

La reforma del ISSSTE de México.

José Arturo Granados Cosme, Carolina Tetelboin Henrion y Alberto Torres Brambila.

Cita:

José Arturo Granados Cosme, Carolina Tetelboin Henrion y Alberto Torres Brambila (2007). *La reforma del ISSSTE de México*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/1496>

LA REFORMA DEL ISSSTE DE MÉXICO

José Arturo Granados Cosme, Carolina Tetelboin y Alberto Torres Brambila.
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Presentación.

Desde 1940, México inició una política social fuertemente arraigada en la acción estatal y orientada hacia el bienestar social. La política de salud como uno de los componentes más importantes de la política social posibilitó la generación de un sistema de salud en el que la seguridad social marcó la tendencia. Aunque con límites, el sistema mexicano desarrolló sistemas de seguridad social múltiples, a semejanza de los modelos europeos de bienestar social a la vez que desarrollo una fuerte institucionalidad en salud desde el propio Estado, a través de la Secretaría de Salud y Asistencia.

Bajo una noción de bienes públicos basada en la colectivización de los riesgos, el sistema de salud mexicano consiguió abatir diversas problemáticas sanitarias aún en un contexto de escasez de recursos y endeudamiento externo. A partir de los noventa el discurso sobre salud dice renovar viejas demandas tales como universalidad, equidad y participación social; este discurso es la base ideológica sobre la cual se justifican, desde la óptica oficial, propuestas reformadoras cuya trascendencia impone la necesidad de detenerse a estudiar; particularmente las que atañen al subsistema de seguridad social en el que recientemente se ha gestado la reforma al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El presente trabajo forma parte de una investigación en proceso sobre las transformaciones del ISSSTE. La que se presenta, recupera el debate en torno a ella recogido por la prensa.

Antecedentes.

La intervención del Estado Mexicano en salud inició con un enfoque de “beneficencia”; posteriormente la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el gobierno de Lázaro Cárdenas transitó hacia un enfoque asistencialista y de salubridad. En los cuarentas, México siguió la tendencia mundial de incrementar la participación estatal en la materia, para lo cual la producción de servicios médicos gubernamentales se articuló con el modelo de desarrollo nacional y con la gestión estatal de la fuerza de trabajo. De este modo, la medicina estatal se conformó como modalidad hegemónica entre 1935 y 1945 y la estructura de los servicios médicos llegó a coincidir con la estructura de los sectores de la producción (Hernández Llamas, 1982).

La SSA dirigió sus servicios principalmente al proletariado urbano en situación de subempleo o desempleo, asignándole a la política sanitaria no sólo la función de otorgar servicios médicos a los “individuos socialmente débiles” sino hacer de ellos “factores útiles a la colectividad” (Alvarez, 1960). Con ello se prefigura el papel del Estado hacia la salud de la población.

En 1943 se promulga la ley del seguro social, con el objetivo fundamental de mantener y recuperar la fuerza de trabajo industrial y crear fondos financieros que sirvieron para incrementar la infraestructura sanitaria y extender la cobertura. Con la formación del Instituto Mexicano del Seguro Social se inició un proceso selectivo de protección destinado a ciertas fracciones del proletariado urbano industrial. Más tarde, mediante decreto, la

Dirección de Pensiones Civiles se transformó en el ISSSTE (Hernández Llamas, 1982). De esta manera, la política social se perfiló como instrumento mediante el cual el Estado mexicano fortaleció su legitimidad contribuyendo, al mismo tiempo, con la reproducción del modelo de desarrollo vigente; al mismo tiempo que prestaba servicios de salud y extendía la cobertura de sus instituciones para la población trabajadora, promovía la reproducción de la fuerza de trabajo y la acumulación de capital. En el caso del ISSSTE, su creación fue resultado del crecimiento del Estado, especialmente la extensión de la educación y la salud, que contienen los contingentes más importantes de la fuerza de trabajo en los servicios. La movilización del magisterio y de los trabajadores al servicio del Estado fue definitiva en su formación.

Aunque fragmentado y mixto, ya que coexistían los regímenes previsionista y asistencialista, el sistema de salud y seguridad social mexicano permitió la constitución de uno de los sistemas de salud y seguridad social más importantes de América Latina que posteriormente vio obstaculizadas sus aspiraciones de universalidad por la gradual disminución del gasto social y el deterioro de la infraestructura y recursos médicos, reflejándose en un deterioro a su vez en la calidad de los servicios y en la insatisfacción creciente de los usuarios. Todo ello produjo una importante deslegitimación de la atención pública en el imaginario colectivo.

Desde 1982 la política pública mexicana adoptó los rasgos más sobresalientes del denominado modelo neoliberal (Vilas, 1996) búsqueda de control de la inflación mediante la reducción del gasto público y la contención salarial; estos objetivos redefinen drásticamente la política social y en términos de salud se plantea un proceso de reforma que se formaliza y explícita en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 durante el gobierno de Ernesto Zedillo. Tal programa justificaba las serias transformaciones de la política de salud con un diagnóstico aducía como principales problemáticas: la baja calidad y eficiencia, segmentación e falta de coordinación, centralismo y cobertura insuficiente (Poder Ejecutivo Federal, 1995:11-14).

En salud, se produce un proceso de racionalización que conjuntó los esfuerzos de los distintos subsectores. Con la creación del Sistema Nacional de Salud se intentó fortalecer una instancia máxima que coordinara los servicios, especialmente los de Seguridad Social, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud. Aun cuando los resultados han sido magros, se avanzó en un sistema de registro único en salud y se unificaron diversos criterios, entre otros alcances. Estos procesos se complementaron más tarde con un proceso de descentralización que únicamente incluyó al subsector de población abierta y que fue interrumpido para el conjunto de los estados. Sus resultados no revelaron los beneficios que se suponían (Cardozo, 1992). Estos sin embargo fueron los primeros pasos para la transformación posterior del sistema sanitario mexicano. Aun cuando implicaron serios riesgos para la continuidad de los programas de salud, no parecieron trastocar gravemente las bases ideológica y políticas de sustentación del sistema.

A fines de los noventa, los diagnósticos aludían a la heterogeneidad institucional (fragmentación) del sistema de salud, a la baja calidad y al descontento de los usuarios como los principales problemas del sistema (Frenk, 1997), (Poder Ejecutivo Federal, 1995:11), (Poder Ejecutivo Federal, 2001). Derivados de ellas, y dejando de lado la discusión sobre las causas estructurales de tales condiciones, emergen una serie de estrategias reformadoras durante el gobierno de Fox.

Elementos teóricos para el análisis

Para aproximarnos al fenómeno de las reformas a la seguridad social en México, podemos partir de una definición de política social derivada de un enfoque pluralista en el que se considera que las políticas sociales resultan de la confrontación de los intereses de diversos grupos que, al interactuar dentro del Estado, las definen y aplican (Gerschman, 1990). Tal definición contribuye a superar la visión instrumentalista de las acciones públicas, según la cual lo que debe estudiarse de la política pública y social es el qué se hace más que el porqué se hace determinada política; en tal sentido, también podemos comprender a la política de salud como un “espacio” donde se definen, articulan y resuelven las necesidades de salud bajo formas que expresan intereses cambiantes y frecuentemente contradictorios (Tetelboin, 1997).

Por otro lado, también debemos considerar el ejercicio público del poder más allá del beneficio explícito a las colectividades. En tal sentido, el concepto de política social se entiende aquí como el espacio en que tienen lugar la definición de necesidades y satisfactores de una sociedad particular en un periodo histórico determinado, pero es al mismo tiempo una arena donde se confrontan concepciones e intereses contradictorios acerca de la forma en que deben resolverse las necesidades de la sociedad así definidas. El análisis de la política social por lo tanto no se agota en su formulación en un contexto específico, sino que debe incluir también su instrumentación, es decir el modo como verifica la política en la realidad (Tetelboin, 1997).

Por lo tanto, consideramos que el análisis y la comprensión de las transformaciones recientes de las instituciones sociales, deben considerar sus determinaciones sociales, es decir, económicas, políticas e ideológicas y culturales, de las cuales se desprenden los sentidos que adquiere una política social concreta. Así, la estructura que adquieren los sistemas reformados, contienen tales determinaciones y se expresan en modalidades particulares de organización, financiamiento y prestación de servicios.

La política social en México tuvo en el fomento del empleo el eje articulador entre el quehacer público y el modelo de desarrollo; mediante la gradual incorporación de la fuerza de trabajo al empleo formal se buscó financiar y extender la cobertura de los beneficios sociales. Los principios que guiaron la formulación de la política de salud y seguridad social se plantearon como objetivos la universalidad y la equidad. La universalidad se entiende como el concepto pilar de los estados modernos y que se refiere a que todo individuo, simplemente por el hecho de serlo debe estar representado en el Estado mediante la satisfacción del interés común. Esta idea general y abstracta emanada del pensamiento liberal, tiene su expresión concreta en el hecho de que todos los ciudadanos tienen los mismos derechos, que todos los individuos deben tener acceso a todos los bienes sociales administrados por el Estado. Desde un punto de vista más inclusivo, se entiende que si bien el límite de la explotación capitalista limita los derechos sociales, este punto de inflexión es histórico. Su elasticidad tiene que ver no solo con la formación de plusvalor, que es el punto de vista del capital, sino también con las luchas sociales por la disputa de éste.

En materia de salud, los denominados estados de bienestar reconocieron que las diferencias sociales generan riesgos a la seguridad que no pueden ser enfrentados por el individuo aislado; en consecuencia, dado que el Estado es la entidad social que da carácter orgánico a una sociedad y tiene entre sus funciones la de proveer seguridad, tales riesgos y sus costos deben ser socializados, compartidos por la colectividad en virtud de que amenazan el interés común del desarrollo, la acumulación y el bienestar social; así se conforma la noción de seguridad social.

Lo anterior tiene implicaciones que es necesario analizar con más detalle: primero, que los riesgos a la salud tienen un componente causal implícito en la forma de organización social, en otras palabras eso se refiere a los “efectos nocivos del capitalismo”; segundo, que en la generación de tales riesgos están implicadas las clases sociales y que para enfrentarlos debe establecerse una corresponsabilidad capaz de generar una previsión y tercero, lo anterior se traduce en la constitución de fondos económicos solidarios que financian las contingencias previstas. La colectivización de los riesgos y la respuesta solidaria institucionalizada se relaciona también con el concepto ampliado de equidad ya que, en términos simples, significa que ante una necesidad igual los ciudadanos requieren y tienen derecho a un servicio igual.

El financiamiento de la seguridad social expresa muy claramente este proceso de colectivización de los riesgos: se conforman fondos públicos con aportaciones de los ciudadanos basadas en el salario; los trabajadores aportan un porcentaje del pago de su fuerza de trabajo; patrones y gobiernos también realizan un aporte fijado por el salario de cada trabajador. Con estos fondos se financian los servicios médicos (seguro de enfermedad) y se cubren otros riesgos como el de maternidad, vejez, invalidez, cesantía y muerte (pago de pensiones, incapacidades, enfermedades y accidentes de trabajo y guarderías), los trabajadores retirados ejercen su seguro de vejez al recibir su pensión, en tanto que los trabajadores activos siguen aportando al fondo para recibir lo propio en su retiro, expresión de solidaridad intergeneracional. También la solidaridad se expresa al interior de los grupos y clases, porque los que ganan más aportan a los que ganan menos. En tal sentido, la seguridad social es en sentido amplio un sistema capaz de relativizar y compensar las diferencias en la sociedad capitalista y una herramienta útil en la redistribución del ingreso. Un ejemplo de esto son los sistemas de pensiones y de atención médica; como las aportaciones de los trabajadores se realizan con un porcentaje del salario y como el acceso a las pensiones y a los servicios médicos se establece por la necesidad y no por el ingreso, la seguridad social resulta un medio redistribuidor del ingreso.

Adicionalmente, hasta la década de los ochenta, el Estado mexicano no sólo gestionó la regulación de la oferta y demanda de trabajo legislando al respecto, sino que además fue un importante empleador para su operación, pero además a través de una gran cantidad de empresas propias (empresas paraestatales). Este compromiso con el empleo, así como los objetivos implícitos de incrementar la seguridad social a través del trabajo asalariado, permiten suponer que, si bien el sistema mexicano fue una mezcla de por lo menos dos regímenes (asistencialista y previsionista), la directriz en la tendencia hacia la universalidad fue la seguridad social¹.

Tanto la colectivización de riesgos como la solidaridad intergeneracional e intersectorial fueron los principios básicos en la provisión de servicios de salud, los cuales no podrían comprenderse sin el principio de equidad entendido como a cada cual según necesidad a diferencia de la interpretación del discurso reformador en la cual la equidad tiene que ver con espacios sociales particulares y segmentados; procedamos a describir los mecanismos de acceso al sistema para reelaborar la noción de universalidad basada en la equidad. El principio ordenador es por lo tanto “a necesidad igual, servicio igual”; de esta manera en el subsector de población abierta, aún cuando el acceso estuvo definido por la demostración

¹ La Secretaría de Salud muestra los rasgos de un régimen asistencialista, por otro lado, el subsector seguridad social ejemplifica un régimen previsionista en crecimiento y con avanzados niveles de consolidación, a tan sólo unas décadas de su inicio llegó a cubrir a la mitad de la población.

de la necesidad (estar enfermo) y por una cuota de recuperación (según el estado socioeconómico y la comprobación de no pertenecer al otro subsector), el individuo es atendido y provisto de los actos terapéuticos y bienes necesarios y disponibles para resolver su enfermedad, de esto depende su tránsito en el sistema y no de lo que paga. De la misma forma, en la seguridad social, el acceso tiene la condición de ser trabajador asalariado, pero la necesidad es el criterio que define la provisión del servicio, de esta manera aunque un trabajador aporte menos, si tiene el mismo padecimiento que otro con aporte mayor, recibirá el mismo servicio. Lo anterior no es sólo un criterio ético que la práctica médica ha abanderado históricamente (no diferenciar la atención por ninguna condición social de los pacientes); se convirtió además en un criterio político ampliamente reconocido y consensado en el que prevalece el reconocimiento social de la desigualdad ante la enfermedad y la respuesta a dicha problemática mediante la socialización de los riesgos a la salud.

Por otro lado, las propuestas de mercantilización de la sociedad y de la política social, es el paradigma que asola a partir de los noventas. En la primera etapa, en las sociedades latinoamericanas se produce en las dictaduras militares del cono sur, especialmente de Chile, y luego se extiende a otros procesos en “democratización”. En una primera etapa o en las reformas de primera generación, la política social se racionaliza a través de un proceso de deterioro y desarticulación de las instituciones, a la vez que se crean nuevas empresas privadas que se ocupan de lo social en las pensiones y en la salud; en las de segunda generación, estas empresas se combinan con las públicas para atender no sólo al mercado cautivo privado natural, los grupos de mayores recursos, sino para entrar a los grupos de menores recursos, incluso a los pobres. (Tetelboin, 2007). El propio Banco Mundial critica la estrategia primera, aduciendo que el problema de la creación de los mercados de seguros, radica en la incertidumbre y las deficiencias del mercado; y dado que había un predominio previo de los sistemas de seguridad públicos, se dice que éstos desalientan la adopción de conductas saludables, la mejora de los servicios y la ampliación de la cobertura. De aquí se deriva la propuesta de que el Estado “debe” reglamentar los seguros privados y ofrecer seguros sociales para incrementar la cobertura pero sobre todo, mantener los costos bajos.

Sobre ésta argumentación general es que se plantearon las directrices de las posteriores reformas, las cuales se traducen en lineamientos como: incrementar la calidad mediante la elección de los usuarios, ampliar la cobertura incorporando a la seguridad social los sectores no incluidos en el trabajo formal pero con ingresos suficientes para cotizar², descentralizar³, incrementar la participación municipal y ampliar la cobertura a través de un paquete básico⁴.

² En tal sentido se formuló la figura del seguro de salud para la familia, aquí se planteó también una “mayor interacción con el mercado de seguros” (Poder Ejecutivo Federal, 1995:16)

³ En cuyo rubro se enfatiza la necesidad de “la definición de un conjunto de acciones esenciales de salud” y “la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud” que “constituye un irreductible”, en este punto se precisa también el nuevo papel que se busca para la SSA y que ya sólo incluiría “normar y coordinar al sector” (Poder Ejecutivo Federal, 1995:17)

⁴ Que se refiere precisamente al Paquete Básico de Servicios y donde se adopta el término de servicios esenciales postulado por vez primera por el Banco Mundial (BM, 1993:53-72).

La experiencia del cambio de la política social y de la seguridad social en México.

Uno de los pronunciamientos del titular del Poder Ejecutivo Federal desde el 2000, Vicente Fox Quezada, fue que las tareas de la nueva política social serían: “desterrar la pobreza y la ignorancia, así como crear programas que abran oportunidades e incentiven el esfuerzo individual de cada persona” (Reforma, 25/11/2000). Llama la atención este primer giro importante en relación al énfasis de la individualización y que supone una resolución individual de los problemas.

Lo anterior significa una transformación radical de las instituciones de seguridad social, su autonomía financiera y regulatoria se quebranta y parece ser el inicio de su transformación en instituciones exclusivamente prestadoras de servicios que posteriormente competirían con las actuales y futuras empresas privadas. El primer paso en la desarticulación orgánica de estos institutos se dio con la privatización de los fondos de pensiones en el IMSS que entró en vigor en 1997. Una propuesta similar en lo general, pero que busca evitar las dificultades observadas para este caso, es la que se planteó para el ISSSTE: "la reforma del IMSS en 1997 fue separar las pensiones de la salud. La crisis se alimentó porque ambos rubros estaban revueltos. La separación fue buena, igual que el nuevo sistema de pensiones. Ahora hay que hacerlo en el ISSSTE. Es cierto que aun con las reformas del IMSS hay otros problemas que se deben resolver, pero en 1997 se dio un paso en la dirección correcta" (La Jornada, 27/07/2000).

En esa misma tendencia resulta explicable el planteamiento de hacer efectiva la función exclusivamente regulatoria que se dice “debiera” tener, por su carácter de ministerio, la Secretaría de Salud y que en el Plan Nacional de Salud se expresa con los objetivos de fortalecer el Sistema Nacional de Salud y el papel rector de la Secretaría de Salud (Poder Ejecutivo, 2001:81-82). Dado que el IMSS y el ISSSTE se transformarían en dos instituciones más en el mercado de la prestación de servicios, se decía que la SSA abandonaría su papel de prestadora de atención médica para ser solamente reguladora o en todo caso, proveer servicios restringidos a la población en pobreza extrema (Ejecutivo Federal, 1995) (Ejecutivo Federal, 2001) (El Universal, 14/11/2001).

A pesar de los obstáculos que ha tenido que enfrentar la reforma neoliberal en salud, los resultados parciales implican potenciales consecuencias; en materia de seguridad social ya se desarticuló la base financiera de la institución de seguridad social más importante del país (IMSS), aunque hubo serias críticas y oposiciones, su final aprobación se vio facilitada por el verticalismo y corporativismo característicos del sindicalismo de la clase obrera mexicana; mientras que para el caso de los fondos del ISSSTE la propuesta cursó con mayores dificultades ya que se preveían las resistencias de los trabajadores burocráticos organizados, especialmente la disidencia magisterial, tal como ha ocurrido con posterioridad a su aprobación en las cámaras. En esos momentos las propuestas para dicho instituto parecían menos viables y por tanto, políticamente convenía postergarlas, tiempo que además serviría para aprender las lecciones que dejara la reforma al IMSS.

La privatización de la administración de los fondos de pensiones se basa en la aplicación del modelo de las AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones) chilenas bajo la dirección de su creador José Piñera, que en 1994 aprobó la privatización de los fondos de pensiones del IMSS con inciertos resultados que ya se habían descrito para la experiencia chilena. A partir de entonces, el IMSS ha sido objeto de ajustes diversos que han afectado a sus distintas actividades como estancias infantiles, recreación y cultura, y desde luego las condiciones de prestación de los servicios de salud, que han intentado paliarse a través de

estrategias para elevar la calidad a las que se han incorporado los trabajadores y la aplicación nuevos esquemas de financiamiento con la extensión de cobertura a nuevos grupos y las consecuencias para el sistema de pensiones que está por empezar a verse.

Según algunos expertos en seguridad social, privatizar la salud y la seguridad social, de lo que una primera fase es la privatización de la administración de los fondos, implica consecuencias ya verificadas en experiencias internacionales: explosión de costos⁵ (Mesa Lago, 2000), selección adversa⁶, mayores cargas laborales⁷, disminución en la calidad de los servicios⁸ e incremento de controversias judiciales entre asegurados y aseguradoras. Además, se ha observado que en los sistemas de competencia gerenciada, los ministerios ven disminuidas y limitadas sus capacidades para ejercer la rectoría del sector y aplicar medidas correctivas (Molina, 2003). Con tales referentes, podemos analizar en un sentido macro los principales cambios que implica la reforma al ISSSTE, las previsible consecuencias y el papel que han jugado algunos actores sociales en su propuesta e instrumentación.

Los antecedentes de la reforma del ISSSTE

El ISSSTE forma parte del subsector de seguridad social del sistema sanitario mexicano y atiende aproximadamente al 10% de la población, de acuerdo a su propia ley, el instituto tiene la obligación de otorgar 21 prestaciones, tres médicas, seis sociales y doce económicas, en materia de atención médica y seguridad social destacan:

Medicina preventiva

Seguro de enfermedades y maternidad

Seguro de rehabilitación física y mental

Seguro de riesgos de trabajo

Seguro de jubilación

Seguro de retiro por edad y tiempo de servicio

Seguro de invalidez

Seguro por causa de muerte

Seguro de cesantía en edad avanzada

⁵Las empresas prestadoras de servicios médico que serán contratadas por las aseguradoras privadas se guían, no por el criterio de necesidad, sino por el criterio de ganancia, generando estrategias para maximizar sus ganancias: indicando a los pacientes más servicios paraclínicos de los que un sistema público tendría que racionalizar, procedimientos diagnósticos de alta tecnología y la posibilidad de aplicar procedimientos terapéuticos innecesarios; todo lo cual genera explosión de costos y contradice la supuesta finalidad del ahorro y el uso adecuado de recursos. Lo anterior independientemente del incremento de los costos de transacción que depende del número de administradoras, este argumentado por Molina (2003).

⁶Esto significa que las aseguradoras privadas seleccionarán a sus asegurados de entre aquellos que les signifiquen menos costos y más altas ganancias, es decir, aquellas personas menos susceptibles a hacer uso de los servicios, en otras palabras asegurarán a las personas sanas dejando sin cobertura a las personas con mayor riesgo: pobres, ancianos, enfermos crónicos, por ejemplo. Este efecto contradice la supuesta finalidad del incremento de la cobertura mediante la privatización.

⁷Generalmente se incrementa la cobertura sin aumentar el personal ni fortalecer los medios de trabajo, una igual masa de trabajadores se enfrenta a un número cada vez mayor de pacientes que atender. Este efecto opera tanto para las aseguradoras privadas (el abatimiento de los salarios disminuye sus costos) como para las instituciones públicas ya que éstas tienen que operar, generalmente con los mismos recursos, la prestación de los paquetes básicos y del seguro popular.

⁸Las mayores cargas laborales implican mayores riesgos en el manejo de los programas lo cual repercute en la calidad de los servicios; por otra parte, se había afirmado que la competencia del libre mercado originaría una elevación de la calidad, pero lo que se ha observado es que la competencia entre administradoras se basa en los precios y no en la calidad (Molina, 2003).

Entre los antecedentes sobre la situación del ISSSTE desde la perspectiva oficial, tal como se expusieron durante el foro “Legislado la agenda social”⁹ se explicó que existe un diagnóstico acerca de la crisis que enfrenta el ISSSTE desde 1988. El sistema de seguridad social que opera en el instituto es el de reparto. En este sistema los trabajadores en activo con sus aportaciones financian las prestaciones que se ofrecen a los derechohabientes. Para que opere correctamente el sistema y exista un equilibrio financiero debe existir una proporción de 14 trabajadores en activo por cada pensionado para cubrir las pensiones; además, se requieren recursos extras para los servicios médicos y las demás prestaciones que por ley debe cubrir el instituto. El ISSSTE desde su creación en 1959, tuvo un déficit financiero que terminó en 1973. Mantuvo una situación de equilibrio durante 11 años, entre 1974 y 1985. A partir de 1986 empezó a haber un desequilibrio entre el número de cotizantes y el número de pensionados que ahora guarda una proporción de 4.5 trabajadores por cada pensionado, resultando en que las aportaciones de los trabajadores activos son suficientes para cubrir sólo el 30 % de las pensiones que debe pagar el instituto.

Las autoridades del Instituto también plantean que las prestaciones de salud del instituto también tienen serios problemas. Las autoridades del instituto explican que: “La dinámica demográfica y la transición epidemiológica experimentadas por el país y el ISSSTE han impactado severamente la capacidad de atención sanitaria a la población del ISSSTE”. El envejecimiento de la población ha llevado a que los padecimientos que atiende la institución sean más costosos y prolongados. El gasto en salud para pensionados aumentó, actualmente ya representa la cuarta parte de las contribuciones totales del fondo médico. Para 2015, se prevé que este gasto llegue al 50% de los ingresos. Las cuotas y aportaciones por este concepto se han mantenido sin incremento desde la fundación del Instituto, y en 1992, se exentó a los jubilados de la obligación de contribuir con el 4% de su pensión para el fondo de salud. La situación de este fondo ha llegado a un desequilibrio que representa casi 2,500 millones de pesos (16% de sus ingresos), aunado a la desinversión que por falta de recursos ha sufrido la infraestructura de salud del Instituto por más de 10 años. Los problemas financieros de salud merman la cobertura y calidad de otras prestaciones. De ahí muchas de las limitaciones para ampliar el universo de niños atendidos en estancias, los problemas de calidad en servicios funerarios, las limitaciones en los programas culturales y de capacitación y la escasez de préstamos personales. Ampliar la cobertura y elevar la calidad de estos servicios es otra de las razones que hacen impostergable corregir los problemas financieros de pensiones y de salud”¹⁰.

Previo a la Reforma, el gobierno federal reconoce que el problema es complejo, dada la cantidad de actores e intereses que están en juego y plantea recurrentemente que para lograr su reforma es necesaria una participación corresponsable. En la página web¹¹ que se habilitó para promover la participación en el proceso de reforma del ISSSTE, se publica información diversa sobre la seguridad social, la crisis de los sistemas de seguridad social en el mundo y la problemática de la seguridad social en México. La información contenida en la página está dispersa, se requiere de mucho tiempo para su consulta, la información ya reunida abarca un documento de unas 70 cuartillas que sería más fácil consultar para

⁹ CESOP. “Legislado la agenda social”. La seguridad social en México: Evaluación y desafíos a una década de la reforma del sistema de pensiones”. Cámara de Diputados, 14 de marzo de 2006.

¹⁰ www.issste.gob/reforma

¹¹ www.issste.gob/reforma

promover la participación ciudadana¹². En esa página se ofrece el siguiente dato: “En nuestro sistema convergen unas 220 agrupaciones sindicales, 180 organizaciones de pensionistas, gobiernos estatales y municipales, dependencias y organismos del gobierno federal”. Y se agrega que se ha realizado un intenso proceso de diálogo con diversas representaciones sindicales de los trabajadores afiliados al régimen de seguridad social de los servidores públicos.

En esa página aparecen propuestas de reforma de la CONAGO, de la Convención Nacional Hacendaria, del Gobierno Federal y los Partidos Políticos. No están incluidas las propuestas de los trabajadores, las de los ciudadanos interesados en el tema, los sindicatos, ni las que se han hecho desde las comisiones de seguridad social de la cámara de diputados y la de senadores.

La propuesta del gobierno federal en materia de salud considera que debe haber una cuota social con cargo al Estado, que los pensionados cuestan mucho más que los activos y que gran parte del desequilibrio del fondo se debe a este grupo y deberá analizarse la posibilidad de que contribuyan de alguna manera. Establecer una prima de equilibrio que garantice los costos médicos. Establecer reservas de operación y actuariales y atenuar la carga que recae en las generaciones jóvenes de los costos de los pensionados. Privilegiar la medicina preventiva, la promoción y el auto cuidado de la salud sobre la medicina curativa para evitar que enfermedades y padecimientos prevenibles evolucionen a niveles crónicos y de gravedad costosos. Operación bajo un esquema de demanda con incentivos, abandonando el modelo de oferta irrestricta de servicios. Criterios económicos de optimización de los Servicios de Salud.

En materia de pensiones el gobierno federal considera dos opciones: 1) mantener el régimen actual de beneficios definidos, con financiamiento intergeneracional, mediante ajustes drásticos a los parámetros de retiro que propone entre otras cosas ajustes a las cuotas de cotización a más del 40% del salario, edades de retiro de 65 años con cuota de cotización de 27% para el pensionado o el aumento de la edad de retiro hasta los 75 años, esta opción se considera inviable. 2) migrar a un sistema que procure correspondencia entre contribuciones y beneficios, con ajustes graduales a las condiciones de retiro que significa la migración a un sistema de ahorro individual que no está sujeto a los fenómenos demográficos y se mantiene en equilibrio permanente. La última propuesta tiene acogida si las cuentas son administradas por una institución pública no lucrativa; ésta ha sido una de las ideas planteadas por los trabajadores.

En materia de vivienda se busca reconocer jurídicamente que los recursos para este fin constituyen un pasivo del Instituto en favor de los trabajadores, que no estará sujeto a control presupuestal.

La CONAGO propone enfrentar de inmediato el crecimiento de los pasivos jubilatorios y pensionarios, a través de esquemas financieros sustentables de pensiones, con condiciones similares, equitativas y que eviten situaciones diferenciales. Diseñar un Modelo Nacional de Seguridad Social, al cual se debe incorporar en el mediano plazo cada uno de los sistemas actuales y la población excluida, a través de cambios legales o negociaciones bilaterales, que procure viabilidad, portabilidad y comunicación entre sistemas, el

¹² Al respecto el IFAI publica: “El éxito de las políticas de transparencia depende de que la información sea accesible y disponible para todos los usuarios. Una política pública es transparente si es comprensible, si la información está disponible, si la rendición de cuentas es clara y si los ciudadanos saben qué papel desempeñan en dicha política. IFAI. *Marco teórico metodológico*. IFAI, México. 2003

incremento de la cobertura y la optimización de la infraestructura médica. Revisar y actualizar las condiciones de retiro para garantizar la portabilidad o reconocimiento de derechos entre sistemas y la certidumbre de la pensión de los trabajadores. Constituir una instancia de evaluación y seguimiento, que de sustentabilidad al modelo, integrada por directivos, representantes de los trabajadores y expertos de las Instituciones Federales, Estatales y Paraestatales. Revisar el financiamiento de los Servicios de Salud adscritos a la Seguridad Social, para traducir en beneficios concretos e inmediatos los esfuerzos por fortalecer a las Instituciones de Seguridad Social, considerando la urgencia de satisfacer lo previsto en los regímenes de jubilaciones y pensiones. Estudiar alternativas para incrementar la cobertura de las Instituciones de Seguridad Social, así como los mecanismos pertinentes para costear con responsabilidad fiscal programas sociales que combatan la pobreza extrema en la población de la tercera edad.

La Convención Nacional Hacendaria por su parte propone completar y actualizar el diagnóstico de la problemática de pensiones y establecer un mecanismo institucional que le dé seguimiento a todos los sistemas de pensiones públicos y establecer un mecanismo institucional en la Comisión Permanente de Funcionarios Fiscales para que la información esté al día y se registre de manera homogénea en las instancias públicas. Una reforma que permita la portabilidad de la pensión, que otorgue certeza jurídica al trabajador de que los recursos que él y su patrón han destinado a su pensión son de su propiedad, sea equitativo evitando transferencias de la población en general o de los trabajadores que menos tienen a grupos relativamente favorecidos y que sea financieramente auto sustentable y tenga los mecanismos adecuados para mantener su salud financiera de manera permanente. Propone como primera alternativa llevar a cabo un ajuste en los parámetros de los distintos sistemas aumentando la edad de retiro, bajando las pensiones y aumentando las contribuciones, aunque limitado en los parámetros del ajuste y considerando problemas de equidad y justicia financiera para lograr la universalidad y portabilidad. La segunda opción significa concluir las reformas ya iniciadas con la reforma de 1997 en el IMSS creando un Sistema Nacional de Pensiones (SNP) basado en cuentas individuales con una pensión mínima garantizada. También hablan de la experiencia internacional, en particular del caso de Chile, y sólo mencionan puntos positivos y macro de la reforma de pensiones. Sin embargo, una revisión de los problemas actuales del caso chileno, muestra que el sistema de capitalización individual está lejos de ser un modelo que dé certeza económica a las personas en retiro, que reduzca la participación fiscal del estado y que los reales beneficiados con el sistema son los que administran los fondos de pensiones.

El pacto para la reforma y el fortalecimiento de la seguridad social de los Trabajadores al Servicio del Estado propone que se garantice el respeto pleno de los derechos y prestaciones de los jubilados y pensionados, construir un régimen de seguridad social sustentable financieramente que asegure su continuidad y permanencia a largo plazo, que no represente una creciente carga para los contribuyentes ni para las generaciones futuras. Fortalecer la corresponsabilidad del Estado, las dependencias y los trabajadores en materia de seguridad social, para el financiamiento a la salud, las pensiones, la vivienda y los servicios sociales. Contribuir a la constitución de un Sistema Nacional de Pensiones que garantice el reconocimiento de derechos entre diferentes regímenes previsionales y asegure un nivel de vida decoroso durante el retiro.

La propuesta de los partidos políticos planteada en la página de la reforma es más una lista de pautas que no llegan a concretarse en una propuesta de reforma al ISSSTE. Propone contener el costo fiscal que representa el déficit del fondo de pensiones para el gobierno

federal por lo menos en este sexenio. A continuación se enlistan las propuestas de los partidos políticos que aparecen en la misma página ya aludida.

El Partido Acción Nacional, PAN, promueve el fortalecimiento del sistema de pensiones a fin de que se convierta en el mecanismo que garantice los ingresos económicos suficientes para llevar una vida adulta digna. Actualizar la legislación vigente para que las personas mayores de 60 años tengan derecho a la pensión suficiente, correspondiente a la aportación que con su trabajo han dado a la comunidad, independientemente de su afiliación o no a las instituciones de Seguridad Social. Establecer como derecho de previsión social a favor de la mujer, el acceso de su esposo a prestaciones médicas y pensión. Promover mecanismos de vigilancia para asegurar que las empresas cumplan con los lineamientos de seguridad social incluyendo guarderías para los hijos de sus trabajadores.

El Partido Revolucionario Institucional, PRI; propone consolidar la reforma de las instituciones de seguridad social, avanzar en la meta de alcanzar un sistema de seguridad social universal, elevar a rango constitucional la seguridad social, perfeccionar los sistemas de ahorro para el retiro, promover un esquema financiero uniforme de pensiones y jubilaciones para todas las instituciones de seguridad social, homologar políticas de seguridad social para el retiro, ampliar la cobertura del servicio de guarderías en las diversas regiones del país e incrementar los servicios que prestan.

El Partido de la Revolución Democrática, PRD, propone fortalecer las instituciones sociales que reviertan las tendencias privatizadoras, revisar la Ley del Seguro Social y las leyes derivadas de ésta, revisar la Ley del ISSSTE, recuperando en sus bases y principios el carácter público, solidario, redistribuido e integral de la seguridad social, elaborar un nuevo proyecto de nueva Ley de Seguridad Social, revisar los sistemas de pensiones existentes a fin de buscar elevar sus montos para garantizar la vida digna de los pensionados, jubilados y viudas.

El Partido Verde Ecologista de México, PVEM, propone descentralizar el sector salud con la finalidad de que cuenten con mayores recursos federales, estatales y municipales, que permita incrementar y elevar la cobertura y calidad en el servicio que se presta, garantizar el pleno respeto a la libertad de las mujeres y los hombres para planificar su familia, en pleno ejercicio de sus derechos.

El Partido del Trabajo, PT, propone revertir la restricción presupuestal y el acelerado proceso de privatización del sector salud, desterrar la corrupción al interior del sistema de salud, modificar las unciones sustanciales de la CONAMED, impulsar una reforma constitucional para que se garantice canalizar cada año, al menos, el 8 por ciento del producto interno bruto al sector salud.

CD-PPN, propone dotar al Sector Salud de mayores recursos presupuestales, un sistema único de seguridad social de los trabajadores del sector público, privado y social. Consignar en la Constitución la gratuidad de los servicios de salud. Impulsar un proceso progresivo de descentralización de la gestión y de las decisiones en los hospitales públicos. Incorporación a la seguridad social de los trabajadores y empleados subordinados contratados bajo el régimen de "honorarios". Reestructurar y reorganizar la administración de los Servicios de Salud del Estado.

Respecto de las Plataformas Políticas en materia de Seguridad Social 2003-2006

El PAN: propone reformar la Ley del ISSSTE para establecer mecanismos que permitan la salud financiera de esta institución, y continuar con las reformas a la Ley del Seguro Social, a fin de dotar al instituto de viabilidad operativa y financiera en el mediano y largo plazo.

Establecer un marco legal multipolar en materia de seguridad social, a través del cual se garantice una vida digna a las y los mexicanos y, al mismo tiempo, se tome en cuenta la importancia de mantener finanzas públicas sanas con base en los principios de subsidiaridad y corresponsabilidad.

Promover las reformas legales necesarias para hacer posibles servicios de salud transversales entre los afiliados al IMSS, ISSSTE, PEMEX, Fuerzas Armadas y SSA, con la finalidad de garantizar una mayor calidad en los servicios por medio de la competencia interna y el aprovechamiento de la infraestructura ya instalada.

Promover el empleo para que los pensionados por cesantía en edad avanzada puedan ser contratados por empresas sin el correspondiente pago de su cuota al IMSS o ISSSTE.

Examinar la viabilidad de establecer un seguro que cubra a todas las personas de edad mayor.

Encontrar los mecanismos para construir un sistema nacional de salud universal, solidario y accesible para todos.

Facilitar el acceso y la protección de la salud a las personas mayores.

Reformar las leyes del IMSS y el ISSSTE para establecer la licencia por paternidad, haciendo que la misma sea optativa para la madre o el padre.

El PRI: procurar la revisión del sustento legal del ISSSTE, con la finalidad de definir esquemas que le den a dicho Instituto viabilidad financiera en el futuro para que pueda atender a sus beneficiarios adecuadamente. Promover en el Congreso de la Unión como parte de una reforma fiscal una reforma que dé a México un Sistema Nacional de Pensiones que garantice a todos los mexicanos, trabajadores, pensionados y jubilados una pensión justa y digna. Impulsar la modernización del sistema de pensiones de los trabajadores cubiertos por el Apartado B del artículo 123 constitucional. Pugnar por la capitalización de los sistemas de pensiones de los trabajadores al servicio de los gobiernos estatales y municipales así como de las universidades estatales. Proponer medidas para que los pensionados del IMSS y del ISSSTE que residen fuera del país reciban puntualmente sus pensiones con sólo acreditar su persona en los consulados. Abanderar las causas de los jubilados y con la lucha de pensión igual a los salarios de los trabajadores en activo. Revisar el esquema de servicios de salud de los pensionados para darles viabilidad financiera y mejorar su calidad. Impulsar una profunda reforma al sistema de salud dentro del contexto de una política para la seguridad social para que los servicios de salud sean universales, de mayor calidad y den plena cobertura. Concretar el acceso pleno de los indígenas a los servicios de salud. Apoyar el acceso a los servicios de salud a la población abierta, la ampliación de su cobertura, el fortalecimiento de los programas específicos: vacunación, planeación familiar, atención materno-infantil, nutrición, lucha contra el SIDA, combate al alcoholismo, a la drogadicción, neurosis, tensión y depresión para evitar suicidios infantiles y juveniles. Optimizar la infraestructura médica de las instituciones de seguridad social. Proponer el establecimiento de una red mínima de seguridad social a la que todos los mexicanos tengan acceso, sin excepción para avanzar hacia una cobertura universal de los beneficios con la participación solidaria de los tres órdenes de gobierno.

Impulsar la creación de un sistema de seguridad social que proteja a la población rural, especialmente, a la de la tercera edad, mujeres y niños. Hacer realidad que el examen de gravidez para obtener o conservar un trabajo sea una práctica que se destierre en el país. Para ello es necesario hacer reformas a la ley federal del ISSSTE e IMSS. Impulsar la consolidación de la CURP como el instrumento para asegurar la cobertura de la seguridad social. Defender que las prestaciones y las cuotas a las instituciones de bienestar y

seguridad social, permanezcan exentas de impuestos. Exigir al gobierno la ampliación del servicio de guarderías del Estado, a fin de que no haya ningún niño que carezca de éste y prever en el Presupuesto de Egresos de la Federación recursos especiales para ello, así como recursos para guarderías de niños y niñas con discapacidades. Ampliación de la cobertura de la seguridad social para la protección de las familias y derechos de los campesinos, jornaleros e indígenas. Establecer un paquete básico de seguridad social para todos los mexicanos, incluyendo a quienes se encuentran en el sector informal de la economía. Presentar una iniciativa de reforma fiscal con sentido de equidad para otorgar un paquete mínimo de seguridad social a la población rural. Apoyar los programas de educación y capacitación, para fortalecer las instituciones de seguridad social que proporcionen los satisfactores mínimos en materia de salud, pensiones y vivienda. Promover una profunda reforma a las haciendas públicas a fin de financiar con recursos estables los beneficios de la seguridad social para todos los mexicanos. Fortalecer al IMSS y su naturaleza tripartita, misma que es una garantía de los equilibrios en la producción y la justicia social. Apoyar propuestas que acerquen aún más al IMSS a su naturaleza social y pública. Revisar el marco jurídico del SAR para dar claridad y certidumbre a los trabajadores respecto de sus derechos. Empezar una reforma al marco jurídico para que las empresas administradoras de fondos de retiro operen con mayor eficiencia y transparencia y con ello inducir a la baja el costo de las comisiones que pagan los trabajadores por la administración de sus recursos. Sentar las bases para crear un seguro de desempleo como beneficio de la seguridad social.

El PRD: reformar al ISSSTE mediante la elevación de las contribuciones, modificando la base de cálculo para pasar de salarios base a salario integrado. La proporción de este aumento dedicada a enfermedades generales y maternidad se deberá destinar a la recuperación de mínimos de calidad en los servicios y en cuanto a la destinada a pensiones, se invertirá el incremento correspondiente a la integración el salario en un AFORE nacional para que, al jubilarse, el trabajador tenga una pensión adicional a la actual. Establecimiento por ley del 5% del PIB para la salud sin condicionarlo a la “suficiencia presupuestal”. Reformar el IMSS para rescatar y desarrollar sus bases solidarias a través de regenerar el sistema solidario de pensiones. Incorporar el SAR y el INFONAVIT al pago de pensiones, ya sea para elevar el monto o para permitir la vigencia de las pensiones por años de servicio. La proporción de este aumento dedicada a enfermedades generales y maternidad se deberá destinar a la recuperación de mínimos de calidad en los servicios y, en cuanto a la destinada a pensiones, se invertirá el incremento correspondiente a la integración del salario en una AFORE nacional para que, al jubilarse, el trabajador tenga una pensión adicional a la actual.

El PVEM: descentralizar el sector salud con la finalidad de que cuenten con mayores recursos federales, estatales y municipales, que permita incrementar y elevar la cobertura y calidad en el servicio que se presta. Garantizar el pleno respeto a la libertad de las mujeres y los hombres para planificar su familia, en pleno ejercicio de sus derechos.

PT: revertir la restricción presupuestal y el acelerado proceso de privatización del sector salud. Desterrar la corrupción al interior del sistema de salud. Modificar las unciones sustanciales de la CONAMED. Impulsar una reforma constitucional para que se garantice canalizar cada año, al menos, el 8 por ciento del producto interno bruto al sector salud.

CD-PPN: dotar al Sector Salud de mayores recursos presupuestales. Sistema único de seguridad social de los trabajadores del sector público, privado y social. Consignar en la Constitución la gratuidad de los servicios de salud. Impulsar un proceso progresivo de

descentralización de la gestión y de las decisiones en los hospitales públicos. Incorporación a la seguridad social de los trabajadores y empleados subordinados contratados bajo el régimen de "honorarios". Reestructurar y reorganizar la administración de los Servicios de Salud del Estado.

De las comparecencias ofrecidas por los servidores públicos:

Director del ISSSTE a la cámara de diputados: se ha tratado el tema de la reforma al Instituto, se han hecho señalamientos sobre la gestión del instituto y la política que sigue el gobierno federal respecto a la situación del ISSSTE. **Durante la glosa del tercer informe de gobierno** el diputado Jesús Emilio Martínez Álvarez advirtió que es necesario dar al instituto autonomía presupuestal y solicita que la información financiera que ofrece gobierno federal sobre el costo de operación del ISSSTE sea más clara de modo que permita hacer un análisis adecuado para mejorar su situación. Por su parte el diputado Raúl Piña Horta aseguró que el instituto opera con finanzas poco transparentes y que mejorar la eficiencia en la gestión no se logra a través de modificaciones legales sino a través de las aptitudes de ética médica, empeño, de compromiso y seriedad para poder llegar a obtener resultados satisfactorios en el sector salud.

En su intervención la Diputada Rocío Sánchez Pérez dijo que las cifras del diagnóstico del ISSSTE son poco claras y luego expuso: Frente a la insistencia de teorías e intereses que promueven la privatización de importantes áreas de la seguridad social mediante la intervención directa del sector privado en la administración de los fondos públicos de Pensiones y de Salud, conviene recordar tres conceptos fundamentales que expresó en 1942 el Presidente Manuel Ávila Camacho en la Exposición de Motivos que dio vida a la Ley del Seguro Social, puesto que son válidas para el conjunto del Sistema de Seguridad Social incluido el de los servidores públicos.

1 En función del interés público que entraña el Seguro Social, este no puede ser encomendado a empresas privadas.

2 Es un fenómeno esencialmente colectivo de solidaridad que no puede resolverse individualmente y,

3 Es una institución sin fines de lucro y sin costos adicionales, su principal propósito es dar una protección amplia al sector activo de la población. Un valor difícil de lograr a través de intereses particulares cuyas finalidades son distintas a la institución del Seguro Social.

La larga crisis y estancamiento de la economía mexicana y las políticas de ajuste y estabilización económica han desindustrializado y debilitado el mercado interno, causando el desplazamiento de capital nacional por capital extranjero, altas tasas de desempleo, incremento de empleo informal y precarización de la ocupación.

La posición de la diputada ofrece una explicación distinta sobre el problema a la que el gobierno federal brinda. El gobierno federal explica el problema de la seguridad social por razones demográficas y a la acumulación de beneficios sin alterar las comisiones, pero deja de lado, por ejemplo, el tema de el modelo económico y que también tiene repercusiones en el sistema de seguridad social.

La misma diputada pide que se explique la situación de un fideicomiso que el ISSSTE contrató y el director del instituto responde: Se abrió el fideicomiso con BBV Bancomer para atender la recomendación de la Contaduría Mayor de Hacienda con 112 millones de pesos, en la actualidad son 137 millones de pesos que alcanzan para día y medio de pago de

pensiones, lo que sin duda, nos lleva a la conclusión que este tipo de medidas son inviables para poder restituir la reserva del Instituto¹³.

Después al director explica a grandes rasgos el costo del déficit de pensiones del instituto del cual es titular: El sexenio anterior, el del expresidente Zedillo, subsidió al ISSSTE, para que completara su nómina de pensiones, con 45 mil millones de pesos. Este sexenio lo tendrá que hacer con 130 mil millones de pesos, hablando de pesos iguales del 2002, valores constantes. El sexenio que entra tendrán que destinarse 309 mil millones de pesos a completar la nómina de pensiones y distraerse de algunos otros programas sociales o prioridades nacionales. En el sexenio 2013-2018, de 531 millones de pesos. Ahora veamos lo que significan estas cantidades. Por ejemplo, los 20 mil millones de subsidio de este año se comparan con el Programa de Desarrollo Humano de Oportunidades, que es de 22 mil millones de pesos. El Programa de Ciencia y Tecnología, de 22 mil millones de pesos. El Programa de Apoyo para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas, que normalmente es causa de mucha discusión cuando ustedes aprueban el presupuesto, 17 mil millones de pesos. Si nos vamos a comparaciones sexenales, el déficit de este sexenio es comparable con el presupuesto de un año de todo el sector eléctrico, Compañía Federal de Electricidad y Compañía de Luz y Fuerza.

POBLACIÓN AMPARADA

	TRABAJADORES FAMILIARES PENSIONISTA	FAMILIAR PENSIONISTA	DE TOTAL		
1999	2,304,454	6,909,616	366,707	315,918	9,896,695
2000	2,337,814	7,009,592	385,921	332,534	10,065,861
2001	2,368,781	7,102,423	411,080	354,239	10,236,523
2002	2,372,657	7,114,030	441,970	380,832	10,309,489
2003	2,367,488	7,098,541	476,072	410,217	10,352,318
2004	2,379,233	7,133,745	510,138	439,587	10,462,703

Fuente: Anexo estadístico Quinto Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 2005.

Teniendo en cuenta el dato que ofrece el director del ISSSTE y la tabla anterior, a la fecha existen poco más de medio millón de pensionados (menos del 1% de la población del país) para los cuales se debe completar el pago de pensión por un monto similar al que se usa en el programa Oportunidades para atender a 5 millones de familias.

Pero el Licenciado Benjamín González explica el problema así: Un sastre que recibe un lienzo de tela de 10 metros y le pedimos 10 camisas, pues seguramente nos va a dar las 10 camisas, pero si le pedimos 50 camisas y nos dice que nos las va a dar, la culpa la tiene el que pide las camisas y el que dice que va a dar las camisas, porque obviamente no van a salir y eso nos ha sucedido mucho en materia de seguridad social, se han ido incrementando los beneficios en el caso del ISSSTE cuando se establece la pensión por edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada, cuando se reduce el número de años para calcular el monto de la pensión, etcétera, etcétera, etcétera, que son beneficios importantes pero que nunca vinieron acompañados del financiamiento correcto.

¹³ Recordemos que las administradoras de fondos para el retiro operan de manera similar que un fideicomiso se ha determinado la inviabilidad de un esquema de operación del fideicomiso para generar recursos suficientes para el pago de pensiones, ¿Se puede esperar el mismo resultado con las cuentas individuales?.

El diputado Juan Pérez Medina inquiriere al director afirmando que en mayo de 2001, el Banco Mundial entregó al Presidente Vicente Fox el documento titulado “México una Agenda Integral para el Desarrollo para la Nueva Era”. En esta agenda el organismo financiero no recomienda, advierte que, le corresponderá a este sexenio presidencial convertir el plan de pensiones actual del ISSSTE, al mismo esquema de aporte definidos, capitalizado y administrado en forma privada, usado por los trabajadores del sector privado. Francisco Gil Díaz, Secretario de Hacienda, anunció el 8 de abril de este año que el Ejecutivo solicitará al Congreso de la Unión que reforme la Ley del ISSSTE, a fin de que el Sistema de Pensiones de ese sector sea un espejo del que tienen los afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social. En la propuesta de Hacienda de cambio hacia un sistema de pensiones privado, que parte del bono de reconocimiento, también contempla que el Estado garantice en el nuevo sistema a los trabajadores al servicio del Estado una pensión de un salario mínimo. ¿Está usted de acuerdo con que este nivel de beneficio mínimo garantizado es el adecuado, sobre todo considerando que hoy en día, la pensión promedio del Instituto se ubica en los tres salarios mínimos?

El director del ISSSTE responde: yo creo que debemos de discutir con profundidad; el asunto de una Afore pública. Independientemente de la forma de administrar una Afore, que puede ser una administración privada, puede ser una administración oficial, puede ser el propio Instituto el que administre cuentas individuales, tenemos que garantizar ciertas cualidades que se cumplan, para que una cuenta individual dé rendimientos adecuados y sirva para una pensión, que es un aporte suficiente de recursos; no podemos aportar poquito, segundo, por un período largo de tiempo y tercero, con una capitalización importante de esos recursos, esto es, altos intereses y pocas comisiones. Si esto lo cumple una Afore pública o lo cumple una Afore privada, es cosa de la regulación respectiva y una Afore pública, a mi juicio, puede ser interesante en este momento siempre y cuando no se convierta en un monopolio. Por qué en un monopolio, porque en ese momento no habría incentivos para dar mejores rendimientos. Segundo. Los trabajadores no tendrían una libertad de optar por aquello que consideran mejor, y Tercero. Debería de estar sujeta a un régimen de inversión regulado por la ley. Sobre la agenda que propone el Banco Mundial como un agente financiero hace recomendaciones a esos países, pero el hecho de que haga las recomendaciones no quiere decir que se acaten y mucho menos que sean condiciones.

El diputado Oscar Martín Ramos Salinas explicó que hace 7 años que se reformó el sistema pensionario de los trabajadores del sector privado, a través de la entrada en vigor de las administradoras de fondos de retiro, Afores, sin embargo, hemos visto que en lugar de potenciar los fondos de pensión, que son ahorro de los trabajadores, las administradoras se han comido una parte del ahorro, convirtiéndolo en ganancia empresarial. Sabemos que ha planteado como solución para la crisis del Sistema de Pensiones del ISSSTE, pasar a este Sistema de Cuentas Individualizadas, a pesar de que está probada su ineficiencia.

Pero el director del ISSSTE afirma que “no tenemos ninguna reforma, yo le puedo decir que no tenemos una iniciativa en este momento. Hay diseños conceptuales, hay intercambio e información no solamente con Hacienda, Salud, Trabajo, etc., pero sin duda la información más importante y la opinión más importante es la de ustedes, diputados, es la que surja de aquí, la que surja de los líderes de los sindicatos que están afiliados a nuestra institución. Y por eso yo quiero reiterar: ésta es una reforma de Estado. La reforma legal no puede posponerse más, llegó la hora de realizarla para salvar al ISSSTE, para contribuir al

desarrollo del país y para seguir garantizando los derechos de los trabajadores al servicio del Estado.”

Hasta aquí se expresan las posiciones de distintos actores que juegan un papel fundamental en el tema de la reforma del ISSSTE, las posiciones y señalamientos que se expresan durante la comparecencia, correspondiente al tercer informe de gobierno, del director del instituto, son similares a las expresadas durante las comparecencias correspondientes al cuarto y quinto informe.

Al principio de la comparecencia correspondiente al quinto informe (2005) se cuestiona al director del ISSSTE sobre la propuesta de reforma del gobierno federal. “Nos tocó participar a muchos de los diputados de la Comisión de Seguridad Social, en una reunión hace más de un año, donde se nos dio a conocer una propuesta sobre la posible reforma que luego se abandonó; posteriormente la propia Dirección del ISSSTE dijo que ya no habían condiciones para esa reforma, se abandonó la idea y se dijo: Ya los tiempos pasaron. Con la llegada del secretario Abascal a Gobernación la idea revivió y nuevamente está hoy el tema de la posible reforma del ISSSTE como uno de los asuntos más importantes de discusión en la vida política nacional, junto con la reforma laboral¹⁴. Luego el diputado Agustín Rodríguez Fuentes propone la creación del Fondo Nacional de Pensiones, definido como un órgano desconcentrado, autónomo, integrado por un Consejo General de Administración y un Comité Mixto de Inversiones, cada uno conformado en forma paritaria con 10 miembros, 5 representantes del gobierno federal y 5 representantes de los trabajadores, que se encargarían de administrar e invertir los recursos de los trabajadores, considerando vencimientos, mecanismos, instrumentos plazos y montos de inversión, permitiendo su optimización así como mantener el espíritu de solidaridad, universalidad e integralidad de todos los trabajadores. Se invertirían los fondos de pensiones en una sola cuenta y se beneficiarían de un definido sistema nacional de pensiones, asimismo, considerarse la conformación de una comisión de vigilancia, integrada en forma mixta y paritaria, a efecto de garantizar la correcta aplicación de la normatividad que se llegara a establecer. Al ser administrados e invertidos los fondos por un consejo general de administración y por un comité mixto de inversiones, integrados en forma paritaria por representantes del Gobierno Federal y con representantes de trabajadores se intenta evitar cualquier acto de corrupción.

SISSP

Al iniciar 2006 se creó el Sistema de Seguridad Social Popular, luego, el lunes 27 de febrero de este año se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Protección Social, órgano articulador del SISSP, integrado por el titular del Ejecutivo Federal, quien lo preside, así como por los titulares de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público; de Desarrollo Social; de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, de Educación Pública; de Salud, y del Trabajo y Previsión Social¹⁵.

La ausencia de una propuesta de reforma plasmada en un proyecto de ley, muestra la falta de interés, por promover acciones que resuelvan el problema que enfrenta la seguridad social en México, al menos en lo que se refiere al ISSSTE. A pesar del conocimiento del déficit de pensiones y la carga que supone para los contribuyentes, las propuestas no prosperaron. El tema de las pensiones del ISSSTE puede quedar pendiente para el próximo

¹⁴ Intervención del diputado Francisco Amadeo Espinosa Ramos.

¹⁵ Secretaría de Salud. *Salud*. Gaceta de comunicación interna publicada por la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud. Número 44. Marzo, 2006.

gobierno. La no solución provoca el aumento del pasivo pensionario. Las soluciones que ofrece el gobierno federal no avanzan, se manifiesta la incapacidad para lograr acuerdos de parte del ejecutivo.

Bibliografía:

ALVAREZ J, BUSTAMANTE M, LÓPEZ A, FERNÁNDEZ DEL CASTILLO F 1960. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, México: SSA.

BM (Banco Mundial) 1993. Invertir en Salud: Indicadores del desarrollo mundial. Informe sobre el desarrollo mundial, México: Banco Mundial, pp. 53-72.

COLLINS CHARLES Y A GREEN, 1994. Decentralizaron and primary health care: some negative implications in developing countries. *International Journal of Health Services*, 24(3):459-475.

DÍAZ POLANCO JORGE 1995. El plan básico de salud y la legitimidad del Estado democrático en Venezuela. Ponencia presentada en el XX Congreso Latinoamericano de Sociología, México: Asociación Latinoamericana de Sociología, 10/1995.

El Financiero, 16/01/2001

El Universal, 14/11/2001

FRENK JULIO y LONDOÑO JUAN LUIS 1997. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y gerencia*, 15:5-28.

FUNSALUD, 1994. Economía y salud, México:1994.

HERNÁNDEZ LLAMAS HÉCTOR 1982. Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980. En: Ortiz, F (ed) *Vida y muerte del mexicano*. México: Folios Ediciones, pp 49-96.

La Jornada, 01/11/2000

La Jornada, 01/11/2000

La Jornada, 27/07/2000

La Jornada, 28/09/2001

LAURELL ASA CRISTINA 1997. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Era/Fundación Friedrich Ebert Stiftung.

Milenio, 28/09/2001

PODER EJECUTIVO FEDERAL 1994. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: Poder Ejecutivo Federal, pp. 9-20.

PODER EJECUTIVO FEDERAL 2001. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, pp. 17-22, 81-82.

Poder Ejecutivo Federal, 1995

Poder Ejecutivo Federal, 2001

Poder Ejecutivo Federal, 2001

Reforma, 19/06/2001

Reforma, 22/01/2001

Reforma, 24/11/2000

Reforma, 25/11/2000

TETELBOIN, CAROLINA 1997. Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Revista Estudios en Antropología Biológica*, México, 1997, Vol. VIII:487-510.

TETELBOIN, CAROLINA (2007), Ponencia al Congreso de Alames, Bahía, Brasil.

VILAS, CARLOS 1996. De ambulancias bomberos y policías: la política social del neoliberalismo (notas para una perspectiva macro). En: Lerner, Bertra et.al. (comps.) *Las*

políticas sociales de México en los años noventas. México: Instituto Mora/UNAM/FLACSO/Plaza y Valdés, pp. 11-246.