



Tres años después de la “Reforma” calderonista del ISSSTE. Sigue reformar esa “reforma”

Gustavo Leal F.*

Resumen

El autor ofrece un panorama sobre la situación que guarda la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado y su cuadro de prestaciones, seguros y servicios. Despliega un conjunto de referencias que permiten una mejor comprensión del escenario en el cual las autoridades gubernamentales pretendieron fundamentar su decisión de reformar el rubro referido a partir de la Ley del ISSSTE.

Palabras clave: seguridad social, pensiones, seguro de salud, prestaciones económico-sociales.

Abstract

The author gives an overview of the situation that keeps the social security of workers employed by the state and its chart of insurance and services. Presents the positions generated by the different political forces involved in this process. In addition, displays a set of benchmarks that allow us to better understand the scenario in which government authorities attempted to justify its decision to reform the item referred through the Law of the ISSSTE.

Keywords: Social Security, pensions, Health Insurance, economic-social benefits.

“Hemos aprendido de nuestros errores. Estamos listos para regresar”

Emilio Gamboa Patrón¹

1 La “reforma” calderonista —como sus bocetos previos: la propuesta hacendaria de 2003,² la “integral” de González Roaro de 2004³ y la Iniciativa Ayala de 2005⁴— nunca buscó mejorar a fondo la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado y su cuadro de pres-

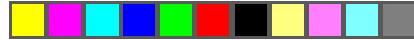
* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

¹ *La Jornada*, 30 de mayo, 2010. Coordinador de los diputados priistas (60 Legislatura, abril, 2007) e impulsor con Beatriz Paredes y Mario Fabio Beltrones del pacto —celebrado en Los Pinos el 7 de marzo de 2007— con Calderón para imponer la “reforma” del ISSSTE.

² Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2003), *Una propuesta de Reforma al ISSSTE*, Dirección General de Seguros y Valores.

³ ISSSTE (2004), “Requiere el ISSSTE una Reforma con Visión de Estado, Sentido Social y Nacionalista: Benjamín González Roaro ante CONAGO”. Disponible en http://www.issste.gob.mx/A/BGR_CONAGO.doc. Citado el 8 de junio.

⁴ Senado de la República (2005), “Iniciativas de Ciudadanos Senadores del Senador



taciones, seguros y servicios. Nunca aspiró a reformar de raíz el asunto público en beneficio de sus titulares.

De haber sido ese el propósito, el incremento en la cotización debió haber sido sensiblemente superior al raquítico 2.65 por ciento actual, aplicable gradualmente hasta el 2012.

De haber sido ése el propósito, debieron haberse también contemplado ajustes profundos en las vías con que se otorgan las prestaciones, como sucede, por ejemplo, en el caso de la honda reforma del año 2006 en Holanda.⁵

Por eso están como están hoy los servicios institucionales. El asunto público está hoy peor que antes de la “reforma”. El *Informe Financiero y Actuarial 2010* ya lo describe para el *Seguro de Salud*.⁶

Y es que el objetivo de Calderón —como antes el de Zedillo y Fox, era y es hacerse con el monopolio tecnocrático en el uso de los cuantiosos recursos pensionarios ubicados en el Apartado B, administrados ahora en PENSIONSTE por un funcionario designado por Calderón. Pero afortunadamente hasta en ello falló. ¿Por qué?

2. La venturosa combinación entre lucha legal y movilización a través de cuatro cascadas de amparos sucesivos levantados por los trabajadores al servicio del Estado en su Apartado B, quebraron las alegres expectativas que había fundado la tecnocracia calderonista sobre el éxito de la “reforma” del ISSSTE.

Eso testimonian los *Informes Financieros y Actariales (IFA)* —que ordena la Nueva Ley— publicados en 2008 y 2009. Por cierto, Informes —como los del IMSS— elaborados sólo y para tecnócratas: indignos de las mayorías amparadas por la seguridad social.

El 14 de noviembre de 2008, casi un millón 800 mil trabajadores se ubicaron en el Artículo Décimo Transitorio, mientras la escuálida membresía de PENSIONSTE sumó apenas 294 mil trabajadores.⁷

El futuro financiero de la Nueva Ley es poco prometedor. Las cuentas individuales del Apartado B y la nueva estructura de contribuciones para sustentar los servicios,⁸ sólo crecerán con la llegada de nuevos

Joel Ayala Almeida, del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, la que contiene proyecto de Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, *Gaceta Parlamentaria*, núm. 145, 3er Año de Ejercicio, Primer Período Ordinario, 15 de diciembre.

⁵ “European Observatory on Health Systems and Policies” (2010), *The Netherlands. Health System Review*, vol. 12, núm. 1.

⁶ ISSSTE (2010), *Informe Financiero y Actuarial 2010*.

⁷ ISSSTE (2009), *Informe Financiero y Actuarial 2009*, Tabla 5, p. 31.

⁸ ISSSTE (2008), *Informe Financiero y Actuarial 2008*, Tabla 4, p. 52.



trabajadores, lo cual está sucediendo a cuenta gotas. La Ley Calderón de 2007 está quebrada por dentro.⁹

Para no estarlo, tal y como aguardaba la tecnocracia, un mayor número de trabajadores —el 50 por ciento, al menos— debió haber optado por el Bono de Reconocimiento, cosa que no ocurrió, además del crecimiento del empleo en el Apartado B, cosa que tampoco está ocurriendo. 70 mil trabajadores, conocidos como “precarios”, aguardan a la puerta.¹⁰

3. Al declarar inconstitucionales 5 artículos de la Nueva Ley —entre ellos, la propuesta original de Décimo Transitorio— la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) falló que, para todos los trabajadores activos hasta el 1 de abril de 2007 que no optaron por el Bono de Reconocimiento, opere un régimen pensionario “modalizado” por la edad de jubilación o retiro de la Ley 1983 abrogada.

Esta sentencia constituye un resonante triunfo del conflicto colectivo más vasto de la historia del México moderno.¹¹

Su materialización está en el *Reglamento de Pensiones de la Nueva Ley* publicado en el DOF el 21 de julio de 2009 y donde se establece que, gracias a esa combinación inédita entre lucha legal y movilización, el impacto en materia pensionaria de los afanes de Calderón se reduce sólo al incremento en la edad —y, por consecuencia, los años de servicio (mañosamente no manifiestos)—, con el tope de los 10 salarios mínimos, ya presente en la Ley 83. Eso es todo.

4. Lamentablemente no es ésa la situación de los trabajadores de nuevo ingreso que resultan impactados en la totalidad de sus prestaciones por la Ley Calderón. Al romper el pacto intergeneracional e individualizarles sus cuentas para el retiro, trabajarán más y recibirán menos, particularmente las mujeres.¹²

⁹ ISSSTE (2008), *Informe Financiero y Actuarial 2008*, IV. Resultado de las valuaciones actariales, p. 96.

¹⁰ José Angel Córdova Villalobos, titular de la SSA, señaló que el monto invertido en la regularización de 70 mil plazas entre 2008 y 2009 representó un “enorme esfuerzo para la Federación y se ha recomendado a los gobiernos de los estados que los nuevos contratos tengan las mismas condiciones que los puestos de base”, *La Jornada*, 17 de julio, 2010. Inmediatamente, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA (SNTSA) “rechazó” los números de Córdova sobre la “regularización” y precisó que “en la actualidad hay un avance de 25 mil y se está negociando con los gobiernos estatales para que tengan una verdadera planeación y que estos trabajadores tengan todos los beneficios que marca la ley”, *La Jornada*, 19 de julio, 2010.

¹¹ Gustavo Leal F. (2009), *Resissste*, CNTE-IM-ADN Editores.

¹² ISSSTE (2008), *Informe Financiero y Actuarial 2008*, II.3 Cambios en la composición de género de la fuerza laboral, pp. 44-48. “A consecuencia de este mayor uso de los



Nuestro compromiso con ellos demanda acciones urgentes. De encontrar empleo, hay que evitar, desde ahora, que los poderes financieros les expropien sus recursos. Los jóvenes griegos, españoles y chinos, entre muchos otros ya las están demandando públicamente.

5. A una parte de la opinión pública especializada, así como a los intereses presentes en la arena de la política pública, les ha servido presentar esta “reforma” como un modelo de pacto y concertación. Como un modelo de entendimiento viable entre las diferentes representaciones del pluralismo parlamentario. Les gusta venderla como la prueba de lo que “sí se puede”. Como lo que, hoy más que nunca, requiere México de su representación política para “avanzar” en “beneficio” del país.¹³

Nada más falso. Los únicos que pactaron y se entendieron fueron el PRI y el PAN. Quienes “monopolizan” la real representación existente.¹⁴

Con un “diagnóstico” que había perdido la batalla en el debate público previo¹⁵ y como antes con las concertaciones del *salinismo*, su pacto sólo consistió en que *antes* se pusieron de acuerdo. Se entendieron, sacrificando la voz, derechos adquiridos e intereses de los trabajadores amparados en el ISSSTE.

Justo lo contrario de lo que se vende. La Iniciativa de “reforma” careció de consenso. Fue una clara imposición, colmada de severos desaseos en la misma técnica parlamentaria.

Pero lo relevante es que los dos motivos fuertes que se esgrimieron: quitar presión a las finanzas públicas y mejorar los servicios, particularmente los médicos, no han sido cumplidos.

Antes al contrario: la Nueva Ley del ISSSTE es más cara que la que abrogó. La presión sobre las finanzas públicas ha crecido.¹⁶ Compárese

servicios, las mujeres derechohabientes generan mayores costos a los generados por los hombres derechohabientes”, ISSSTE (2009), *Informe Financiero y Actuarial 2009*, p. 29.

¹³ “Desde que ningún partido tiene mayoría parlamentaria, el Congreso ha sido incapaz de aprobar las reformas estructurales que el país necesita. Con excepción de la reforma del ISSSTE, las reformas que se han aprobado en temas de fondo —electoral, fiscal, energético— han sido contrarreformas”, José Córdoba Montoya, Jefe de la Oficina de la Presidencia de la República con Carlos Salinas de Gortari, “Casa de diez puertas”, *Nexos*, 338, abril, 2010, p. 55.

¹⁴ Elba Esther Gordillo, Beatriz Paredes, Emilio Gamboa, Samuel Aguilar, Jorge Estefan Chidiac, Manlio Fabio Beltrones, por el primero; Gustavo Madero, Santiago Creel, Guillermo Anaya, Ernesto Saro Boardman, Jorge Zermeño, Ector Jaime Ramírez Barba, por el segundo.

¹⁵ Gustavo Leal F. (2008), *El ISSSTE bajo el foxismo*, Colección Académicos, 88, DC-Bs, UAM-Xochimilco.

¹⁶ El engaño a la opinión pública cesa en cuanto se considera que la Nueva Ley ubica ahora en la total responsabilidad de la Secretaría de Hacienda: a) las pensiones en curso



el comportamiento reciente de la deuda pública.¹⁷ Y no se trata de un Instituto “costoso”, con un horizonte financiero “delicado”, como han caracterizado los gobiernos panistas la situación del IMSS.

El *IFA 2008* documenta que al 1º de enero de 2008, en él laboraban 89 mil trabajadores, con edad promedio de 45 años y, antigüedad promedio de 15 años. El salario promedio sumó 13 mil pesos y la nómina total casi 14 mil MP.¹⁸

Es decir: sólo con los recursos frescos que recibió en 2010 el Seguro Popular: 53 mil MP, se podrían pagar 4 plantillas ISSSTE.

Pero los servicios, especialmente los médicos, no están ni de lejos mejor que antes de esa “reforma”. Atención médica de alta especialidad, aplicación de prótesis, diferimiento de consulta de especialidades y cirugía.

6. Si —como pretende vender la publicidad del gobierno, de algunos intereses presentes en la arena de la política pública y plumas que le encuentran grandes “beneficios”¹⁹— la Nueva Ley ya no soporta la carga pensionaria de los jubilados, ni de los trabajadores amparados en Artículo Décimo Transitorio —ahora en responsabilidad de Hacienda— así como las de los de nuevo ingreso, ahora individualizadas en PENSIONISSSTE, la calidad de los servicios institucionales debería haber reportado ya una mejora más que sustantiva.

Agréguese que la Nueva Ley fue dotada de recursos extraordinarios: 8 mil MP para el Seguro de Salud, la cuota social, 2 mil MP para pres-

de pago (Ley abrogada, artículo 177) y b) las que se generen (a partir del 1 de abril de 2007) por los casi dos millones de trabajadores amparados en el Artículo Décimo Transitorio durante los próximos treinta años.

¹⁷ De acuerdo al Informe sobre la Deuda Pública de la SHCP (enero, 2009), la deuda total del sector público registró en 2008 su mayor aumento desde la crisis económica de 1995. Los pasivos alcanzaron 4 billones 333 mil 123 MP, cuando en 2002 montaron 2 billones 729 mil 842 MP. Además de los PIDIREGAS, una parte significativa del incremento proviene de las obligaciones contraídas por el Gobierno con la “reforma” calderonista del ISSSTE. Según Hacienda, las presiones en el gasto aún se extenderán durante los próximos cuatro años debido a las mayores contribuciones del Gobierno, los intereses por los pasivos que se asumieron con la “reforma”, las transferencias extraordinarias al ISSSTE y las aportaciones al ahorro voluntario de los trabajadores. De tal suerte que “el efecto total de la reforma equivale a 2.4 por ciento del PIB”.

¹⁸ “El número de trabajadores del ISSSTE representa el 4.26% del total de afiliados del propio Instituto y la nómina anual representa el 6.37% del volumen anual de salarios correspondiente a los trabajadores afiliados al ISSSTE. El importe del Pasivo Actuarial al 1º de enero de 2008, asciende 3,444.03 millones de pesos”, ISSSTE (2008), *Informe Financiero y Actuarial 2008*, p. 127.

¹⁹ Por ejemplo, el columnista Sergio Sarmiento (*Reforma*) y los analistas Carlos Elijondo, (*Reforma*) y Alejandro Villagómez (*El Universal*).



tamos personales, 7 mil créditos hipotecarios a pensionados y los del ahorro solidario, entre otros. Independientemente de que conlleva incrementos en el cuadro de contribuciones. Pero ciertamente, los servicios no están, ni con mucho, mejor.²⁰

7. Las mejoras en la calidad no se legislan. Acontecen cotidianamente en clínicas y hospitales. Frente a la morbilidad que mata (Tablas 1y 2), más allá de la noble y sobrecargada tarea de los equipos de salud institucionales (médicos, enfermeras y profesiones afines),²¹ sobre los servicios del *Seguro Médico* campean las quejas por esa calidad de la atención, sobredemanda y desabasto de medicamentos.²²

A pesar del *Programa Integral de Abasto en Medicamentos Exprés* y el Centro Nacional de Distribución (CENADI) firmado por Yunes con la empresa Fármacos Especializados en febrero de 2009. El mayor contrato de asignación (licitación) para el suministro de medicamentos²³ en la historia del Gobierno federal: 3 mil 220 MP.²⁴ Casi el total del Pasivo Laboral del Instituto como Patrón: 3 mil 631 MP, de acuerdo al IFA-2008.²⁵

Igualmente grave es el escaso e incoherente crecimiento de la infraestructura, reiteradamente invocado como uno de los puntos fuertes de la “reforma” y que —según el IFA 2009— pareciera haber consumido

²⁰ Gustavo Leal F. (2010), *Nueva Ley del ISSSTE. 2007-2008. Materiales*, Colección Académicos, 91, DCBS, UAM-Xochimilco.

²¹ Por supuesto, con excepciones.

²² Independientemente de su “calidad”, el abasto de medicamentos subrogados al Sistema Integral de Tiendas y Farmacias (SITIF) sigue siendo objeto de sentidas denuncias, especialmente de los derechohabientes foráneos.

²³ Durante el resto del sexenio, la firma quedará a cargo de toda la administración y operación de la cadena de suministro de medicamentos y materiales de curación para las 794 unidades del ISSSTE a nivel nacional. Fármacos deberá entregar hasta mil 300 millones de piezas. El nuevo sistema implica una transformación radical del esquema de operación anterior. Fármacos establecerá el CENADI a no más de 40 km del Zócalo (DF), en un inmueble de al menos 20 mil m² y concentrará las entregas de sus proveedores. En el sitio, funcionarios del Instituto harán el control de calidad de los productos que Fármacos deberá entregar, posteriormente, en todo el país. Por su parte, el ISSSTE aceptó la petición de Fármacos para actualizar —de acuerdo al índice inflacionario— al los precios del servicio a partir de 2010 (*Reforma*, 24 de febrero, 2009). El 18 de junio de 2009, Calderón visitó el CENADI en Tlalnepantla y “garantizó 100 por ciento de abasto gratuito gracias a la incorporación de 700 farmacias privadas. Explicó que el derechohabiente recibirá un cupón que podrá canjear en ellas para adquirir lo que no encontró en los hospitales, clínicas y farmacias del ISSSTE”. Además de Fármacos Especializados, en la cadena de distribución de las 700 farmacias privadas quedaron integradas las firmas Saba, Casa Marzam y Fármacos Nacionales (*Reforma*).

²⁴ La licitación también contempla los quimioterápicos. Sin embargo, su calidad ha sido cuestionada —sobre todo— por las reacciones adversas que impactan a los pacientes. Siendo que aun los de calidad suelen dejar secuelas.

²⁵ ISSSTE (2008), *Informe Financiero y Actuarial 2008*, p. 129.



(salvo tal vez el gasto en Conservación y Mantenimiento) los 8 mil MP extras que trajo la "reforma"²⁶ en la edificación de 2 hospitales: el de Tultitlán y el del Municipio Emiliano Zapata en Morelos, sobreponiendo la oferta del centro del País.²⁷

8. Enfatizando la "eficiencia de los servicios de medicina preventiva",²⁸ ese incoherente crecimiento sigue despreciando la urgencia de levantar un segundo y tercer nivel de atención en el norte y sureste del país —donde es prácticamente inexistente—,²⁹ tal y como establece el poco consolidado Programa de Necesidades de Edificación 2007-2012.³⁰

Pretextando "abatir el rezago" las subrogaciones cunden,³¹ aunque su eficacia resulte controversial, mientras las "ventajas" de los cacareados Acuerdos de Gestión³² y sus "Compromisos de Gestión",³³ no son aún visibles.

Elevando el tono del costo de los padecimientos crónico-degenerativos³⁴ y después del débil impacto de PREVENISSSTE, las autoridades propan ahora los "beneficios" de una iniciativa "rectora de sus servicios de salud": el *Acuerdo Nacional por la Prevención* donde —a "partir de tres ejes: control del sobrepeso y obesidad, prevención de adiccio-

²⁶ ISSSTE (2009), *Informe Financiero y Actuarial 2009*, pp. 43-44.

²⁷ "El Instituto al 2008 dispone de 1,192 unidades médicas en todo el territorio nacional, de las cuales 1,067 (89.5%) son de primer nivel de atención, 114 (9.6%) de segundo nivel y 11 (0.9%) de tercer nivel", ISSSTE (2009), *Informe Financiero y Actuarial 2009*, p. 100.

²⁸ *Informe Financiero y Actuarial 2008*, p. 147.

²⁹ ISSSTE (2007), *Total Nacional y Distribución Estatal y Regional de Unidades Médicas del ISSSTE*, noviembre. Véase, también, *Informe Financiero y Actuarial 2009*, Tabla 34. "Distribución de unidades médicas de tercer nivel de atención por Delegación", p. 103.

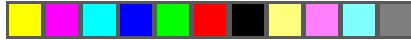
³⁰ "El Instituto cuenta con un Programa de Edificación 2007-2012, donde se presentan para cada uno de los Estados, las unidades médicas requeridas por tipo de unidad y nivel de atención. El Instituto tiene una necesidad de edificación de 400 unidades médicas, de las cuales 68 por ciento corresponden a unidades de primer nivel, el 28 por ciento a segundo nivel y el 4 por ciento restante a tercer nivel", *Informe Financiero y Actuarial 2008*, p. 161.

³¹ ISSSTE (2008), *Programa Institucional 2007-2012*, p. 37. También *Informe Financiero y Actuarial 2008*, Gráfica 8, p. 143, e *Informe Financiero y Actuarial 2009*, Gráfica 27, "Distribución de unidades médicas por tipo de propiedad", p. 103.

³² "El objetivo fundamental de los Acuerdos de Gestión es lograr mediante un proceso consensuado la ejecución de acciones, políticas y estrategias institucionales, indispensables para la conducción congruente y sistemática de los servicios de salud que se otorgan a los derechohabientes, orientándolos a incrementar la productividad, la calidez en la atención y el mejoramiento de la oportunidad y calidad de esos servicios", *Informe Financiero y Actuarial 2008*, Evaluación del desempeño de las unidades médicas, p. 145.

³³ ISSSTE (2009), *Informe Financiero y Actuarial 2009*, p. 107.

³⁴ "En el caso de las enfermedades crónico-degenerativas analizadas, se observa una mayor prevalencia en los derechohabientes del ISSSTE. Esto aunado a la también alta prevalencia de los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad, entre otros, permite prever que este tipo de enfermedades representan un alto riesgo para la operación del Seguro



nes y combate de la farmacodependencia, así como cuidado y atención de las enfermedades crónico degenerativas— se garantice y eleve la calidad de vida de los derechohabientes".³⁵

También impulsado por el diputado panista Miguel Antonio Osuna Millán,³⁶ presidente de la Comisión de Salud³⁷ y el perredista Uriel López Paredes, presidente de la Comisión de Seguridad Social,³⁸ este Acuerdo que vuelve a sobrecargar el primer nivel de atención,³⁹ se autoinscribe en el empeño calderonista de la "cobertura universal"⁴⁰ y se ajusta a las estrategias de promoción y autocuidado de la salud publicitadas por el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud y el Programa Sectorial de la actual administración.⁴¹

Tales estrategias aspiran en realidad a compactar a la baja el catálogo de prestaciones médicas, potenciando a cambio esa "cultura" del autocuidado de la salud⁴² y propiciando la subrogación de servicios a

de Salud. Es por ello imperativo, el fortalecimiento y mejoramiento de la atención médica preventiva y de mayor énfasis en las acciones de educación sobre la salud, lo que incidirá favorablemente en la solvencia financiera del Seguro de Salud principalmente por lo que a los Pensionados se refiere", ISSSTE (2009), *Informe Financiero y Actuarial 2009*, p. 8.

³⁵ *El Financiero*, 21 de abril, 2010.

³⁶ Sobre el diputado Osuna Millán, véase *Proceso*, 1754, 13 de junio, 2010, p. 12. Y su refutación en *Proceso*, 1755, 20 de junio, 2010, p. 71.

³⁷ *La Jornada*, 21 de abril, 2010.

³⁸ *El Financiero*, 10 de junio, 2010.

³⁹ "El Director General aseveró que el primer nivel de atención es el pilar de cualquier estrategia dirigida a atender los nuevos retos, constituye el punto de contacto inicial con el sistema institucional de salud, ofrece acceso al núcleo familiar y facilita la detección de áreas de atención", *El Financiero*, 25 de junio, 2010.

⁴⁰ "Con la supervisión del funcionamiento del Hospital de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana en el municipio de Emiliano Zapata, Morelos, el Director General del ISSSTE, anunció la celebración de un convenio de colaboración para llevar a cabo el Programa de Integración de Servicios del Sistema de Salud del Estado, con el que se podrá atender a pacientes remitidos por otras instituciones médicas y así alcanzar la cobertura universal", *El Financiero*, 20 de mayo, 2010.

⁴¹ Gustavo Leal F. (2010), *Salud y seguridad social. Planes y programas del calderonismo*, en dictamen.

⁴² Al inaugurar la Reunión Nacional del Programa Diabetes por Etapas, El Director General del ISSSTE sostuvo que "si bien las instituciones públicas tienen la obligación de abordar en su conjunto las enfermedades crónico degenerativas, la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la diabetes es una alta prioridad, y en este nuevo esquema de atención médica, enfatizó, el paciente debe ser un agente colaborador activo del proceso de su enfermedad. En México la atención en salud se ha dado en un sentido paternalista, donde el paciente se ha limitado a seguir indicaciones y prescripciones sin intervenir en la toma de decisiones terapéuticas con el personal de salud. Por ello tenemos que cambiar



privados.⁴³ Para decirlo en el lenguaje de Jesús Villalobos López, Director del ISSSTE: “la salud es un tema de Estado, una prioridad en el ámbito nacional y cuya planeación es indispensable para priorizar la preventión por encima de la curación. Por ello, el Instituto está proponiendo transitar del paternalismo médico al empoderamiento de las personas”.⁴⁴

Así postulado, se soslaya todo el apoyo a la prevención clínica —de alta especialidad— indispensable para la adecuada detección y tratamiento de los padecimientos crónicos: cánceres y cardiopatías isquémicas, entre otros.

La Nueva Ley tampoco ha cumplido con la oferta de “llevar a cabo un programa de reforma estructural para ofrecer los mejores resultados al derechohabiente”⁴⁵ y diseñar un “plan rector para el desarrollo y mejoramiento de los servicios”.⁴⁶

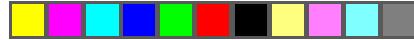
el modelo de atención, integrado equipos médicos multidisciplinarios para prevenir las enfermedades, ser más eficientes en el diagnóstico, evitando que se presenten las enfermedades, dilatándolas lo más posible o controlándolas si es inevitable que se presenten. Con este propósito, el ISSSTE ha implementado el Modelo de Diabetes por Etapas, con el que rompe el paradigma de que la óptima atención en diabetes se otorga por un especialista en un segundo o tercer nivel de atención”, *El Financiero*, 7 de julio 2010.

⁴³ SSA (2008) “Federalismo y descentralización en salud”, Dr. José Angel Córdova Villalobos, Conferencia Nacional de Gobernadores (2008) Foro Nacional sobre Federalismo y Descentralización. Federalismo y descentralización en materia de educación, salud y desarrollo social, Cocoyoc, Morelos, 11 y 12 de agosto.

⁴⁴ *El Financiero*, 21 de abril, 2010. “Con el lema ‘En el ISSSTE nos interesa la salud de las mujeres y la de los HOMBRES’ y como parte del Acuerdo Nacional, el Director del ISSSTE puso en marcha la Primera Feria de Salud de los Hombres, una estrategia que se implementará en todo el País, a fin de promover hábitos de vida saludable y controlar factores de riesgo. Durante la inauguración se informó que estudios de prevalencia de enfermedades en hombres concluyen que éste tiene mayores factores de riesgo que las mujeres en padecimientos de diabetes, hipertensión arterial y cáncer. Esto, aseveró el Director, ha propiciado el interés del ISSSTE por promover un cambio cultural para el auto-cuidado de la salud con actividades universales, selectivas y específicas por grupos de edad. El titular exhortó a todos los trabajadores varones a realizar un ejercicio de responsabilidad con su salud y sumarse a una generación de mexicanos interesados no sólo en romper con los paradigmas de la asistencia médica paternalista, sino a convertirse también en la primera como responsable del auto-cuidado de su salud”, *El Financiero*, 24 de junio, 2010.

⁴⁵ ISSSTE (2008), *Informe Financiero y Actuarial 2008*, p. 18. “La Ley dispone de una orientación de los servicios médicos para prevenir los riesgos de la salud del derechohabiente; para crear esquemas de corresponsabilidad y retroalimentación entre médicos y derechohabientes que permitan alcanzar mayores niveles de bienestar; para que el Instituto esté en posibilidades de estimular la eficiencia, abatir el desperdicio, alentar y premiar la productividad; operar sistemas equitativos de asignación de recursos suficientes; orientar los servicios en función de la demanda real de los pacientes y, en general, lograr, en el corto plazo, la adopción de un esquema de rendición de cuentas que permita al trabajador al servicio del Estado contar con mejores y más eficientes servicios”, p. 19.

⁴⁶ Salvo la expedición de un Reglamento del Comité de Evaluación y Seguimiento de



Sin embargo, todavía con Yunes se signó la licitación con la firma *Ofistore* para el servicio administrado de cómputo, impresión y digitalización de documentos por 706 MP.⁴⁷ Y ya con Villalobos, se firmó otra con Bestel, filial de TELEVISIÓN, por 2 mil 080 MP.⁴⁸

Hasta ahora, la programación de la consulta por teléfono ha tenido un alcance extraordinariamente reducido.

9. En el rubro de *Servicios Sociales*, después de las anomalías detectadas por la Auditoría Superior de la Federación en 2004 sobre el *Sistema Integral de Tiendas y Farmacias*, se ofreció reestructurarlas⁴⁹ y habilitar un macrocentro de distribución, *SuperISSSTE*, que reporta algunas ventajas en precios.⁵⁰

Mientras, se encarecían los *servicios funerarios* y el SNTE iniciaba la aplicación de un descuento (64 pesos mensuales) a jubilados por concepto de “Seguro Funerario” contratado con la aseguradora ING.

Además del atípico uso que lleva a cabo el Poder Ejecutivo de Calderón —comprando boletos y liquidando contratos varios del todo—

los servicios de salud del ISSSTE (*DOF*, 24 de julio, 2009) que no contempla aún ninguna propuesta específica de políticas.

⁴⁷ *Reforma*, 5 de enero, 2010. La licitación cubre de enero 2010 hasta final del sexenio. Ofistore, una PYME; entregará y administrará para el ISSSTE 13 mil 600 computadoras, 9 mil 500 impresoras, 772 escaners, 612 proyectores de video y 627 cámaras digitales. Además habilitará una mesa de servicio disponible las 24 horas para atender a los usuarios

⁴⁸ *El Universal*, 3 de marzo, 2010. El contrato tendrá una duración de tres años.

⁴⁹ El 20 de noviembre de 2008, Yunes planteó desaparecer el Sistema de Tiendas y Farmacias (340 establecimientos) y subrogar sus servicios a privados. “El Sistema”, indicó, “registra pérdidas anuales cercanas a los 700 MP, por exceso de personal”. Agregó que se prevé entregar a concesión a la iniciativa privada la distribución de medicamentos a fin de agilizar su entrega a hospitales y clínicas. “Se debe reflexionar si es necesario otro esquema en el SITIF, con pérdidas cada año que podrían utilizarse en la construcción de hospitales de alta especialidad o en más medicamentos” (*Reforma*).

⁵⁰ La Profeco comparó los precios de 264 abarrotes entre el 24 y 28 de mayo en cinco zonas del DF y en 71 productos del comparativo (que incluían a *Walmart* y *Soriana*) y las tiendas del ISSSTE ofrecieron la opción más barata. SuperISSSTE dispone de 340 establecimientos en todo el país, 197 más que *Chedraui* y 108 más que *Comercial Mexicana*. Atiende a 98.5 millones de visitantes anuales y sus ventas anuales superan los 11 mil MP. Rogelio Ruiz, director de SuperISSSTE, explicó que “para ofrecer precios más bajos sacrifican en alrededor de un punto porcentual sus márgenes de ganancia, debido a que su función comercial es más de carácter social autofinanciable, que de un modelo de negocios tradicional. Trabajamos con los proveedores para pedirles el mejor precio del mercado, en eso no hacemos nada diferente de los demás, pero dado que nuestro espíritu no es contar con la mejor utilidad del mercado, podemos sacrificar márgenes que quizás *Soriana* o *Walmart* no pueden”, *Reforma*, 2 de febrero, 2010.



ajenos a su función, *TURISSSTE* sigue careciendo de una proyección estratégica, como la de *SuperISSSTE*, en este caso para su destinatario principal: los asegurados de la tercera edad.

En tanto, la expansión de las subrogaciones seguía cumpliéndose en las *Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil*, sobre todo en entidades federativas.

Luego del desfalco en Vivienda Magisterial (VIMA), los 2 mil MP de que dispone desde 2006 *FOVISSSTE* para otorgar créditos de cofinanciamiento con SOFOLES, la calidad de las viviendas construidas, los numerosos convenios bancarios signados por Yunes para edificar, los créditos hipotecarios a pensionados y, por supuesto, el gran tema del uso de los recursos de los trabajadores para financiar vivienda en general, la controversial bursatilización de la cartera del Fondo, parece finalmente presionar sobre una limitación de los créditos personales y préstamos hipotecarios. Afecta a los del Décimo Transitorio como a los de Cuentas Individuales.⁵¹

En el rubro de *Servicios Culturales* (programas culturales, educativos, de capacitación, atención a jubilados, pensionados, discapacitados y fomento deportivo), es mucho lo que aún debe hacerse. Particularmente con la población de jubilados y pensionados que constituyen un potente activo institucional contemplado en el Artículo 4o. de la Nueva Ley.

10. ¿Qué futuro *inmediato* aguarda a quienes están por jubilarse en el Apartado A? El IMSS ya dispone de una discutida jurisprudencia⁵² que fija el tope máximo en 10 salarios mínimos, como ya sucede en la Ley Calderón del ISSSTE.

¿Qué futuro *mediato* aguarda a los que se vayan a jubilar con PENSIONISSSTE? El mismo que en 17 años enfrentarán quienes empiecen a jubilarse vía Afores. De acuerdo al Anteproyecto de Retiros Programados de la CONSAR remitido a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), este retiro consiste en una pensión a los 65 años que ofrecerán las Afores mediante pagos periódicos que durarán hasta que se agoten los recursos ahorrados.

⁵¹ Encareciendo el precio de las viviendas hasta en un 120 por ciento. Debido a que el costo financiero de los créditos puente —que adquieren los constructores para edificar los desarrollos— les reporta un costo de 22 por ciento, más el 8 por ciento del factoraje derivado de la bursatilización de la cartera de FOVISSSTE. Hay que agregar el 30 por ciento de la, así llamada, ganancia del constructor y los tres mil pesos que demanda la SOFOL, entre otros cargos. De tal suerte que el trabajador termina liquidando más del 60 por ciento de los costos del valor final de la vivienda que, de tratarse de créditos para auto-construcción, podría ahorrarse.

⁵² SCJN (2010), Jurisprudencia 85/2010, 9 de junio.



Estos serán calculados con la esperanza de vida, el ahorro de la cuenta individual y sus rendimientos. De elegir esta opción, el trabajador deberá firmar contrato con la Afore para que los recursos (con la subcuenta de vivienda y el ahorro voluntario) pasen a una cuenta de retiros programados, donde —invertidos en la SIEFORE1— la Afore cobrará otra comisión que “definirá el mercado”. Además, el *contrato asienta* que extinguidos los recursos, la Afore “ya no se hará cargo de la pensión” y quien deberá “asumir el costo de la pensión será el Gobierno”.⁵³

Como se aprecia: la Ley Calderón jamás dejará de presionar sobre las finanzas públicas.⁵⁴

11. Como la de Zedillo con el IMSS para los trabajadores del Apartado A, la “reforma” Calderón al ISSSTE no mejoró la situación del asunto público y sí empeoró el futuro de largo plazo de la seguridad social de los trabajadores del Apartado B. Lo que sigue es reformar esas reformas.

Dada la continuidad de las políticas económicas y los modelos de seguridad social que se promueven desde la tecnocracia zedillista, foxista y calderonista, dados los agudos problemas estructurales del empleo formal y el impacto devastador de la creciente contratación externa, terciarización o *outsourcing*, ¿qué podemos hacer hoy?

En primer término podemos monitorear y vigilar sistemáticamente el comportamiento del SAR y las políticas de la CONSAR haciéndolas del amplio conocimiento de los trabajadores dueños de los fondos de pensiones. Después de 13 años, es claro que ese sistema de ahorro para el retiro: esa modalidad mexicana de capitalización individual, no va a dar nunca pensiones dignas, ni pálidamente cercanas a las que sí garantizaban los sistemas IMSS-ISSSTE tecnocráticamente “reformados”. Por tanto, difuminar sus limitaciones estructurales —que bajo ningún escenario podrán ser superadas— es una tarea de alto beneficio para la sociedad y los trabajadores.

En segundo término podemos caminar en la ruta de un modelo mixto como el sueco. Hay que darle la vuelta al estado actual de cosas: una pen-

⁵³ *Reforma*, 6 de julio, 2010.

⁵⁴ ¿Cuánto crecerá la presión sobre las finanzas públicas por concepto de la pensión mínima garantizada (PMG)? “Bajo el régimen de inversión actual, los trabajadores con ingresos inferiores a tres salarios mínimos (56 por ciento de los asegurados permanentes) ejercerán la PMG con certeza absoluta. Se estima que la erogación gubernamental podría superar 6 puntos del PIB. Además, si se considerara un escenario libre de comisiones para este tipo de trabajadores, ellos ejercerían su derecho de PMG, aun si cotizaran 25 años en el sistema”, Alejandro Rentería Villagómez (2008), *Alternativas para reducir la probabilidad de ejercer la pensión mínima garantizada de los trabajadores de menores ingresos*.

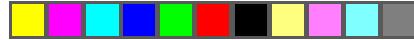


sión pública obligatoria y garantizada, acompañada con aportaciones voluntarias complementarias. Justo lo contrario de lo que impuso Zedillo con la Ley IMSS-1997 y Calderón con la Ley ISSSTE-2007. Ninguna de ellas garantizará pensiones dignas. Si acaso, equivalentes al 30 por ciento del último salario devengado, sin considerar "minusvalías".⁵⁵ Hay que darles la vuelta.⁵⁶

En tercer término podemos reformar estas reformas para levantar una política de salud a la altura de lo que enferma y mata a los mexicanos del Siglo XXI. ¿Cómo? Definiendo con precisión el alcance y contenido real del universalismo que cubra el catálogo de prestaciones contempladas. Caso contrario —como muestran el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Seguro Popular *foxista* y el Seguro Médico para una Nueva Generación (o Seguro Popular *petit calderonista*)—, se puede correr el grave riesgo de vaciar el horizonte amplio que conlleva el universalismo y reducirlo a una suma de paquetes básicos supuestamente "preventivos" que no se ajustan a las necesidades reales de la derechohabiencia. En una palabra: reducirlo a un universalismo

⁵⁵ El 8 de diciembre de 2008, Agustín Carstens —secretario de Hacienda de Calderón— sostuvo que: "las minusvalías que han registrado las Afores son de carácter coyuntural, es decir, responden a un evento temporal y de naturaleza contable ante la necesidad de hacer un *market-market* diario. No se han perdido recursos, se han generado minusvalías de carácter contable y temporal, los recursos están seguros. El portafolio de las Administradoras es sano y el Gobierno pagará al vencimiento esos recursos. El promedio de rendimiento real de las Afores ha sido del 6 por ciento, un nivel mayor que otras alternativas", *El Universal*.

⁵⁶ Justo como la Iniciativa de reformas 2008 de Calderón a la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). En ellas, exactamente lo contrario de lo decidido para el IMSS e ISSSTE, se propuso incrementar el monto de las aportaciones anuales del Gobierno Federal (de 11 a 15 por ciento) sobre los haberes, haberes de retiro y pensiones de los integrantes de las Fuerzas Armadas y sus familiares. Para ello se argumentó que se trataba de "atender la elevación del nivel de vida del personal retirado, dado que actualmente subsisten en su mayoría con un haber de retiro o pensión exiguo que sólo cubren sus necesidades básicas sin alcanzar los niveles de vida digna". Además, se enderezó un incremento de 70 a 80 por ciento para integrar las pensiones y, como un reconocimiento a la permanencia en el servicio de los militares con 30 o más años de servicio, se establece un factor para calcular el monto del haber de retiro considerando que al causar baja del activo es complicado que el militar se reincorpore a la vida productiva. La Iniciativa contempló un incremento del 0.5 al 3 por ciento del haber y sobrehaber mínimo vigente del personal de las FA para mantener la viabilidad financiera del Seguro Colectivo de Retiro. En la milicia el haber es el sueldo y el sobrehaber son las remuneraciones adicionales al personal y depende del grado, antigüedad, cargo o zona del país en que trabaja. El promedio del sobrehaber llega a ser hasta del 90 por ciento del total de las percepciones de un militar. La Iniciativa fue aprobada en octubre de 2008. Algo similar ocurrió años antes en Chile.



no focalizado pero que constituye apenas un puñado de migajas para la legitimación política y desprovisto de cobertura efectiva de seguridad social.

En cuarto término podemos aprovechar la oportunidad —el año 2011— para revisar la Ley que manda su artículo Cuadragésimo Sexto Transitorio y poner a flote los determinantes estructurales de su precaria sustentabilidad financiera.

12. Finalmente. Además de la pretensión pública de la AMAFORE para elevar la aportación de los trabajadores del Apartado A de 6.5 a 11.3 del salario de cotización, frente al patente fracaso de la “reforma” calderonista no hay que descartar en lo absoluto futuros amagos de la tecnocracia hacendaria para, con una contrarreforma, intentar empujar nuevamente la individualización de cuentas en el Apartado B.

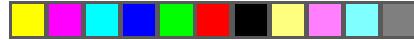
Tres años después de haber instrumentado activamente con Calderón la Nueva Ley,⁵⁷ el senador plurinominal priísta Manlio Fabio Beltrones sostuvo que “no hay más política que el camino largo pero fecundo del reconocimiento del otro, el respeto a la diversidad y el horizonte de largo plazo para asegurar acuerdos y diseñar políticas públicas integrales”⁵⁸.

Exactamente lo contrario de lo que Calderón hizo en 2007 con la Ley del ISSSTE. Hoy hay que tomarle la palabra para reformar esa “reforma”.

En este cuadro —y como muestra la iniciativa de Reforma Laboral de la UNT— iniciar la edificación de un proyecto alternativo adquiere, hoy por hoy, una importancia estratégica. Proyecto que, en términos estrictos, debió haber nacido hace ya 11 años en el seno de la Comisión

⁵⁷ “Los legisladores nos propusimos reforzar la certidumbre económica y financiera del país, atendiendo un problema severo del sistema de pensiones. Hicimos modificaciones que no se pensaban posibles, para consolidar el ahorro interno del país y darle a los trabajadores del Estado nuevas reglas para que ellos puedan realmente vigilar y controlar sus cuentas para el retiro, así como resolver un hoyo negro en las finanzas públicas. La reforma a la Ley del ISSSTE fue acompañada por una reforma a la Ley del Ahorro para el Retiro, acabando con las excesivas comisiones y estableciendo el principio del rendimiento neto como indicador para la comparación entre afores. Hicimos lo que no se hizo en 1997, que fue asegurar que el fortalecimiento del ahorro interno también significara mayores rendimientos para el retiro de los trabajadores”, Manlio Fabio Beltrones, “Modernización con justicia”, *Enfoque*, suplemento dominical de *Reforma*, 6 de mayo, 2007. Y el 14 de septiembre de 2009 agregó: “En lo económico, la sola reforma del sistema de pensiones ha dado una viabilidad a las finanzas públicas, sin la cual el efecto de la actual crisis sería catastrófico”, Cambio con rumbo y certidumbre, *Reforma*.

⁵⁸ “Gobernar con la pluralidad”, *El Universal*, 7 de julio, 2010.



de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, presidida, desde entonces, por un representante popular del PRD.⁵⁹

Tabla 1
Causas de muerte en la población derechohabiente del ISSSTE.
Distrito Federal y Área Foránea 2007⁶⁰

TOTAL NACIONAL: 11,189
Diabetes Mellitus 1,690
Enfermedades del corazón (excepto paro cardiaco) 1,569
Tumores malignos 1,555
Enfermedades cerebro vasculares 747
Insuficiencia renal 663
Influenza y neumonía 652
Enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado 550
Septicemia 431
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 295
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 217
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio.
No clasifica 177
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 83
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (sida) 78
Infecciones respiratorias agudas 76
Ulceras gástricas y duodenal 63
Accidentes 58
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales 55
Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas 46
Anemias 42
Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia 40
Las demás causas 2,102

FUENTE: ISSSTE Sistema de Estadística Institucional. <http://estadistica.issste.gob.mx>

⁵⁹ Cuauhtémoc Montero, Miguel Alonso Raya, Miguel Angel Navarro y Uriel López Paredes.

⁶⁰ ISSSTE (2008), *Informe Financiero y Actuarial 2008*, Tabla 3, p. 43.

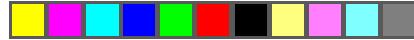


Tabla 2
Veinte primeras causas de morbilidad hospitalaria ISSSTE 2008
(Lista Mexicana)⁶¹

TOTAL NACIONAL: 381,938

- 01 Otras causas obstétricas directas 38,045
- 02 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa 25,222
 - Fracturas (incluidas en el número anterior) 13,634
- 03 Enfermedades del corazón 18,263
 - Enfermedades isquémicas del corazón (incluidas en el número anterior) 7,654
- 04 Colelitiasis y colecistitis 17,200
- 05 Diabetes mellitus 15,921
- 06 Tumores malignos 15,808
- 07 Parto único espontáneo 12,114
- 08 Insuficiencia renal 11,617
- 09 Hernia de la cavidad abdominal 11,263
- 10 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 9,515
- 11 Enfermedades infecciosas intestinales 8,394
- 12 Leiomioma del útero 7,883
- 13 Embarazo terminado en aborto 7,162
- 14 Enfermedades del apéndice 7,032
- 15 Infecciones respiratorias agudas 5,996
- 16 Enfermedades cerebrovasculares 5,521
- 17 Influenza y neumonía 4,862
- 18 Enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado 4,019
- 19 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 3,968
- 20 Cataratas 3,785
- Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte 9,124
- Las demás causas 139,224

FUENTE: *Anuario Estadístico 2008*, ISSSTE

⁶¹ ISSSTE (2009), *Informe Financiero y Actuarial 2009*, Tabla 4, p. 25.