15 Atlántico-Promex ^{2/}	174 848			1.57			
16 Capitaliza ^{3/}	23 494			0.21			
17 Génesis ^{4/}	118 306	141 550		1.06	1.02		
Total	11 118 114	13 825 182	15 508 525	100.00	100.00	100.00	40.17

^{1/} En 1998 fue fusionada a Profuturo.

^{2/} En 1998 fue fusionada a Principal.

^{3/} En 1998 fue fusionada a Inbursa.

^{4/} En 1999 fue fusionada a Santander.

FUENTE: Elaboración propia con datos de la Consar.

CUADRO 17
AFORE: PERFIL DE AFILIADOS

Afore	Número de trabajadores Total	Trabajadores		Salario promedio (veces SM)
		Activos %	Inactivos %	
Inbursa	369 884	77.3	22.7	8.74
Siglo XXI	423 431	70.9	29.1	6.01
Bancomer	2 225 504	77.6	23.4	4.44
Banamex-Aegon	1 567 262	77.8	22.2	3.95
Garante	1 533 244	58.7	41.3	3.31
Bitel	1 304 748	69.0	31.0	3.17
Bancrecer-Dresdner	607 510	58.0	42.0	3.01
Profuturo-GNP	1 929 811	53.9	46.1	2.96
Principal	302 500	62.5	37.5	2.93
Tepeyac	141 209	50.3	49.7	2.71
Sólida Banorte General	1 190 674	52.4	47.6	2.69
Santander-Mexicano	2 110 146	52.9	47.1	2.68
Zurich	119 259	51.9	48.1	2.37
Promedio	13 825 182	63.4	36.6	3.67

FUENTE: Consar, *Boletín Informativo*, al 6o. bimestre de 1998.

dores, 77% de los cuales son activos y perciben en promedio los salarios más altos (8.7 salarios mínimos). En otro extremo está la Afore Santander, que si bien administra las cuentas de ahorro de 2.1 millones de trabajadores, sólo el 52.9% se consideran activos y perciben un promedio de 2.7 salarios mínimos.

CONCLUSIONES

Vincular los cambios que sufren las instituciones de seguridad social a las transformaciones que sufre la estructura socioeconómica del país, pone de manifiesto las necesidades objetivas de su transformación. En este sentido, la reestructuración del IMSS era necesaria para poder dar respuesta a los cambios operados en la estructura productiva del país.

Como institución, su estructura orgánica tradicional correspondía a las anteriores formas de producción y organización del trabajo; hoy, las transformaciones en los procesos productivos y de trabajo hicieron ver que su forma organizativa ya no correspondía a la nueva fase y era un obstáculo para cumplir adecuadamente con sus funciones. Por lo mismo, se volvió indispensable aplicar las nuevas técnicas de organización y gestión, con las cuales ha venido superando su condición de desequilibrio, apoyándose para ello en la racionalización de la utilización de sus recursos. No obstante, los subsidios estatales continúan

siendo importantes. La reestructuración administrativa del IMSS se vio acelerada a partir de la reestructuración financiera que, con la privatización de los seguros relativos a pensiones y jubilaciones, disminuyó sensiblemente sus ingresos.

Con relación a los trabajadores asegurados, la reestructuración del IMSS se refleja en dos planos: *a*) en lo relativo a sus pensiones y jubilaciones, éstas pasan a ser manejadas por las Administradoras de Fondos para el Retiro que al privatizarse y quedar supeditadas a las leyes del mercado, vuelven incierto el futuro de los trabajadores al término de su vida laboral, como se puede observar en los bajos salarios y en el incremento en el número de trabajadores que no pueden cotizar regularmente en las Afore; además, al ser privatizadas cuestionan de fondo la solidaridad social; *b*) en lo relativo a las prestaciones en salud, éstas tienden a centrarse en la medicina de primer nivel (preventiva) con el objetivo de ampliar la cobertura y abatir los costos.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial*, 1993, Washington, 335 pp.
- Banamex-Accival (1998), *México social-Estadísticas seleccionadas 1996-1998*, División de Estudios Económicos y Sociales, 1a. edición, México, 775 pp.
- BID, *Progreso económico y social en América Latina-Informe 1996*, Washington D.C., 420 pp.
- CEPAL-PNDUD (1992), *Sistema de pensiones en América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma*, 2 vols., Andras Uthuff y Raquel Szalachman (editores), Santiago de Chile, 1992.
- CEPAL (1996, 1997, 1998), *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas, ediciones 1996, 1997 y 1998.
- Consar (1997), *Ley de los sistemas de ahorro para el retiro*, México, febrero, 1997, 83 pp.
- Ejecutivo Federal (1996), *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, Secretaría de la Presidencia, México, 1996.
- Funsalud (1995), *Economía y salud*, México, 1995.
- Gutiérrez Arriola, Angelina, *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y seguridad social de América Latina*, México, IIEC-UNAM, en prensa, 268 pp.
- ——— (1995), “Salud y seguridad social”, en *Momento Económico*, núm. 81, México, IIEC-UNAM, septiembre-octubre de 1995, pp. 26-28.

- ——— (1996), “Crisis y reestructuración del IMSS”, en *Momento Económico*, núm. 85, México, IIEC-UNAM, mayo-junio de 1996, pp. 10-17.
- IMSS (1979), *Leyes, reglamentos, decretos e instructivos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, IMSS, 1979, 555 pp.
- ——— (1994), *Visión del cambio en la seguridad social 1988-1994*, Memoria Institucional, México, octubre de 1994, 271 pp.
- ——— (1995), *Diagnóstico del IMSS*, México, marzo de 1995, 151 pp.
- ——— (1994), *Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, IMSS, México, 1994.
- ——— (1996), *Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, IMSS, México, 1996.
- ——— *Lineamientos estratégicos, 1996-2000*, IMSS, 65 pp.
- ——— -CIESS, *Administración pública y privada de los seguros sociales en América Latina*, Serie Estudio, núm. 16, 307 pp.
- INEGI, “Información estadística del sector salud y seguridad social”, *Cuadernos del INEGI*, México (números del 1 al 9).
- ——— (1998), *Indicadores de empleo y desempleo*, México, 1998.
- INEGI-OEA-CEPAL (1993), *Magnitud y evolución de la pobreza en México 1984-1992*, México, 1993.
- Kurczyn Bañuelos, Sergio (1996), “Reforma del sistema de pensiones mexicano: principales aspectos macroeconómicos”, en *Comercio Exterior*, vol. 46, núm. 9, septiembre de 1996, pp. 740-754.
- Lacey, Roberth (1996), “La reforma de la jubilación en América Latina: los retos y el papel del Banco Mundial”, en *Comercio Exterior*, vol. 46, núm. 9, septiembre de 1996, pp. 683-691.
- Laurel, Asa Cristina, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México, Ediciones ERA-Fundación Friedrich Ebert Stiftung, 1997, 122 pp.
- Mesa Lago, Carmelo (1992), *Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe*, Publicación Científica 539, Washington, OPS, Fundación Interamericana, 1992, 257 pp.
- ——— (1994), *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe: hacia una disminución del costo social del ajuste estructural*, Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, Chile, 1994, 265 pp.
- Modigliani, F. (1980), “The Life Cycle Hypothesis of Savin”, en *The Collected Papers of Franco Modigliani*, vol. II, The MIT Press Mass, 1980, 527 pp.
- OCDE (1998), “La reforma del sistema de salud”, en *Estudios Económicos*, México, 1998, pp. 99-100.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997), *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL, Cuaderno Técnico 46, 1997, 83 pp.
- Poder Ejecutivo Federal (1995), *Iniciativa de Ley del Seguro Social-Exposición de motivos*, México, noviembre de 1995.
- Quijano, José Manuel (1998), “Los traspasos de fondos de pensiones en América del Sur”, en *Comercio Exterior*, vol. 48, núm. 9, México, septiembre de 1998, pp. 760-765.
- Ramírez López, Berenice y Saúl Osorio, *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, México, IIEC-UNAM-Editorial Triana, 1997, 263 pp.
- ——— (1999), *La seguridad social: reformas y retos*, México, IIEC-UNAM-Miguel Ángel Porrúa, 1999, 354 pp.
- Secretaría de Desarrollo Social (1996), *Programa para superar la pobreza 1995-2000*, México, 1996.
- Secretaría de la Presidencia, *Informes de gobierno*, México, años 1995, 1996, 1998 y 2000.
- Secretaría de Salud (1996), *Programa de Ampliación de Cobertura, Evolución y Perspectiva*, México, 1996.
- *Programa de Reforma del Sector Salud-México 1995-2000*, México, 1995.
- Urías Brambila, Homero (1996), “La reforma previsional en América Latina”, en *Comercio Exterior*, vol. 46, núm. 9, septiembre de 1996, pp. 679-682.