

# 80 AÑOS DE HISTORIA

COLECCIÓN IMSS 80 AÑOS

I



1943 - 2023

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL





# 80 Años de Historia

Instituto Mexicano del Seguro Social

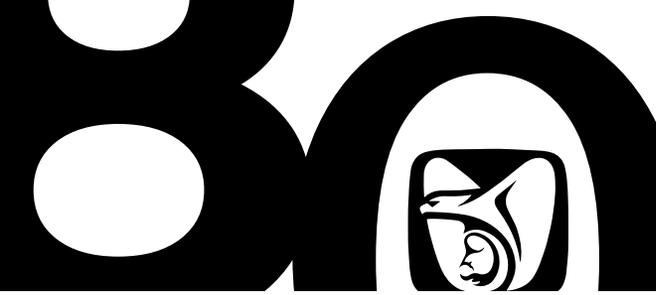
COLECCIÓN IMSS 80 AÑOS

I



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**





## **80 Años de Historia**

Primera edición, 2023.

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Av. Paseo de la Reforma #476, Colonia Juárez,  
C. P. 06600, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-9464-66-0

Coordinadores:

Clicerio Coello Garcés

Jorge Armando Marengo Camacho

Compilador:

Alfonso Diez García

Enlace:

René Kuster Rojas

**Coordinación Técnica de Difusión**

Edición y corrección de estilo:

Carolina Serrano Rocha

Germán Romero Pérez

Gustavo Marcos Cazarín

Verónica Alejandra Rodríguez Martínez

Beatriz Rangel León

Diseño:

Rosaura Nieto

Tipografía:

Montserrat

Derechos reservados ©

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

El lenguaje empleado en esta publicación es conforme a la Real Academia de la Lengua Española y no pretende discriminar o marcar diferencias entre mujeres y hombres. Las referencias o alusiones hechas en género masculino abarcan a ambos sexos.

**Impreso y hecho en México.**

# DIRECTORIO

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO**  
Dirección General

**LIC. MARCOS BUCIO MÚJICA**  
Secretaría General

**DRA. CÉLIDA DUQUE MOLINA**  
Dirección de Prestaciones Médicas

**DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA**  
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

**MTRO. BORSALINO GONZÁLEZ ANDRADE**  
Dirección de Administración

**MTRA. NORMA GABRIELA LÓPEZ CASTAÑEDA**  
Dirección de Incorporación y Recaudación

**LIC. ANTONIO PÉREZ FONTCOBA**  
Dirección Jurídica

**MTRA. CLAUDIA LAURA VÁZQUEZ ESPINOZA**  
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico

**MTRO. MARCO AURELIO RAMÍREZ CORZO**  
Dirección de Finanzas

**LIC. JAVIER GUERRERO GARCÍA**  
Dirección de Operación y Evaluación

**DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL**  
Dirección de Planeación para la Transformación Institucional

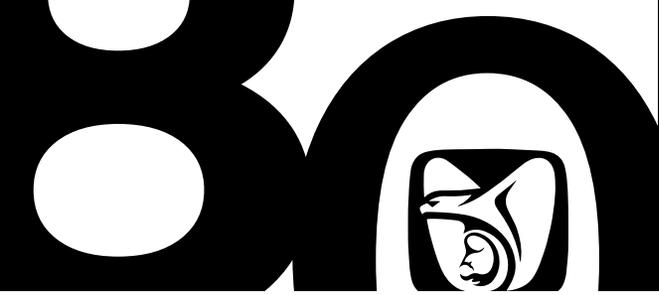
**LIC. SALIM ARTURO ORCÍ MAGAÑA**  
Órgano Interno de Control

**DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO**  
Programa IMSS-Bienestar

**LIC. AMADEO DÍAZ MOGUEL**  
Unidad de Comunicación Social

**MTRO. JORGE ARMANDO MARENGO CAMACHO**  
Secretaría Técnica para los 80 Años del IMSS

**LIC. CAROLINA SERRANO ROCHA**  
Coordinación del Comité de Publicaciones de la Colección IMSS 80 Años



# AGRADECIMIENTOS

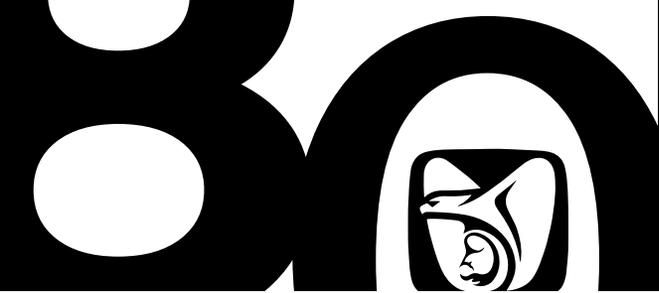
Agradecer, inevitablemente, es un proceso de memoria y de reconocimiento. Si bien el proyecto editorial fue concebido con pocas personas, el haberlo logrado llevó muchas manos y meses de trabajo.

La primera persona que confió en la importancia de dejar un libro que resguardara la historia del Instituto, en el marco de sus 80 años de vida, fue el Director General, Mtro. Zoé Robledo Aburto. Desde que tuvimos la posibilidad de plantearse, lo vio con buenos ojos. Va para él nuestro primer y más sincero agradecimiento.

Agradecemos también a las y los Directores Normativos y al equipo de sus Direcciones, quienes sumaron una carga más de trabajo a la que ya tienen de manera cotidiana y creyeron en el proyecto: Marcos Bucio Mújica, Antonio Perez Fonticoba, Assa Ebba Christina Laurell, Borsalino González Andrade, Célida Duque Molina, Claudia Vázquez Espinoza, Javier Guerrero García, Norma Gabriela López Castañeda, Marco Aurelio Ramírez Corzo, Mauricio Hernández Ávila y Gisela Juliana Lara Saldaña, recientemente nombrada Directora General de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).

Hacemos extensivo el agradecimiento a los directivos de los órganos con los que el IMSS tiene una estrecha relación y que también forman parte indiscutible de su historia y porvenir: Arturo Olivares Cerda, Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social; Romeo Rodríguez Suárez, Presidente de la Fundación IMSS, A. C.; Alejandra Aburto de Robledo, Presidenta del Voluntariado IMSS; David Razú Aznar, Director General de Afore XXI, y Alvaro Velarca Hernández, Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

En la parte editorial, deseamos agradecerle a Alfonso Diez García, nuestro compilador; René Kuster Rojas, quien fue el enlace con las áreas de trabajo; Karla Daniela Márquez Romero que apoyó en el proyecto inicial y la recolección fotográfica; por parte de la Unidad de Comunicación Social, a Amadeo Díaz Moguel, Carolina Serrano Rocha y Germán Romero Pérez, así como a Gustavo Marcos Cazarín, Eloy Rodríguez Dorantes, Rosaura Nieto, Verónica Alejandra Rodríguez Martínez y Carmen Beatriz Rangel León, quienes terminaron de realizar las correcciones de estilo de este libro y crear el diseño editorial de la Colección IMSS 80 Años.



Por parte del Archivo Histórico del IMSS, reconocemos la colaboración de Marco Antonio Orozco Zuarth, Jaime Troche Almanza y de todo su personal.

No habría 80 años sin los cientos de miles de trabajadoras y trabajadores en activo, las personas jubiladas, las pensionadas y todas las personas que pasaron por esta gran institución del Estado mexicano antes que nosotros.

A toda la población derechohabiente, que cada día nos da su confianza en alguno de los espacios de esta gran institución, muchas gracias.

**LOS COORDINADORES**

# ÍNDICE

<b>Prólogo</b>	<b>13</b>
<b>Numeralia</b>	<b>15</b>
<b>Estudio introductorio de la seguridad social en México</b>	<b>23</b>
<b>I.1. Primeras visiones de la seguridad social en México (1890-1938)</b> Clicerio Coello Garcés y Jorge Marengo Camacho	<b>25</b>
<b>I.2. El nacimiento del IMSS (1938-1950)</b> Clicerio Coello Garcés y Alfonso Díez García	<b>34</b>
<b>Los pilares del IMSS</b>	<b>49</b>
<b>II.1. El Consejo Técnico</b> Marcos Bucio Mújica, Gina Rossana Ruelas Chiquini y Miguel Ángel Casarrubias González	<b>51</b>
<b>II.2. El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social</b> Arturo Olivares Cerda	<b>57</b>
<b>II.3. Evolución normativa</b> Antonio Pérez Fonticoba	<b>69</b>
<b>II.4. Un IMSS financieramente sustentable</b> Marco Aurelio Ramírez Corzo	<b>78</b>
<b>Las prestaciones médicas</b>	<b>87</b>
<b>III.1. Prestaciones del servicio médico</b> Célida Duque Molina, Ricardo Avilés Hernández y Gabriela Borrayo Sánchez	<b>89</b>
<b>III.2. La investigación en los 80 años del IMSS: desde el descubrimiento hasta la medicina de precisión</b> Laura Cecilia Bonifaz Alfonzo, Eduardo Antonio Ferat Osorio y Carlos Alberto Durán Muñoz	<b>107</b>
<b>III.3. Historia del IMSS-Bienestar</b> Gisela J. Lara Saldaña y Martha Alicia Barajas Boyso	<b>121</b>
<b>III.4. El desarrollo de la infraestructura médica del IMSS</b> Borsalino González Andrade y Ramón Aguirre Díaz	<b>133</b>
<b>III.5. Las aportaciones del IMSS en la construcción de la salud colectiva en México</b> Vianey González Rojas	<b>139</b>

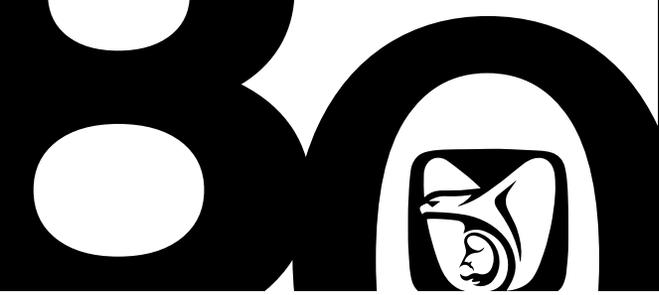
**IV****149 Las prestaciones económicas y sociales**

- 151 **IV.1. La cultura como una prestación social**  
Davayane Amaro Ortega y Luis Fernando Payán Medina
- 160 **IV.2. Las unidades habitacionales  
y el derecho a la vivienda**  
Pablo Landa, Lorenzo Rocha y Ramón Vargas Salguero
- 168 **IV.3. Muralismo y arquitectura.  
Historia del patrimonio cultural del IMSS**  
Davayane Amaro Ortega
- 185 **IV.4. Guarderías IMSS**  
Adriana Cruz Miranda, Víctor Manuel Pérez Robles,  
Aurora Bautista Márquez, Ismael Ruiz Fraga,  
Erika Teresa Suárez Saavedra, Vesta Louise Richardson López  
Collada, Claudia Gorian Montealegre  
y Marco Antonio Gutiérrez Escamilla
- 198 **IV.5. Seguridad en el trabajo.  
El IMSS en la industria**  
Rebeca Velasco Reyna, Gabriel Alejandro Real Ornelas,  
Ricardo Alonso Rivera Beltrán, Claudia Gorian Montealegre  
y Marco Antonio Gutiérrez Escamilla
- 210 **IV.6. De fábricas y jardines prehispánicos  
a espacios de esparcimiento:  
Centros Vacacionales**  
Nidia Serrano Vivas, María del Rosario de Fátima Pereira Ek,  
Guillermo César Garduño Patiño, Mirna Ivonne Rodríguez Lozada,  
Sergio Arturo Fariás Gutiérrez, Javier Eduardo Garcini Ugalde,  
Jaime de Jesús Gómez Roch, Pedro Méndez Zúñiga  
y Verónica Camacho Téllez
- 222 **IV.7. El deporte en el IMSS**  
Héctor García Antonio

**V****235 Información, difusión y evolución tecnológica**

- 237 **V.1. El archivo histórico del IMSS**  
Marco Antonio Orozco Zuarth
- 244 **V.2. Dirección de Operación y Evaluación**  
Javier Guerrero García
- 250 **V.3. La Comunicación Social en el IMSS**  
Gustavo Marcos Cazarín
- 259 **V.4. Revolución digital e innovación tecnológica**  
Claudia Laura Vázquez Espinoza, Beatriz Oaxaca Ahumada  
y Sofía Ketrín Neme Meunier

<b>El porvenir de las personas trabajadoras</b>	<b>269</b>	<b>VI</b>
VI.1. Seguridad social para más mexicanas y mexicanos	271	
Norma Gabriela López Castañeda		
VI.2. Las pensiones en México: pasado, presente y futuro	278	
David Razú Aznar y Jorge Meléndez Barrón		
<b>Un IMSS solidario, ayudar engrandece</b>	<b>289</b>	<b>VII</b>
VII.1. Voluntariado IMSS	291	
Alejandra Aburto de Robledo, Tania Matzi Gallegos Vega, Diego Roldán Jiménez y Carmen Gabriela Fontaine Sánchez		
VII.2. Fundación IMSS	298	
Romeo S. Rodríguez Suárez y Ana Lía de Fátima García García		
VII.3. El IMSS ante situaciones de emergencia mayor y desastre	309	
Felipe Cruz Vega, Everardo Martínez Valdés, Sandra Elizondo Argueta, Jorge Loria Castellanos, Federico Izcoatl Viloria Corona y Hermes Cortés Meza		
<b>La seguridad social y la perspectiva internacional</b>	<b>319</b>	<b>VIII</b>
VIII.1. Historia de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)	321	
Alvaro Velarca Hernández y Fabiola Bautista Sierra		
<b>Bibliografía</b>	<b>329</b>	
<b>Notas al final</b>	<b>353</b>	



# PRÓLOGO

**E**n el México de 1943 sonaba en la radio *Serenata Tapatía*, interpretada por Jorge Negrete; se fundó el Colegio Nacional, se inauguró la Arena Coliseo y también se publicó la Ley del Seguro Social.

La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) respondía a una larga lucha: la protección y el bienestar de las y los mexicanos. No fue sencillo, antecedieron las demandas de los hermanos Flores Magón, la visión del México de Francisco I. Madero, la Ley del gobernador Cándido Aguilar en Veracruz, la Constitución de 1917, el proyecto cardenista y finalmente la perseverancia de Ignacio García Téllez, que —en conjunto— cristalizaron ese sueño.

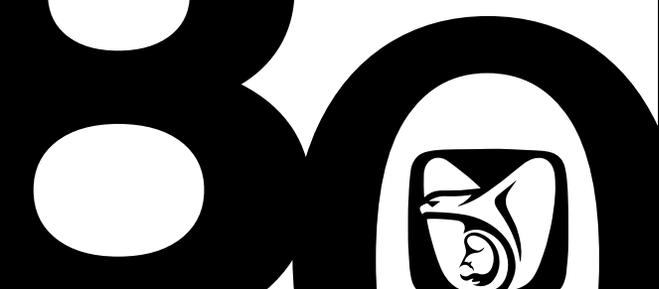
El IMSS entró en operaciones con 207 empleadas y empleados, con una infraestructura médica de cinco sanatorios y una oficina rentada de 15 despachos. La primera cuenta de cheques se abrió por 100 mil pesos, que alcanzaba para pagar apenas 45 meses de renta. En 1943, la Dirección General de Estadística reportaba solamente una población de 19'653,000, apenas 46% de personas mayores de 10 años sabía leer y escribir, y de los 3'884,000 edificios y casas (la mayor parte de adobe), 63% no tenía agua potable.

Han pasado 80 años y nuestra población ya se acerca a los 127 millones de habitantes, el Instituto pasó a atender a 506 mil personas trabajadoras, y aquellos cinco sanatorios son ahora: 1,535 Unidades de Medicina Familiar, 209 Hospitales Generales de Zona, 28 Hospitales Generales Regionales, 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad, 71 teatros, 456 instalaciones deportivas, 4 Centros Vacacionales y 123 Centros de Seguridad Social, además de velatorios, tiendas y guarderías. Hemos crecido y continúa aquella misma visión revolucionaria fundacional.

Este libro consta de ocho capítulos cuyo objetivo es compartir una serie de historias sobre los inicios y el desarrollo de las diversas áreas que conforman el Instituto, relatadas a partir de sus protagonistas.

Por ello, cada subcapítulo fue escrito con libertad plena y con la única condición de dar a conocer el fragmento de historia del IMSS que les corresponde, por lo que no encontrarán un estilo único en este libro.





También han intervenido en la autoría personas destacadas de otros órganos amigos del IMSS que forman parte de la gran familia de la seguridad social en México, por ello agradezco a la Fundación IMSS, a Afore Banorte XXI, al Voluntariado y a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por su participación en esta obra colectiva.

Sirva este trabajo para dejar testimonio de aquel sueño que comenzó en la calle 16 de Septiembre, en el Centro Histórico de la Ciudad de México, y que en la actualidad es la institución que acompaña a mexicanas y mexicanos, desde su nacimiento hasta su trascendencia.

**MTR. ZOÉ ROBLEDO ABURTO**  
**Director General del IMSS**

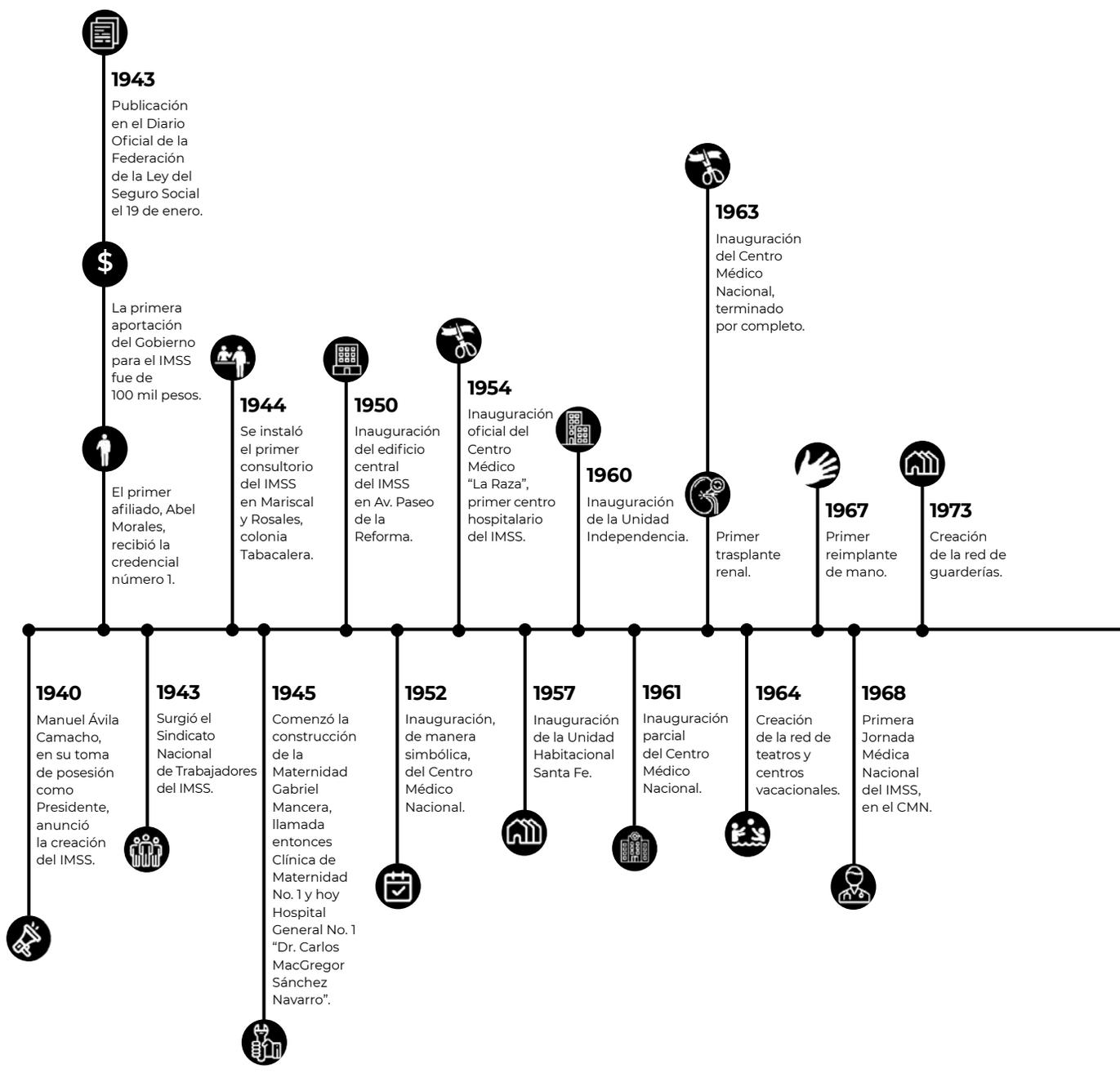
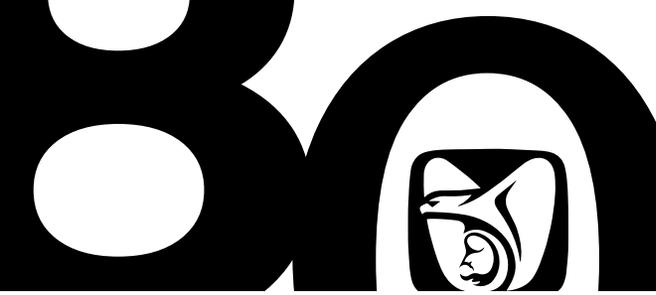
# NUMERALIA DEL IMSS, 2022

ACCIONES MÉDICAS EN UN DÍA*	
Consultas en Medicina Familiar	336,385
Consultas de Especialidades	72,686
Consultas dentales	15,742
Atenciones en Urgencias	45,453
Egresos hospitalarios	5,788
Días paciente	31,190
Intervenciones quirúrgicas	3,403
Partos atendidos	848
Análisis clínicos	835,541
Estudios de ecosonografía	13,278
Estudios de tomografía axial computada	7,558
Sesiones de Medicina Nuclear	1,309
Estudios de radiodiagnóstico	60,209
Estudios de fisiología cardiopulmonar	458
Estudios de resonancia magnética	1,092
Sesiones de radioterapia	2,010
Sesiones de inhaloterapia	14,823
Sesiones de hemodiálisis	7,800
Estudios de hemodinámica	233
Estudios de electromiografía	323
Estudios de endoscopia	497
Sesiones de Medicina Física	30,652

<b>ACCIONES MÉDICAS EN UN DÍA*</b>	
Estudios de electrocardiografía	8,989
Estudios de electroencefalografía	316
Sesiones de litotripsia	5
Trasplantes realizados, al 15 de agosto de 2022	1,650
<b>LUGAR EN QUE SE ENCUENTRA EL IMSS EN CUANTO A TRASPLANTES*</b>	
Donación cadavérica	1°
Córnea	1°
Renal	1°
Corazón	1°
Hepático de donante vivo y donante fallecido	2°
<b>INFRAESTRUCTURA MÉDICA*</b>	
Unidades de Medicina Familiar	1,535
Hospitales Generales de Zona	209
Hospitales Generales Regionales	28
Unidades Médicas de Alta Especialidad	25 y 12 complementarias
<b>PERSONAL*</b>	
Personal de Enfermería	116,813
Personal médico	74,298
Personal paramédico	79,865
Personal médico interno de Pregrado	6,936
Pasantes en Servicio Social	11,810
Personal médico residente	23,450
Cursos Posttécnicos de Enfermería	1,028
<b>DERECHOHABIENTES*</b>	
Población derechohabiente potencial del IMSS, incluyendo personas titulares pensionadas, aseguradas, con conservación de derechos y familiares con adscripción, al 30 de septiembre de 2022	73'754,490
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES*</b>	
Derechohabientes que reciben apoyo de jubilación al mes	275,101
Derechohabientes que reciben apoyo de pensión al mes	68,777
Certificados de incapacidad otorgados a personas trabajadoras aseguradas	10'849,624
Certificados de incapacidad pagados a personas trabajadoras aseguradas	7'090,309
Personas pensionadas Ley 73 y Ley 97 vigentes a septiembre de 2022	4'758,780
Personas trabajadoras inscritas al Programa Entornos Laborales Seguros y Saludables (ELSSA)	1'811,397
Empresas inscritas al Programa Entornos Laborales Seguros y Saludables (ELSSA)	4,715

<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES*</b>	
Teatros	68
Instalaciones deportivas	499
Centros de esparcimiento	4 Centros Vacacionales 16 hoteles dentro de los Centros Vacacionales
Centros de Seguridad Social	123
Actividades que ofrecen los Centros de Seguridad Social	506
Personas atendidas en los Centros de Seguridad Social	30,864
Tiendas IMSS	69
Velatorios	18
Atención diaria en los Velatorios del IMSS	45
Número de guarderías	1,325
Comidas que se sirven diariamente en las guarderías del IMSS	203,989 raciones
<b>UNIDADES QUE HAN IMPLEMENTADO EL MODELO DE COMPETITIVIDAD*</b>	
Administrativas	159
Médicas	488
Sociales	208
<b>TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA*</b>	
Porcentaje de respuesta de solicitudes de transparencia en tiempo oportuno (2018-2022)	100%
Solicitudes atendidas desde la creación del Área de Transparencia (2003-2022)	471,139
<b>ATENCIÓNES A DERECHOHABIENTES QUE SE GENERAN EN UN DÍA TÍPICO*</b>	
Atenciones a población derechohabiente	28,866
Módulos de Atención Ciudadana	1,025
Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente	1,698

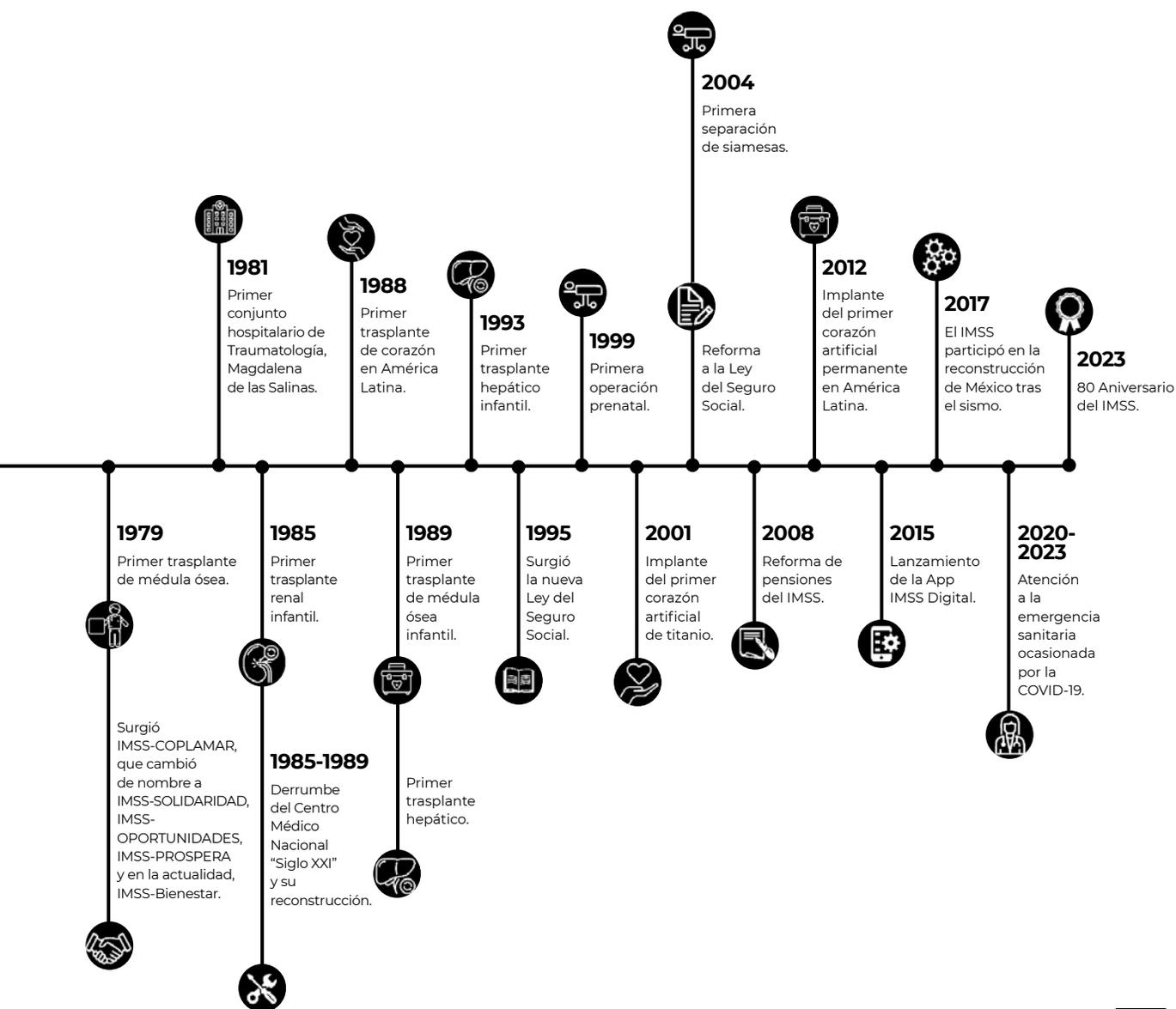
\* Información emitida por las Direcciones Normativas del IMSS.

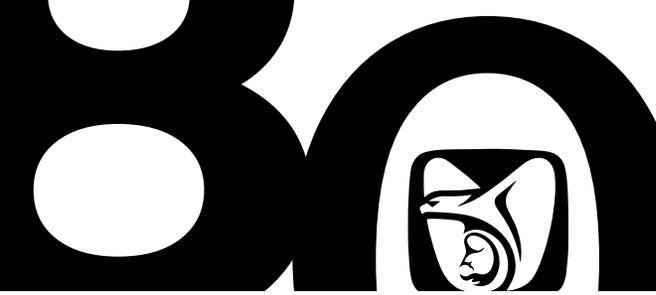


# LÍNEA DEL TIEMPO IMSS

## (1940-2023)

Principales hechos y logros que marcaron la historia y la evolución del Instituto Mexicano del Seguro Social desde antes de su fundación hasta su 80 aniversario.





Surgió el símbolo del Instituto, dándole presencia a las actividades de una institución pionera de la seguridad social en México. Fue diseñado por Salvador Zapata a propuesta del entonces Director General del Instituto, Lic. Ignacio García Téllez.

En la Unidad Independencia surgió la escultura artística del símbolo institucional, conmemorando los 150 años de la insurgencia de la Independencia, realizada por Federico Cantú a petición del entonces Director General del Instituto, Lic. Benito Coquet.

## SEGURO SOCIAL

1943

Nació el Seguro Social en México por decreto presidencial. Su imagen fue identificada como SEGURO SOCIAL.



1944



1945

Aparecieron ya como un conjunto visual el símbolo, el logotipo IMSS y el lema "Seguridad para todos".

1960



# HISTORIA DEL LOGOSÍMBOLO DEL IMSS

Aunque ha mantenido su esencia, el diseño y los elementos como la madonna; el logotipo del IMSS también ha evolucionado a lo largo del tiempo en forma y lemas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó con el objetivo de **proteger la salud de la población trabajadora y sus familias**, con las prestaciones de seguridad social correspondientes. A esa meta se sumó **hacer efectivo el derecho a la protección de la salud** a través del IMSS-Bienestar y **contribuir a la creación del Sistema Único de Salud**.



1973

Se estilizó y se cambió el lema por **"Seguridad y Solidaridad Social"**, que continúa vigente a la fecha.

El diseñador **Jorge Canales** rediseñó el logotipo **institucional**, respetando la identidad que hasta ese momento se manejaba y aparecieron dos variantes más: el logotipo vertical y el horizontal.



1992

Se adecuaron sus proporciones y se **modificó la tipografía** del lema en las tres versiones.



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



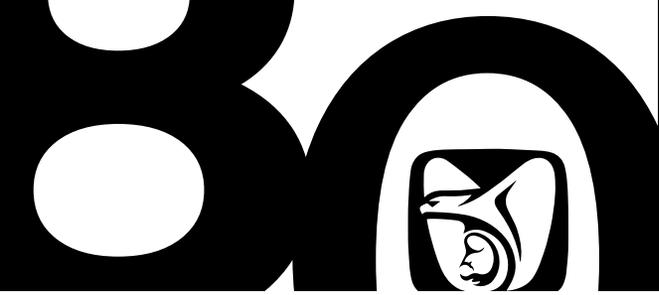
2019





# CAPÍTULO I

Estudio introductorio  
de la seguridad social en México



## **I.1. PRIMERAS VISIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO (1890-1938)**

Clicerio Coello Garcés y Jorge Marengo Camacho

La seguridad social tiene particular relevancia en la etapa del desarrollo industrial en el mundo, como origen de la necesidad de reconocer derechos laborales y mejores condiciones para el trabajo. Desde luego, su concreción fue objeto de un proceso complejo en el que mediaron luchas de personas trabajadoras con consecuencias y resultados, en ocasiones, desfavorables, pero siempre se mantuvo el ímpetu por mejorar las condiciones laborales.

Por poner un ejemplo, para el siglo XIX, la gran mayoría de la clase obrera tenía jornadas de 14 horas diarias, los salarios eran muy bajos (Martínez L, 2020), estaba prohibida la coalición profesional y la huelga, aunado a que no existía ningún tipo de obligación para las y los patrones respecto a la seguridad de sus trabajadores (Ruiz M, 2011, pp. 38-40).

Gran Bretaña, cuna de la Revolución Industrial, había pasado de una esperanza de vida de 37 años en 1790 a 41 años en 1810, cifra que permaneció sin movimiento hasta 1850 cuando empezó a descender en las grandes ciudades de 10 a 13 años por debajo de la media del país (Escudero A, 2019). Mientras que en las zonas rurales la esperanza de vida incrementó a 45 años, en los barrios obreros de Glasgow, Manchester o Liverpool la esperanza de vida era de 26 años (Escudero A, 2002, pp. 13-44).

Si bien la industrialización ayudó tanto al incremento de salarios de las y los trabajadores como al consumo, esto no compensó del todo las condiciones laborales en que se encontraba el personal (Escudero A, 2002). Estas carencias mostraron la necesidad de la creación de sistemas de protección para las y los trabajadores, como “el ahorro privado, el seguro privado, la responsabilidad civil, la asistencia pública y la mutualidad” (Nugent R, 1997, p. 607). Precisamente, de este último concepto surgirían los sindicatos y los gremios como una respuesta de las personas trabajadoras para protegerse y ayudarse mutuamente y, desde luego, las protestas colectivas tampoco se hicieron esperar.

Es, finalmente, en 1883, en la Alemania de Otto Von Bismarck, donde nació el primer Decreto de Seguridad Social, en lo que se denominó la Ley del Seguro de Enfermedad (Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios Colombia, s.f.). El referido canciller consideraba que contar con personas trabajadoras sanas



ayudaría a que la economía siguiera creciendo y, por otro lado, disminuirían las quejas existentes. Así surgió la primera visión de seguridad social, que consistía en integrar a la o el patrón en una responsabilidad tripartita (Organización Internacional del Trabajo, 2009, p. 2) y establecer así la Ley del Seguro Obligatorio contra Accidentes o Enfermedades, y el Seguro por Maternidad. Cuatro años después, Austria emitió leyes sobre accidentes en el trabajo y sobre seguros de enfermedad. Hungría haría lo conducente 8 años después (Ruiz M, 2011).

### **Los inicios de la seguridad social en México**

Algunas y algunos doctrinarios consideran como uno de los inicios de la seguridad social en México la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México; si bien es un referente histórico importante, ya que “por primera vez se reconoce la obligación de los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte” (Ordoñez G, 2002), existen acontecimientos anteriores donde puede vislumbrarse el germen de la seguridad social.

La población artesana ya contaba con la tradición del gremio y el apoyo conjunto, mediante las asociaciones gremiales de la Nueva España (Rajchenberg E, 1992, pp. 85-113). En la época industrial, la primera forma de agrupación que se dio fue a través de una Sociedad Mutualista, fundada en 1853 por las y los obreros del Distrito Federal, y que llevaba por nombre Sociedad de Socorros Mutuos. Este tipo de sociedades percibía cuotas de sus miembros, proporcionaba servicios de salud y otorgaba préstamos a sus agremiados. Vale decir que todos los socios ejercían el mismo oficio (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2010).

Ricardo Pozas Horcasitas, autor de diversos libros sobre el tema, señala que en 1877 se creó la Dirección de Beneficencia Pública, que tenía por objeto separar al Ayuntamiento de las actividades relacionadas con la naturaleza de estas instituciones; incluso, en 1881, esta Dirección pasó a la Secretaría de Gobernación. De la sección de Beneficencia dependía el Consejo Superior de Salubridad Pública (Pozas R, 1992, pp. 27-63).

En el México porfirista, si bien no existen estadísticas de accidentes laborales, el Dr. Enrique Rajchenberg, especialista en Economía e Historia por la UNAM, hizo un comparativo con información de cuatro grandes empresas de la época, donde las cifras indican que 1 de cada 3 personas trabajadoras sufría un accidente en promedio al año y que 4 de cada 100 accidentes eran mortales (Rajchenberg E, 1992). En esos años, se crearon diversas fundaciones que, entre otras funciones, generaban mecanismos de protección a la población trabajadora, como es el caso de la Fundación Concepción Béistegui o agrupaciones como la Sociedad Filantrópica Mexicana.

Para 1889 se aprobó una ley que daba personalidad jurídica a las asociaciones filantrópicas y en 1904 se separaron los conceptos de beneficencia y seguridad social, con la promulgación tanto de la Ley de Accidentes de Trabajo, como la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales (Pozas R, 1992).

En 1906, el estado de Nuevo León decretó su Ley sobre Accidentes de Trabajo; el Programa del Partido Liberal Mexicano incluyó un capítulo sobre Capital y Trabajo, y estalló la huelga de Cananea en la que, precisamente, se buscaban mejores condiciones salariales y jornadas laborales justas para las y los trabajadores (Cotonieto E, 2020).

Otro avance en materia de accidentes de trabajo se dio en 1910 cuando Francisco I. Madero afirmó que, en caso de ser Presidente, buscaría impulsar leyes para pensionar a personas trabajadoras mutiladas o a familiares de las y los trabajadores fallecidos por accidentes; es así como se formularon las bases de la legislación obrera nacional en la

que se contemplaban los fundamentos de la seguridad social (Cotonieto E, 2020). Pero el camino seguía siendo largo; de hecho, hasta varios años después de estas propuestas es que, finalmente, se aprobó un reglamento que establece el descanso obligatorio en domingo “en fábricas, talleres, almacenes, tiendas, comercios fijos o ambulantes, de transportes, obras públicas, construcciones y demoliciones” (Pulido D, 2016, pp. 39-51).

Los convulsos años del inicio de la Revolución fueron acelerando diversos movimientos sociales; en el caso de la clase obrera esto se ve reflejado con la fundación de la Casa del Obrero Mundial, el 12 de septiembre de 1912. Básicamente, fue un conglomerado que logró unificar a un grupo importante de mutualidades, uniones, centros y ligas de personas trabajadoras que se transformaron en auténticos sindicatos. Para 1914, esta agrupación comenzó a acercarse a los caudillos revolucionarios y en 1915 se firmó un pacto con Venustiano Carranza (STPS, 2010).

En 1915, el estado de Yucatán promulgó una Ley del Trabajo que tomó como referencia a la Ley que había creado Nueva Zelanda (Cámara de Diputados, 1997).

Dos años después, llegaría el parteaguas para el reconocimiento de los derechos sociales, laborales y de la seguridad social, la Constitución de 1917. Las ideas progresistas que dieron lugar a la Revolución Mexicana también impactaron en el papel que tenía el Estado como proveedor de la protección y de la seguridad social de la población, una función que hasta antes de este proceso histórico era mínima; ya que se asumía como una posición caritativa más que de obligatoriedad. Es importante señalar que el Congreso Constituyente de 1917 fue pionero en el mundo en cuanto al reconocimiento constitucional de los derechos a la seguridad social, la educación y la vivienda, tres pilares básicos del bienestar, en una época en que la discusión de los derechos sociales era todavía un tema incipiente en la agenda internacional (Wilkie J, 1978).

Los artículos constitucionales relacionados con la seguridad social de las y los trabajadores se muestran en el cuadro 1.

**CUADRO 1**  
**ARTÍCULOS DE LA CONSTITUCIÓN DE 1917 RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD SOCIAL**

ARTÍCULO	CONTENIDO REFERENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL
4	A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.
5	La prohibición a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como pena por la autoridad judicial.
123	El establecimiento de cajas de seguros populares (de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo y de accidentes), así como de sociedades cooperativas para la construcción de casas baratas e higiénicas. Nota: Este artículo constitucional genera el debate sobre la necesidad de crear un seguro social para las y los trabajadores.

Fuente: Elaboración propia (Lombardo V, 1986, pp. 413-417).

Es gracias a la Constitución de 1917 que, durante la Presidencia del Gral. Álvaro Obregón (1920-1924), se realizó un primer proyecto de Ley del Seguro Obrero (Pozas R, 1993, pp. 81-104) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de diciembre de 1921 (Carmona D, 1921). Su Artículo 24 da cuenta del espíritu de esta Ley, que al texto indica: “El fondo de reserva creado por el impuesto que establece esta Ley será invertido en instituciones de crédito que tiendan a facilitar el desarrollo de la riqueza pública y muy



principalmente en instituciones de crédito que den facilidades a las clases trabajadoras para obtener pequeños empréstitos con un interés moderado, así como para abrir crédito a compañías que quieran construir habitaciones en condiciones ventajosas para que con facilidad puedan ser adquiridas por los mismos trabajadores” (Carmona D, 1921).

Se instauraron también, a partir de la Constitución, el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública. No obstante, en el ámbito de la seguridad social los resultados llegaron con mayor lentitud.

Para marzo de 1922 se fundó la Escuela de Salubridad, hecho que representó una de las decisiones más importantes en materia de educación y salud, con la idea de profesionalizar a personal médico, de Enfermería y demás trabajadoras y trabajadores sanitarios (Carrillo A, García G, 2017, pp. 3-5). Cuatro años antes, el país había sufrido una pandemia de gripe y era necesario impulsar una mayor formación.

El investigador Ernesto Cotonieto Martínez señala que estos esfuerzos de reconstrucción nacional en materia sanitaria buscaban sentar las bases para el desarrollo de mejores condiciones de vida mediante la prevención de enfermedades y la promoción de la higiene (Cotonieto E, 2020), ya que resultaba necesario plantearse esquemas distintos en un escenario posrevolucionario.

Al proyecto de Ley de Obregón le siguió el de las Comisiones Unidas, de Trabajo y Previsión Social que se encuentra en el Diario de Debates del 29 de diciembre de 1922, de la Cámara de Diputados, referente a la Ley de Accidentes del Trabajo.

En esta propuesta de Ley se indica que la importancia de la misma se refiere a: “la obligación que se imponga a los patronos que giren capitales menores de 5 mil pesos, de que aseguren a sus trabajadores contra accidentes industriales en compañías aseguradoras” (Cámara de Diputados, 1922).

También incluyen en su Artículo 12, la indemnización por diversos accidentes de trabajo.

En cuanto a las pensiones, las personas servidoras públicas eran las únicas que contaban con ese derecho, y eran administradas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Wilkie J, 1978).

Fue hasta el 12 de agosto de 1925, siendo Plutarco Elías Calles el Presidente de México, cuando se expidió la primera Ley de Pensiones Civiles y se creó la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro. Si bien la Ley comenzó a contemplar pensiones por vejez, además de extenderlos a una población mayor (electricistas, petroleros y ferrocarrileros), no se consideraba todavía una visión integral respecto a las prestaciones médicas o sociales como las conocemos ahora (Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2006).

A finales de ese año se presentó también otra iniciativa de Ley, referente a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Vale la pena destacar que el Convenio sobre las Enfermedades Profesionales, organizado por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo con sede en Ginebra, Suiza, de mayo de 1925, fue uno de los factores que impulsó la presentación de esta iniciativa en el ámbito nacional.

Esta propuesta de ley mexicana buscaba la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita; sin embargo, los recursos para su mantenimiento solamente estaban a cargo de la contribución patronal, tema que causó un descontento de este sector, por lo que la propuesta no prosperó (Nugent R, 1997).

Durante el periodo presidencial de Emilio Portes Gil (1928-1930) se reiteró sobre la necesidad de contar con una Ley del Seguro Social, que quedó referida en el Artículo 123 de la Carta Magna; con esto se consiguió que las Cámaras tuvieran que impulsar diversas leyes

que contemplaran derechos laborales en un marco más amplio a los antes mencionados, como la jornada laboral, las condiciones laborales o los salarios (Cotonieto E, 2020).

El Presidente Pascual Ortiz Rubio expidió la Ley Federal del Trabajo, el 18 de agosto de 1931, que si bien permitió “el corporativismo de las primeras organizaciones obreras, ya que reglamentó el contrato colectivo” (Cámara de Diputados, 2019), no se pudieron realizar políticas públicas de mayor calado, debido a la gran depresión económica (1929-1934) que afectó a la industria mexicana directamente (Matute A, 1982). En este mismo periodo se iban realizando esfuerzos en materia de derecho laboral, sin embargo, la seguridad social no terminaba de concretarse del todo.

Horcasitas señala que es a partir del gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940) cuando las condiciones permitieron cimentar finalmente un proyecto de seguridad social. Durante su Presidencia, se creó un documento donde se incluyeron diversas demandas de índole social y económico. Estas propuestas de mejora para dichas demandas fueron integradas en un texto denominado Plan Sexenal y es en ese proyecto donde Cárdenas consideró: “El Partido Nacional Revolucionario impone a aquellos de sus miembros que se hallen en el poder la obligación de... [implantar] el seguro social obligatorio, aplicable a todos los trabajadores y que cubra también los principales riesgos no amparados por la Ley Federal del Trabajo... Se expedirá una Ley del Seguro Social en favor de los asalariados, sobre la base de cooperación entre... Estado, trabajadores y patrones, en la proporción que un estudio detenido señale” (PNR, 1934).

Durante el primer año de gobierno de Cárdenas se presentaron varias iniciativas tendientes a lograr el establecimiento del Seguro Social. La primera de ellas fue expuesta ante el titular del Ejecutivo el 1 de enero de 1935, con un proyecto de formación y organización del Seguro Social que cubriría los riesgos de trabajo.

El impulso para establecer el Seguro Social continuó y tuvieron como base los censos industriales llevados a cabo por la Secretaría de Economía Nacional y el Departamento de Trabajo y Previsión Social. El 31 de marzo de 1935, el Presidente Cárdenas encargó a Ignacio García Téllez, titular de la Secretaría de Gobernación, que estuviera al frente de los trabajos para elaborar el proyecto de ley. Una vez terminado este, se definieron los criterios sobre accidentes de trabajo conforme a estándares internacionales.

Dicho proyecto recuperaba la idea de aportaciones tripartitas por parte del Estado, las personas trabajadoras aseguradas y las y los patrones. La propuesta era que con este recurso se pudieran cubrir diversas enfermedades, así como los Seguros de Maternidad, y Vejez e Invalidez. La obligatoriedad de pertenecer al Instituto se aplicaría solo a aquellos que no percibieran ingresos suficientes para hacer frente a los riesgos; se incluyó a las y los empleados independientes y asalariados, lo mismo que a peones, aparceros y peones arrendatarios.

Dentro de esta obligación de pertenecer a los seguros sociales se incluía a los ejidatarios, con lo cual se creaba un sistema facultativo que solo sería otorgado por la voluntad mayoritaria y con la mediación de la cooperativa en cada ejido, a fin de que esta garantizara al Instituto el pago de las cuotas.

La aprobación del proyecto elaborado por García Téllez pasó por el Consejo de Ministros y la Cámara de Diputados, y se concretó finalmente hasta 1938; sin embargo, la creación del Instituto no se llevó a cabo, en parte, por las condiciones socioeconómicas que atravesaba el país, además de que la Cámara de Diputados consideró que el documento necesitaba un mayor número de estudios de Actuaría (Cotonieto E, 2020).

Si bien Cárdenas es quien habló por primera vez de un concepto de seguridad social integral y mayor a los derechos laborales de las y los trabajadores, la concreción se dio



hasta el siguiente sexenio con Manuel Ávila Camacho y, desde luego, con el enorme apoyo de Ignacio García Téllez.

El discurso de toma de posesión de la Presidencia de Ávila Camacho ilustra sobre el particular: “...todos debemos asumir desde luego el propósito —que yo desplegaré con todas mis fuerzas— de que un día próximo, las leyes de seguridad social protejan a todos los mexicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez, para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir” (Senado de la República, 1940, pp. 183-185).

Sin duda, 1941 y 1942 fueron excepcionales para la creación del Instituto, ya que esta promesa revolucionaria comienza finalmente a cristalizarse el 2 de junio de 1941, con la instauración de la Comisión Técnica para la elaboración del Proyecto de Ley de Seguros Sociales, donde se designó como Presidente de la misma al entonces Secretario del Trabajo y Previsión Social, Ignacio García Téllez (Lozada G, 2018).

Para julio del siguiente año, el Presidente respaldaría la propuesta y 5 meses después, en septiembre de 1942, García Téllez presentó el proyecto de creación ante la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y se aprobó por todas las Delegaciones. Finalmente, en diciembre, la Ley del Seguro Social fue aprobada por el Congreso (Lozada G, 2018) y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943.



- El anteproyecto de la Ley del Seguro Social fue escrito 8 años antes de la creación oficial del IMSS, con la participación del Lic. Ignacio García Téllez, el primer titular de la STPS.

Al final del recorrido, el Instituto Mexicano del Seguro Social es el resultado de un entendimiento del mundo desde la Revolución Industrial y que, en el caso de México, se logra cohesionar de manera favorable gracias a una cultura nacional que históricamente ha buscado resolver sus dificultades apoyándose los unos a los otros. Desde las sociedades mutualistas, la asistencia pública y la creación de los sindicatos hasta la Revolución Mexicana jugaron un papel relevante. De tal manera, el proceso de creación del Instituto fue complejo en el devenir histórico nacional, pero hoy se consolida como el Instituto de seguridad social más grande de América Latina.



- Bajo el mandato del Presidente Manuel Ávila Camacho (al centro), México fue punta de lanza en toda América Latina por el reconocimiento de la seguridad social y la creación del IMSS.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO TÉCNICO.  
*[Handwritten signature]*  
 LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO.

- 4 -

Adquirir el mobiliario para el Instituto y hacer los demás gastos a que se refiere la parte segunda del mismo presupuesto, dando cuenta al Consejo mensualmente.

Arrendar para la instalación del Instituto el edificio situado en la Segunda de Insules e Ignacio Mariscal, en la cantidad de cinco mil pesos mensuales.

Por último, se acordó que el horario en el servicio de las oficinas del Instituto fuese diariamente de las nueve a las trece horas y de las dieciséis a las diecinueve horas, excepto los sábados en que se trabajará de las nueve a las once horas.

Con lo que se terminó la sesión siendo las trece horas, levantándose la presente acta que se firma para constancia.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO TÉCNICO,  
 LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO.

*[Signatures]*  
 LIC. ALFONSO GARCÍA TÉLLEZ, DR. ALFONSO DE LA ROSA,  
 MIGUEL AGUILAR, LIC. AGUSTÍN BARRAL GARCÍA,  
 FRANCISCO P. SANTI, RAFAEL DOMESTICO TORRES.

ARCHIVO HISTÓRICO

- En el Archivo Histórico del IMSS obran las actas de todas las sesiones del Honorable Consejo Técnico, como las que encabezó el primer Director General, el Lic. Vicente Santos Guajardo.

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

EL C. PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, en ejercicio de la facultad que le confiere el Artículo 115 de la Ley del Seguro Social, por acuerdo girado a esta Secretaría, ha tenido a bien designar a usted DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

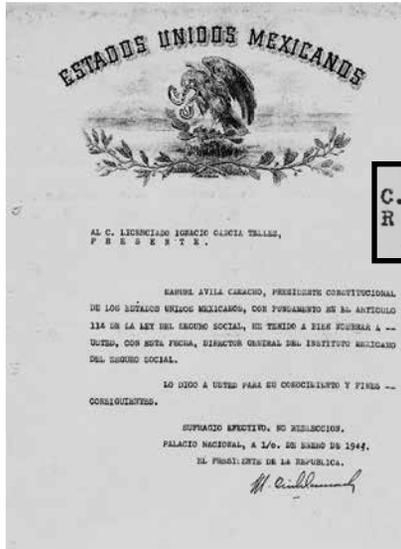
Lo que se cumple comunicarle, reiterándole mi atenta y distinguida consideración.

IMPAGADO EFECTIVO. NO RECLAMACION.  
 México, D.F., a 6 de enero de 1953.  
 EL SECRETARIO DEL TRAB. Y PREV. SOC.  
*[Handwritten signature]*  
 LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ.

Al C. Lic.  
 Vicente Santos Guajardo.

EL SECRETARIO DEL TRAB. Y PREV. SOC.  
*[Handwritten signature]*  
 LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ.

- Como primer titular de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el Lic. Ignacio García Téllez dio el visto bueno del nombramiento del Director General del IMSS, cargo que él ocuparía más tarde.



**C. LICENCIADO IGNACIO GARCIA TELLEZ,  
R E S E N T E .**

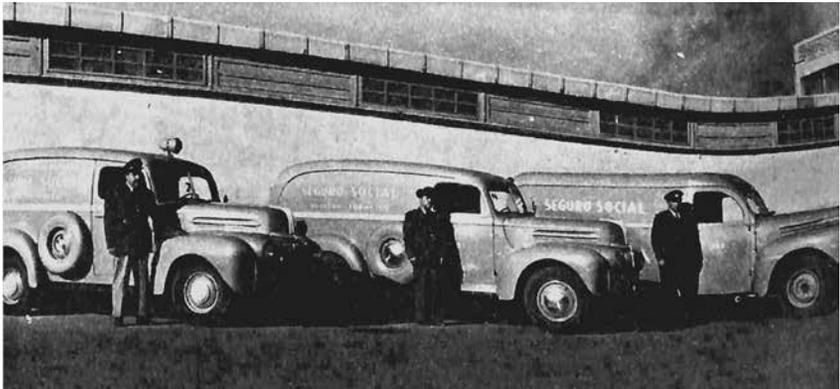
- Incluso, 80 años después, se conserva el oficio del nombramiento del Lic. Ignacio García Téllez como Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, expedido el 1 de enero de 1944.



- Durante la gestión de Antonio Díaz Lombardo como Director General fue construido el edificio principal de las oficinas centrales en Avenida Paseo de la Reforma #476, en la Ciudad de México.



- Tan importante proyecto estuvo a cargo del Arq. Carlos Obregón Santacilia; los trabajos duraron 42 meses y fue el primer edificio en ser recubierto con cristal en sus nueve pisos.



- Dentro del acervo fotográfico, hay imágenes de las primeras ambulancias que formaron parte de la cuadrilla del Instituto, así como de las primeras ambulancias aéreas.

## MITIN EN EL ZOCALO CONTRA EL SEGURO SOCIAL

México, DF., 21 de julio.—Ayer a las trece veinte horas el Frente Nacional Proletario efectuó un mitin en el Zócalo, contra la implantación del Seguro Social, que degeneró en violentos disturbios, en los que resultaron heridos once bomberos, dos militares y un civil.



El PAN y la Unión Nacional Sinarquista fueron los instigadores del sangriento escándalo ocurrido ayer en la Plaza de la Constitución, afirmó el PRM.

La policía detuvo en un principio a 117 personas, de las cuales 54 fueron consignadas a las autoridades y el resto quedó en libertad.

Al parecer, el zafarrancho se inició cuando un carro de bomberos trató de romper el cerco construido por los manifestantes con el propósito de paralizar la circulación de vehículos alrededor de la Plaza de la Constitución. Este intento motivó que los revoltosos quemaran el carro, retiraran las mangueras y las cortaran para emplear los pedazos, además de piedras, palos y ladrillos, como arma contra los bomberos.

- La creación del IMSS no fue bien recibida desde el principio ni por todos los sectores, pues hubo protestas, incluso violentas, por parte de la Unión Nacional Sinarquista, de extrema derecha.

# Boletín de Información

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Tomo I ★ México, D. F., 18 de Noviembre de 1947 ★ Núm. 13

**EDITORIAL**

### La Unesco y la Paz

El Segundo Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura se inauguró el día 4 de este mes en el Palacio de las Bellas Artes de nuestra Capital. En ella el Sr. Pío Barón de Sotomayor, conde de Sotomayor y presidente de la U.N.E.S.C.O., con el honor de haber sido nombrado, en el momento de su apertura, el primer presidente de la U.N.E.S.C.O., con el honor de haber sido nombrado, en el momento de su apertura, el primer presidente de la U.N.E.S.C.O., con el honor de haber sido nombrado, en el momento de su apertura, el primer presidente de la U.N.E.S.C.O.

BOLETÍN DE INFORMACIÓN  
CON EL SEGURO SOCIAL

ARCHIVO HISTÓRICO

- El archivo histórico del IMSS también preserva documentos internos como los primeros boletines para difundir las tareas institucionales a la prensa y al público en general.

- Funcionarios de primer nivel presentaron la Ley Mexicana del Seguro Social en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Santiago de Chile en septiembre de 1942.

**HABLA MINISTRO DEL TRABAJO DE MEXICO: CHILE Y MI PATRIA HAN TENIDO UN DESARROLLO PARALELO. LAS CLASES POPULARES SON LA BASE DEL FUTURO DE LOS PAISES AMERICANOS: DEBE PROTEGERSE LAS**

**R**ESPRESIDENTANTE de México a la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Santiago de Chile, el señor Manuel Ávila Camacho, dijo hoy ante el grupo de señores de la prensa:

**AFINIDAD CHILENO-MEXICANA**

—Para mí ha sido de gran interés poder conocer Chile, país que tiene gran similitud con mi patria, desde el punto de vista geográfico, económico y social.

—Ambos países se desarrollan en un momento semejante: gran libertad, lo que se ve en el carácter de mariposas, desarrollo, cordialidad y algunas similitudes, que hacen de base de la similitud que existe la colonia, época en que los dos países se vieron sometidos a las disposiciones de la OEA de Contratación. Luchamos juntamente para conseguir la emancipación, hasta lograrla. Pero de nuevo hablo de desarrollar porque el imperialismo, representado por capitales extranjeros, impide una vez terminada la dominación española. A todo esto hay que agregar la evolución social de estos pueblos. Presentan características semejantes, que hacen que existamos muy cerca, a pesar de los miles de kilómetros que nos separan.

**MEXICO ANTE EL IMPERIALISMO**

—Las luchas antoimperialistas en que estamos empeñado México, lo están abandonando a causa de los círculos burgueses mexicanos?

—México tiene una política embalsamada nacionalista, que nunca será abandonada. Nuestra conquista frente a los intereses extranjeros han sido desafortunados. Esto nos ha hecho sentir el deber de trabajar estrechamente con los países democráticos especialmente con Estados Unidos, que tiene un gobierno sincero y de franca solidaridad, y que siempre vive al servicio de las clases.

El Ministro mexicano del Trabajo, que ha estado en Chile durante su estancia en el Congreso de Previsión Social, que se hace dentro de estos días.

El futuro de los países de América depende de sus instituciones y de su capacidad de hacer depender en gran parte su futuro de los propios recursos de sus hospitales y colonias obreras, de sus escuelas, de sus servicios de previsión social, de sus sindicatos y organizaciones, que hacen posible que sus habitantes alcancen a todos los que los necesitan.

El futuro de los países de América depende de sus instituciones y de su capacidad de hacer depender en gran parte su futuro de los propios recursos de sus hospitales y colonias obreras, de sus escuelas, de sus servicios de previsión social, de sus sindicatos y organizaciones, que hacen posible que sus habitantes alcancen a todos los que los necesitan.

El futuro de los países de América depende de sus instituciones y de su capacidad de hacer depender en gran parte su futuro de los propios recursos de sus hospitales y colonias obreras, de sus escuelas, de sus servicios de previsión social, de sus sindicatos y organizaciones, que hacen posible que sus habitantes alcancen a todos los que los necesitan.

**HABLA MINISTRO DEL TRABAJO DE MEXICO: CHILE Y MI PATRIA HAN TENIDO UN DESARROLLO PARALELO. LAS CLASES POPULARES SON LA BASE DEL FUTURO DE LOS PAISES AMERICANOS: DEBE PROTEGERSE LAS**

**R**ESPRESIDENTANTE de México a la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Santiago de Chile, el señor Manuel Ávila Camacho, dijo hoy ante el grupo de señores de la prensa:

**AFINIDAD CHILENO-MEXICANA**

—Para mí ha sido de gran interés poder conocer Chile, país que tiene gran similitud con mi patria, desde el punto de vista geográfico, económico y social.

—Ambos países se desarrollan en un momento semejante: gran libertad, lo que se ve en el carácter de mariposas, desarrollo, cordialidad y algunas similitudes, que hacen de base de la similitud que existe la colonia, época en que los dos países se vieron sometidos a las disposiciones de la OEA de Contratación. Luchamos juntamente para conseguir la emancipación, hasta lograrla. Pero de nuevo hablo de desarrollar porque el imperialismo, representado por capitales extranjeros, impide una vez terminada la dominación española. A todo esto hay que agregar la evolución social de estos pueblos. Presentan características semejantes, que hacen que existamos muy cerca, a pesar de los miles de kilómetros que nos separan.

**MEXICO ANTE EL IMPERIALISMO**

—Las luchas antoimperialistas en que estamos empeñado México, lo están abandonando a causa de los círculos burgueses mexicanos?

—México tiene una política embalsamada nacionalista, que nunca será abandonada. Nuestra conquista frente a los intereses extranjeros han sido desafortunados. Esto nos ha hecho sentir el deber de trabajar estrechamente con los países democráticos especialmente con Estados Unidos, que tiene un gobierno sincero y de franca solidaridad, y que siempre vive al servicio de las clases.

El futuro de los países de América depende de sus instituciones y de su capacidad de hacer depender en gran parte su futuro de los propios recursos de sus hospitales y colonias obreras, de sus escuelas, de sus servicios de previsión social, de sus sindicatos y organizaciones, que hacen posible que sus habitantes alcancen a todos los que los necesitan.

- Con las afiliaciones de 15 mil patronos y 300 mil personas trabajadoras, Manuel Ávila Camacho cumplió con el ofrecimiento de crear el IMSS, que hizo al prestar como Presidente.

**ES UN HECHO EL SEGURO SOCIAL EN MEXICO**

**PRIMEROS PASOS EN EL ASUNTO. COMO FUNCIONA EL INSTITUTO**

Por MANUEL MOGUEL TRACÓNIS

**D**EKDE el día 12 del presente mes comenzó a funcionar el Instituto Mexicano del Seguro Social con la inscripción de los patronos y obreros que forman la masa industrial en el Distrito Federal. En conjunto, 15,000 patronos y 300,000 trabajadores. Con esto se han puesto los fundamentos para la creación del Seguro Social a partir del 1º de enero del año próximo.

Cuando tal legislación se emitió, a mediados del año pasado, algunos patronos la objetaron y una sesión muy ruidosa. A la larga, los opositores se convencieron de las ventajas que tanto para los trabajadores como para los patronos trae consigo la mencionada ley, y se sometieron a ella.

Al priorizar la inscripción de los obreros en el Instituto la semana pasada, se ha notado bastante interés y franca aceptación de la Ley por parte de los patronos, y esto viene a corroborar la cordialidad y mutuo entendimiento establecido para aplicar el seguro en nuestro país, adaptándolo a las necesidades propias de nuestra población industrial.

En países de gran adelanto en todos los órdenes, como Inglaterra, Francia, Alemania, Estados Unidos, Chile, etc., el Seguro Social ha sido una solución que funciona y ha resuelto muchas de las problemáticas que han surgido entre patronos y trabajadores. De todas esas legislaciones se tomó la experiencia que han tenido en sus muchos años de aplicación y con ella se formó la ley mexicana que a la poster se resultó la primera de su género, tanto por la amplitud de su cobertura, como por la fidelidad de sus prestaciones, correspondientes a la realidad de México.

No cabe duda que el seguro vendrá a constituir un regulador de las relaciones obrero-patronales, evitando muchos casos de conflicto, de gendarmes a los brazos más débiles, siendo prove-

**EL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, general de división Manuel Ávila Camacho en el momento de hacer la declaración de inauguración de la Primera Conferencia de Seguridad Industrial, convocada por las legislaciones leyes Ego Gómez, Experto del Distrito, y Francisco Trullén Gómez, Secretario del Trabajo.**

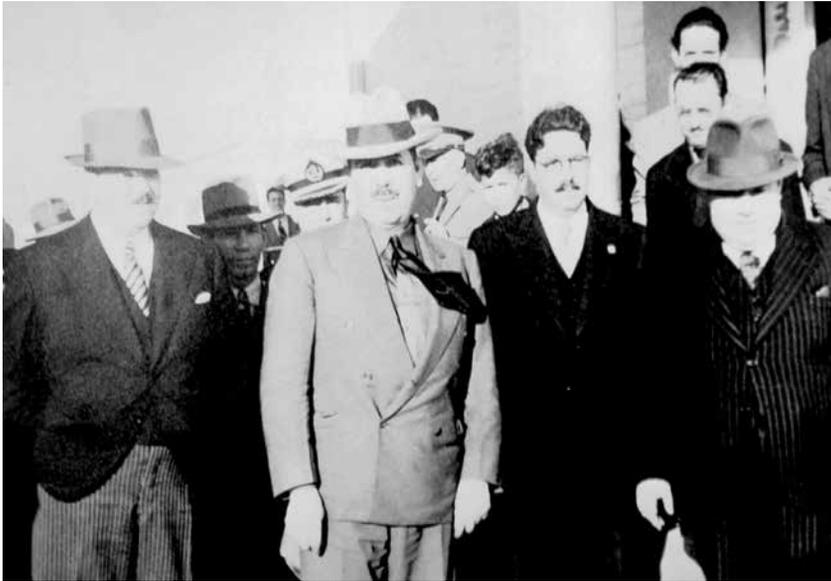
**EL SEÑOR VICENTE SANTOS GILABRÓN, Director General del Instituto del Seguro Social, ante a patronos y trabajadores, para el inicio general de nuestro programa de seguridad.**

**EL SEÑOR VICENTE SANTOS GILABRÓN, Director General del Instituto del Seguro Social, ante a patronos y trabajadores, para el inicio general de nuestro programa de seguridad.**

**EL SEÑOR VICENTE SANTOS GILABRÓN, Director General del Instituto del Seguro Social, ante a patronos y trabajadores, para el inicio general de nuestro programa de seguridad.**

**1.2. EL NACIMIENTO DEL IMSS (1938-1950)**  
 Clicerio Coello Garcés y Alfonso Diez García

El 1 de diciembre de 1940, Manuel Ávila Camacho, al rendir protesta como Presidente de la República ante el Congreso de la Unión, expresó su intención de crear el Seguro Social con estas palabras: "Todos debemos asumir, desde luego, el propósito que yo desplegaré con todas mis fuerzas de que un día próximo las leyes de seguridad social protejan a todos los mexicanos en las horas de la adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez, para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir".



- El Lic. Ignacio García Téllez (segundo de derecha a izquierda) siempre acompañó la idea de brindar seguridad social a la población mexicana, como propuso el General Lázaro Cárdenas al Congreso.

El antecedente inmediato de su creación se había dado en diciembre de 1938, cuando el Presidente Lázaro Cárdenas envió a la Cámara de Diputados la iniciativa para crear el Instituto del Seguro Social, que cubriría los seguros de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez, y desocupación involuntaria de las y los trabajadores. Era un proyecto en el que ya se planteaba la aportación tripartita. El principal autor de esta iniciativa fue Ignacio García Téllez (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2017b, p. 16).

### **Se creó oficialmente el IMSS**

El 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social y con ello nació oficialmente, en consecuencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se instauró como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, con estructura tripartita, sostenido por el Estado, las y los trabajadores y patrones. El primer Director de la institución fue Vicente Santos Guajardo, quien permaneció en el cargo 1 año. En 1944, el Presidente Ávila Camacho nombró al que era su Secretario del Trabajo, Ignacio García Téllez, como nuevo Director del IMSS, quien había elaborado los proyectos para la creación de la institución (IMSS, 2017b, p. 17).

En esos días, García Téllez afirmaba que había en el país 823,760 nacimientos cada año y 426,760 defunciones. De los 20 millones de personas que habitaban en México, se consideraba que 7 millones tenían alguna enfermedad; las principales eran la tuberculosis, la sífilis, el paludismo y la gastroenteritis. Ante la necesidad de otorgar servicios a la brevedad, el IMSS comenzó subrogando a través de empresas y sindicatos a clínicas, hospitales, y/o consultorios particulares para prestar atención médica. Eran 40 clínicas y 110 consultorios particulares, con capacidad para atender a más de 200 mil personas trabajadoras.

La primera aportación del Gobierno Federal para el Instituto fue de 100 mil pesos. El Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS comenzó a operar el 6 de abril de 1943 y el primer Secretario fue el Prof. Ismael Rodríguez Aragón.

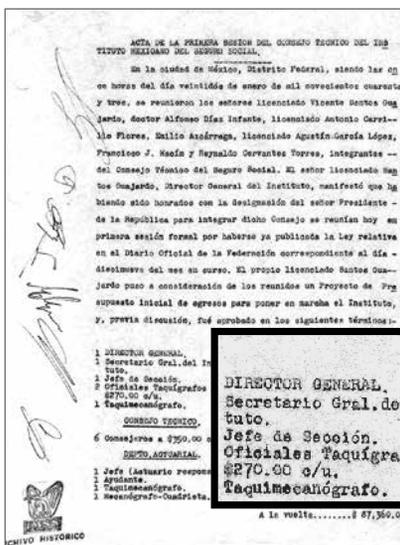


## La primera oficina

La primera oficina de la institución estaba ubicada en el centro de la Ciudad de México, en avenida 16 de Septiembre #10, a unos metros de la avenida Lázaro Cárdenas (Eje Central), que en aquella época se llamaba San Juan de Letrán. La siguiente sede de las oficinas centrales de la institución quedó localizada en la esquina de las calles Rosales e Ignacio Mariscal, en la colonia Tabacalera, el 5 de enero de 1944. En esta se contaba ya con consultorios y farmacia (IMSS, 2017b, p. 27).



- Las primeras oficinas centrales del IMSS estuvieron ubicadas en un edificio de la Avenida 16 de Septiembre #10, casi esquina con el Eje Central San Juan de Letrán, en el Centro Histórico de Ciudad de México.



- En la primera sesión del H. Consejo Técnico del IMSS fueron establecidos los sueldos mensuales y anuales de la naciente estructura administrativa, como quedó asentado en el acta correspondiente.

	SUELDO MENSUAL.	SUELDO ANUAL.	TOTAL.
DIRECTOR GENERAL.	\$ 2,000.00	\$ 24,000.00	\$
Secretario Gral. del Instituto.	900.00	10,800.00	
Jefe de Sección.	600.00	7,200.00	
Oficiales Taquígrafos a \$270.00 c/u.	540.00	6,480.00	
Taquígrafo.	180.00	2,160.00	\$ 50,640.00

A la vuelta.....\$ 87,360.00

## Los primeros afiliados

Al comenzar junio de 1943 se dieron a conocer los primeros citatorios para que se registraran de manera obligatoria las y los patrones y personas trabajadoras del entonces Distrito Federal, hoy Ciudad de México. Poco más de un mes después, el 24 de julio de 1943, ya se habían registrado 7 mil de los 15 mil empleados que existían en la capital.

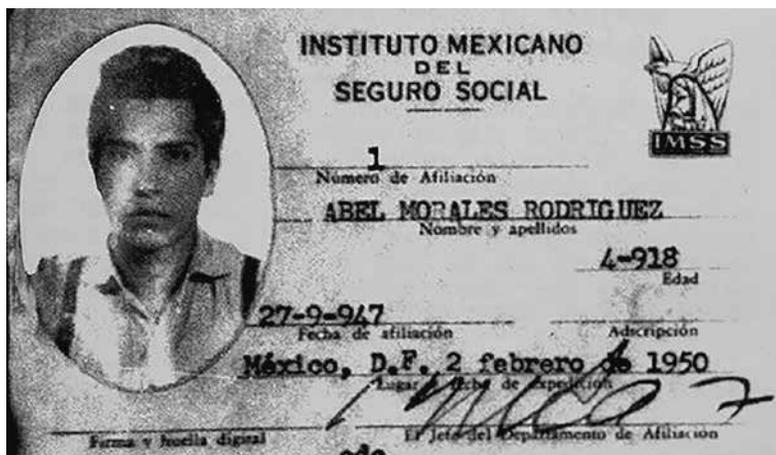
El primer afiliado, el derechohabiente con la credencial No. 1, fue Abel Morales Rodríguez; la primera patrona fue Concepción Fuentes Martínez; en tanto que el primer médico fue Gaudencio Garza González, y Julieta Rico Sierra, la primera enfermera.



- Julieta Rico Sierra es reconocida y recordada como la primera enfermera que tuvo el Instituto Mexicano del Seguro Social, como consta en los archivos de la Oficina de Personal.

Abel nació por los rumbos de Santa Julia un 22 de abril y, según la cédula de inscripción 00001 que le otorgó el IMSS, es el primer afiliado del Instituto Mexicano del Seguro Social. Trabajaba entonces en un salón de billar de la colonia Morelos y ganaba 3 pesos diarios como “rayador” o encargado.

Un día su patrona, Concepción Fuentes, escuchó la convocatoria del Gobierno Federal: —Al inscribir usted a su trabajador al IMSS, el Seguro Social se encargará de protegerlo durante sus enfermedades o accidentes, de darle servicios médicos y medicinas, de atender a su esposa y a sus hijos.



- El ciudadano Abel Morales Rodríguez, quien se desempeñaba como encargado de un billar ubicado en la colonia Morelos, de Ciudad de México, obtuvo la credencial número 1 como la primera persona trabajadora afiliada.



- La primera instalación médica del IMSS fue el Sanatorio No. 1, localizado en la esquina de Avenida México y calle Michoacán, en la colonia Hipódromo Condesa, en la Ciudad de México.



- Conforme se difundieron los beneficios para las personas trabajadoras y empleadoras, así como el incremento de las instalaciones médicas, los trámites de afiliación fueron aumentando poco a poco.

Doña Concepción, convencida de los beneficios que tendrían ella y su empleado, decidió registrarlo el 12 de julio de 1943.

Entonces, el trabajador se presentó en las improvisadas oficinas del Seguro Social, ubicadas en las calles Rosales y Mariscal, de la colonia Tabacalera. Ahí, ante un pequeño escritorio, dio su nombre y apellidos, domicilio, estado civil, puesto y salario; luego estampó su rúbrica y al final recibió la cédula del IMSS.

De repente, al ver a su alrededor, cuando terminó de hacer el trámite, se sorprendió. Estaba rodeado por decenas de personas, entre ellas el Director General, Vicente Santos Guajardo, quien enseguida le dijo:

—Por favor... lo invito a mi oficina. En esa plática, el director del IMSS le contó más detalladamente las cosas que días antes le había dicho su patrona.

A las cédulas de Concepción y Abel siguieron muchas más, ya que al vencimiento de esa primera convocatoria se habían registrado en esas oficinas de Rosales y Mariscal, más de 23 mil cédulas de las y los patrones que amparaban a 224 mil personas trabajadoras (IMSS, 2017b, pp. 28-30).

### **El primer año**

El Ing. Miguel García Cruz contó lo que sucedió el primer año de vida del IMSS:

En efecto, durante el primer año, el Instituto se dedicó a la organización administrativa y técnica, y a la inscripción de patrones y trabajadores del Distrito Federal, sin embargo, no avanzaba; por un lado, los sectores de la producción no querían cotizar porque no estaban habituados, e incluso solicitaban el amparo y la protección de la Suprema Corte de Justicia de la Nación para no pagar, y por otra parte estaban los trabajadores que no alcanzaban a comprender el alcance de las prestaciones que obtendrían con el estatuto que se ponía a su disposición.

Al cabo de 1 año, el Instituto padecía una pavorosa anemia económica, una crisis del desarrollo, esto a pesar del equipo humano especializado en seguridad social.





Los gastos que implicó la organización del IMSS en 1943 alcanzaban el millón de pesos que había proporcionado la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a cuenta de cuotas estatales adelantadas. En esos mismos días, los empleados del IMSS se agremiaron para dar forma al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

El Lic. Vicente Santos Guajardo no cejaba en pedir apoyo de ambos sectores para desarrollar el seguro de pensiones, y anunciaba que la fecha de aplicación sería dada a conocer próximamente por disposición presidencial. También argumentaba que el Ejecutivo Federal determinaría cuándo comenzarían a operar los seguros de riesgos profesionales, de enfermedades generales y maternidad.

Muy convenientemente, el sector patronal quiso comprender que la declaración implicaba el aplazamiento de la aplicación de la Ley, pero al enterarse de que no había tregua en la aplicación de la norma, reaccionaron de manera insidiosa.

La gravedad de la situación llevó al Presidente Ávila Camacho a tomar la mejor decisión y llamó al Lic. Ignacio García Téllez para comunicarle que en tales circunstancias era crucial que se hiciera cargo de la



- Después de 80 años, en el IMSS trabajan casi 500 mil personas, pero en sus inicios, el Instituto apenas contaba con una cuartilla en toda su nómina, desde el Director General hasta el mozo.

dirección de la institución y, por lo tanto, lo nombraba Director General de la misma (IMSS, 2017b, pp. 27-28).

### ¿Quién era Ignacio García Téllez?

El Presidente Ávila Camacho nombró como segundo Director General del IMSS a Ignacio García Téllez, con el afán de lograr el crecimiento de la institución y la conciliación entre personas trabajadoras y patronas, que no estaban conformes con algunos de los lineamientos trazados.

A García Téllez, en el libro *Los Rostros del IMSS*, se le describe como: “Hombre inteligente, culto y de carácter, pero sobre todo místico de la justicia social. Su formación humanista siempre lo llevó a anteponer los intereses y el bienestar de los desposeídos, desde las distintas trincheras políticas que ocupó en su extraordinaria trayectoria. Antes de los 40 años, el creador del Instituto Mexicano del Seguro Social ya había sido diputado federal, Gobernador interino de Guanajuato, rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, Secretario de Educación, Presidente del Partido Nacional Revolucionario (PNR), secretario particular del Jefe del Ejecutivo y Secretario de Gobernación” (IMSS, 2017b, p. 15).

El cuadro 2 muestra la lista de los servidores públicos que han tenido la responsabilidad de asumir la Dirección General del IMSS en los primeros 80 años de esta historia.



**CUADRO 2**  
**DIRECTORES GENERALES DEL IMSS, 1943-2023**

DIRECTOR GENERAL	PERIODO	DIRECTOR GENERAL	PERIODO
Vicente Santos Guajardo	1943-1944	Genaro Borrego Estrada	1993-2000
Ignacio García Téllez	1944-1946	Mario Luis Fuentes Alcalá	2000
Antonio Díaz Lombardo	1946-1952	Santiago Levy Algazi	2000-2005
Antonio Ortiz Mena	1952-1958	Fernando Flores y Pérez	2005-2006
Benito Coquet Lagunes	1958-1964	Juan Francisco Molinar Horcasitas	2006-2009
Sealtiel Alatríste Ábrego	1964-1966	Daniel Karam Toumeh	2009-2012
Ignacio Morones Prieto	1966-1970	José Antonio González Anaya	2012-2016
Carlos Gálvez Betancourt	1970-1975	Mikel Andoni Arriola Peñalosa	2016-2017
Jesús Reyes Heróles	1975-1976	Tuffic Miguel Ortega	2017-2018
Arsenio Farell Cubillas	1976-1982	Germán Martínez Cázares	2018-2019
Ricardo García Sainz	1982-1991	Zoé Alejandro Robledo Aburto	2019-a la fecha
Emilio Gamboa Patrón	1991-1993		

Fuente: IMSS.



- Tras 6 años de operación, el IMSS difundía que ya contaba con 414,938 personas afiliadas en cinco zonas: Ciudad de México, Monterrey, Guadalajara, Orizaba y Puebla-Tlaxcala.

### El proyecto del primer hospital de zona: La Raza

Los hospitales que utilizaba entonces la institución eran subrogados, y por tal circunstancia carecían de equipo, instrumental, personal especializado e instalaciones adecuadas, así que el Instituto tomó la determinación de construir cuatro hospitales en los cuatro cuadrantes de la ciudad, en la periferia, en virtud de que era donde se localizaba la industria. Por tanto, el plan era construir estos hospitales cerca de los centros de trabajo, para hacerlos accesibles a las personas trabajadoras.

Se pensó, en consecuencia, en construir un primer hospital de zona en el que se pudiera dar atención con todas las especialidades. Este quedaría ubicado frente al

monumento a La Raza y sería el primer hospital de zona. Por este motivo se convocó a un concurso a los arquitectos de la nación.

Para tal efecto, se expropiaron diversos predios en la delegación Azcapotzalco que se localizaban en la esquina de calzada Vallejo y Paseo de las Jacarandas. Estos pertenecían a Guillermo Flores Muñoz y a su esposa, Guadalupe Ochoa. Lo mismo se hizo con dos terrenos que pertenecían a Luis Carrara y a Salvador Lutteroth, a los que se les indemnizó con 6 pesos por metro cuadrado.

Se presentaron al concurso 130 proyectos y el ganador fue el del Arq. Enrique Yáñez, quien lo desarrolló en colaboración con los arquitectos Alberto T. Arai y Raúl Cacho.

El 21 de mayo de 1945, el Arq. Hanns Meyer y el Dr. Nefalí Rodríguez presentaron, por su parte, el plano médico-arquitectónico del Hospital "La Raza", en el que se detallaban las diversas áreas en que quedaría distribuido, pero no fue sino hasta el 13 de octubre de 1952 cuando se hizo la preinauguración del mismo, y hasta el 10 de febrero de 1954 se realizó la inauguración oficial, durante el mandato presidencial de Adolfo Ruiz Cortines (IMSS, 2017b, p. 42).



- El organigrama del IMSS también evolucionó en 8 décadas hasta contar con nueve Direcciones Normativas, pues inicialmente tenía cuatro subdirecciones y 15 departamentos.



- El Centro Médico Nacional "La Raza" surgió del proyecto de contar con el primer hospital de zona, al que se presentaron 130 propuestas, entre las que ganó la de los arquitectos Alberto T. Arai y Raúl Cacho.

### Primeros hospitales, subrogados

Para mediados de la década de 1940, el IMSS contaba con diversas clínicas, sanatorios y hospitales localizados en diferentes domicilios de la Ciudad de México:

El Sanatorio No. 1, ubicado en la esquina de las avenidas México y Michoacán, en la colonia Hipódromo Condesa.

Clínica en la calle Inglaterra, en Coyoacán.

Clínica en las calles Campeche y Monterrey, colonia Roma.

El Hospital No. 1, ubicado en lo que fuera el Hotel Ambassador, en la colonia Hipódromo.

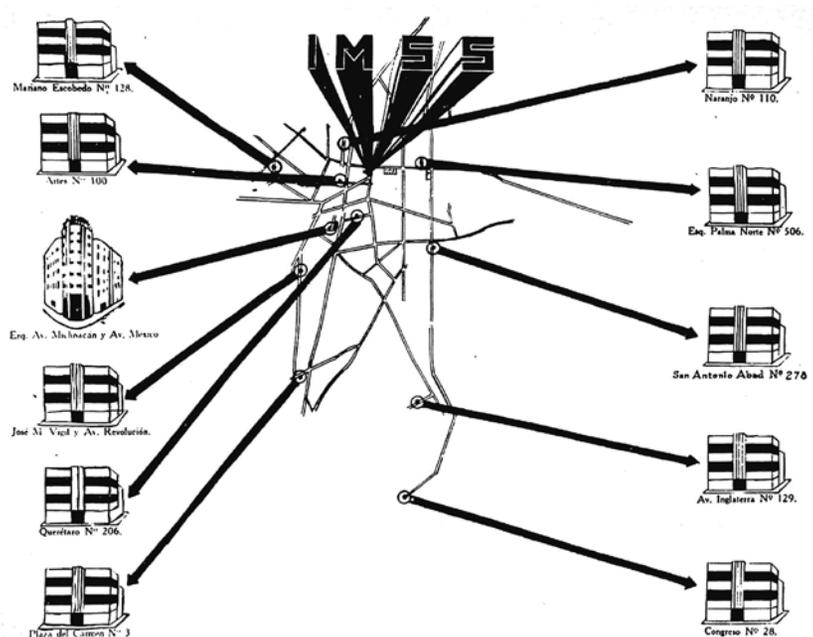
El Hospital No. 2, Unidad de Cardiología, ubicado en lo que fuera el Hospital Infantil del Dr. Alfonso Ortiz Tirado, en la calle Niños Héroes, colonia Doctores.

El Hospital No. 3, Unidad de Neumología, en el Soriano, en la colonia Narvarte.

El Hospital No. 4, especializado en Traumatología, que ocupó las instalaciones de lo que había sido el Hospital Italiano, en Calzada de Tlalpan, que se transformaría posteriormente en la Clínica No. 10.

El Hospital No. 5, de Ferrocarrileros, en la calle Colima (IMSS, 2017b, p. 41).

- Infografía del mapeo de las instalaciones médicas con las que contaba el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México hasta la mitad de la década de 1940.



### Primeras unidades médicas propias

En 1945 se comenzó a construir la Clínica de Maternidad No. 1, hoy Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, en Gabriel Mancera #222, colonia Del Valle. Ahí se realizó el primer mural que encargó el IMSS a Pablo O´Higgins y a Leopoldo Méndez, en 1946.

Este último año fue el que marcó el punto de partida de la construcción del Hospital de Zona de Narvarte, en el entonces Distrito Federal; el de León, Guanajuato, y el de Puebla, Puebla. Se construyeron entonces 18 sanatorios, 24 clínicas, 150 consultorios, 27 laboratorios y 9 farmacias.

### **El edificio central y el mural de González Camarena**

Al llegar Miguel Alemán a la Presidencia de la República, en diciembre de 1946, nombró como Director General del IMSS a Antonio Díaz Lombardo, quien se desempeñó en el cargo todo el sexenio, hasta 1952. Durante su gestión se construyó el edificio central de la institución, en Av. Paseo de la Reforma #476, en la Ciudad de México. Se lanzó la convocatoria en 1946 y su construcción duró 42 meses, a cargo del Arq. Carlos Obregón Santacilia. Por primera vez se utilizó el cristal para revestir por completo un edificio que terminó siendo de nueve pisos, con un vestíbulo de doble altura y un sótano que se habilitó como estacionamiento. Tenía guardería y enfermería para los hijos del personal, además de comedor y aulas. A un lado, quedó el auditorio. Jorge González Camarena se encargó de desarrollar los grupos escultóricos que representan a la familia a los lados de la entrada principal, y en el vestíbulo pintó un gran mural de un águila devorando una serpiente, a cuyos lados yacen un guerrero águila y un hispano. El edificio se inauguró el 13 de septiembre de 1950 y es considerado como uno de los edificios emblemáticos de la arquitectura mexicana del siglo XX (IMSS, 2017b, p. 43).



- El edificio central del IMSS fue construido en un predio de la avenida Paseo de la Reforma, a unos pasos del Bosque de Chapultepec, bajo la supervisión del Arquitecto Carlos Obregón Santacilia.

### **Personal del IMSS en la actualidad**

En esta institución laboran 492,632 personas servidoras públicas, adscritas en 8,312 unidades entre hospitales, Unidades de Medicina Familiar, guarderías, oficinas administrativas, subdelegaciones o unidades deportivas.

De este tamaño es actualmente el IMSS: lo integran casi medio millón de trabajadoras y trabajadores que todos los días entregan su vocación y empeño en beneficio de las personas y del fortalecimiento de la seguridad social en México.







- Desde el 13 de septiembre de 1950, la sede del IMSS recibe a sus visitantes con un mural de Jorge González Camarena que alude a la construcción del Escudo Nacional y al propio Instituto.



- El escultor Federico Cantú se encargó de crear en piedra varias versiones de la madonna y del logotipo del Seguro Social, para decorar diversas plazas y fachadas de las nuevas instalaciones.

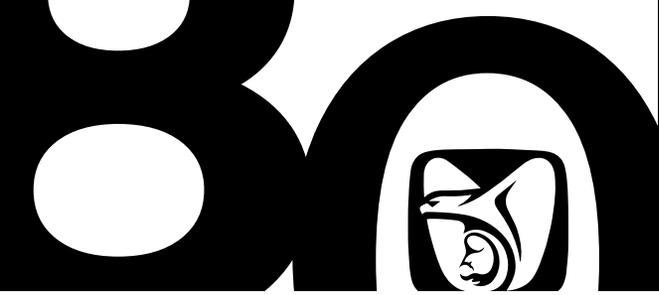
### El emblema del IMSS

Federico Cantú (1907-1989), escultor, muralista y escritor, es el autor del emblema que representa al IMSS y lo explicó como “una madre con el niño en los brazos, representando al pueblo de México”, a quienes protege el águila, símbolo de la patria, en virtud de que estos “son lo más sagrado de su esencia”. De acuerdo con Cantú, este conjunto es el símbolo de la seguridad social, “pues nadie dará mayor cuidado y protección que una madre a su hijo” (Lozada, 2018, p. 73).



# CAPÍTULO II

Los pilares del IMSS



## II.1. EL CONSEJO TÉCNICO

Marcos Bucio Mújica, Gina Rossana Ruelas Chiquini y Miguel Ángel Casarrubias González

El Consejo Técnico es el Órgano de Gobierno de integración tripartita, representante legal y administrador del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el tripartismo como la interacción del Gobierno, empleadores y trabajadores (a través de sus representantes) como asociados iguales e independientes para buscar soluciones a asuntos de interés común. En este sentido, el Instituto fomenta la cooperación y entendimiento de estos tres sectores para entablar un diálogo social e intercambiar ideas que contribuyan al bienestar de la población mexicana. Esto ha permitido que el IMSS se consolide como la institución más importante de seguridad social en América Latina.

El Consejo Técnico está integrado por un total de 12 consejeros, cuatro por cada sector, quienes cuentan con voz y voto para considerar las decisiones más trascendentales para el Instituto. Con ello, se busca garantizar el derecho humano a la protección de la salud de mexicanas y mexicanos, y sus familias, como lo marca el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Este Órgano Superior es presidido por el Director General del IMSS; quien, a su vez, junto con los titulares de las Secretarías de Salud, del Trabajo y Previsión Social, y Hacienda y Crédito Público, integra el sector gubernamental. El Secretario General del Instituto funge como secretario del Órgano de Gobierno, auxiliando al Presidente en la revisión de los asuntos que se someten a la consideración del Consejo, además planea, dirige y coordina las acciones para contar con los elementos de juicio necesarios, relacionados con los mismos.

El origen del Consejo Técnico se remonta a 1941, cuando se estableció la Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social, compuesta por representantes del sector gubernamental, obrero y patronal. El Ing. Miguel García Cruz, quien fue el primer Secretario General del Instituto, trabajó más de 1 año para lograr la redacción del proyecto de ley.

La Ley del Seguro Social (LSS) se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943 y estipulaba en su Artículo 112 que, dentro de los órganos del Instituto, se encontraría el Consejo Técnico:

El Consejo Técnico será el representante legal y el administrador del Instituto, y estará integrado por seis miembros más el Director General, que será su Presidente.

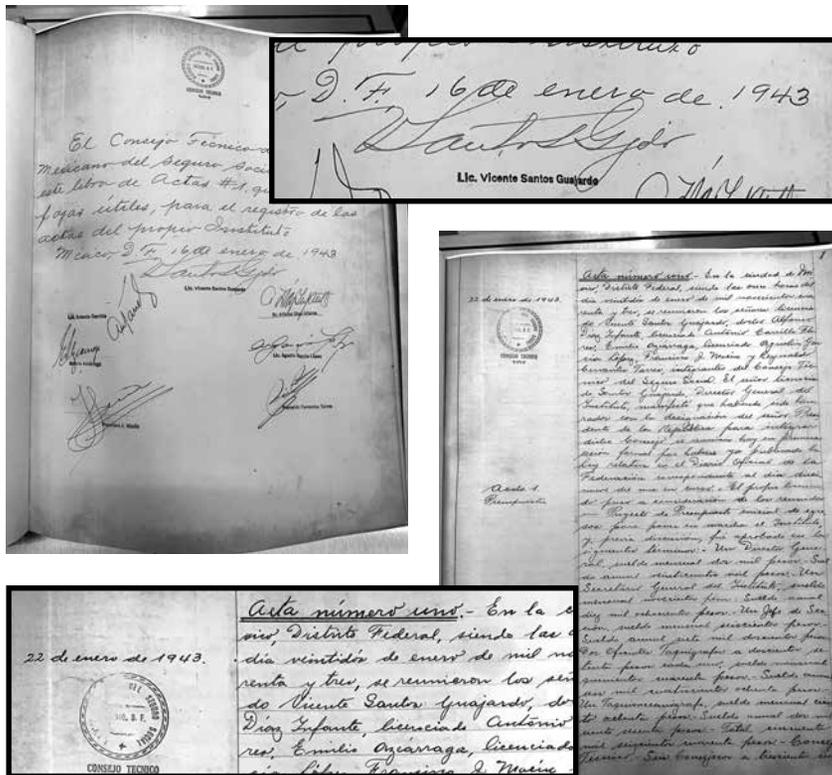


Los seis miembros de este Consejo serán designados por la Asamblea General, para cuyo efecto cada uno de los tres grupos que la constituyen propondrá dos miembros propietarios y dos suplentes, los que durarán en su cargo 6 años, que renovarán por mitad y no podrán ser reelectos.

La estructura del Consejo Técnico sufrió modificaciones a lo largo de los años; por ejemplo, en 1945 el Artículo 112 de la LSS se reformó para integrar nueve miembros, tres de cada sector; después, en 1949, estos ya podían ser reelectos con la finalidad de darle continuidad a su experticia sobre problemas y prácticas del Instituto. Posteriormente, en 1956 se sumaron tres miembros más, y quedó conformado por 12 representantes, como es actualmente.

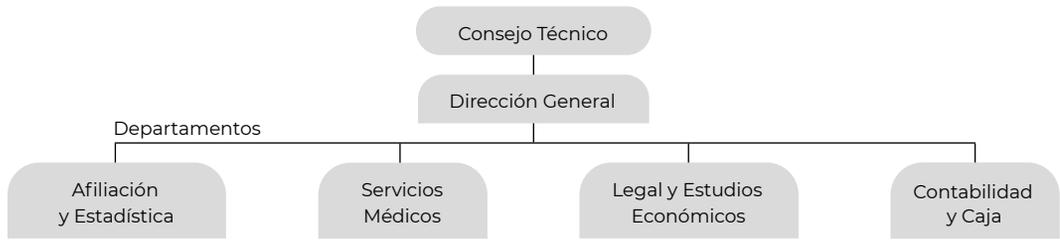
El Consejo tuvo su primera sesión formal el 22 de enero de 1943, ese día también se firmó el Acta I, que menciona, entre otras cosas, el proyecto de presupuesto inicial de egresos para poner en marcha el Instituto en las oficinas del IMSS en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

- El 16 de enero de 1943 se inauguró el Libro de Actas #1 para registro de las mismas que sean elaboradas durante las sesiones del H. Consejo Técnico del IMSS.
- La primera Acta del H. Consejo Técnico fue elaborada el 22 de enero de 1943, apenas 3 días después de la creación oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Ese mismo año, el Consejo Técnico tenía atribuciones de Asamblea General y Comisión de Vigilancia, sin embargo, a partir de 1944 se estableció de manera formal la Comisión de Vigilancia y se instruyeron las bases para la integración de la Asamblea General, las cuales se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1945. A partir de ese momento, existieron cuatro Órganos Superiores en el IMSS: la Asamblea General, la Comisión de Vigilancia, el Consejo Técnico y la Dirección General (gráficas 1 y 2).

**GRÁFICA 1**  
**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL**  
**LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO. DIRECTOR GENERAL. 1943**



**GRÁFICA 2**  
**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL**  
**LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ. DIRECTOR GENERAL. 1945**



El primer Consejo Técnico fue integrado por el empresario Emilio Azcárraga Vidaurreta y el ex Presidente de la Confederación de Cámaras Industriales (Concamin), Dr. Agustín García López, ambos como representantes del sector patronal y como suplentes, Gustavo Serrano y Max Camiro.

Como representantes del sector obrero, el C. Francisco J. Macín, de la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y el C. Reynaldo Cervantes Torres, de la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM) y como suplentes, el Lic. Alejandro Carrillo Marcor y el C. Alfonso Sánchez Madariaga.

El Dr. Antonio Carrillo Flores y el Dr. Alfonso Díaz Infante eran representantes del Estado, con Federico Bach y Gaudencio González Garza como suplentes. El Director General del Instituto, Lic. Vicente Santos Guajardo (gráfica 1), quien duró un año en el cargo, presidía el Consejo, y el Ing. Miguel García Cruz era el Secretario General.

En ese momento, sus funciones estaban dirigidas a sacar adelante al Instituto Mexicano del Seguro Social; por lo que era prioridad formar un equipo de trabajo y proceder con la afiliación de las y los patrones y sus trabajadores para recaudar fondos (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2017b, p. 26).

- El primer Consejo Técnico estuvo integrado por E. Azcárraga y A. García López, (sector patronal); F. J. Macín y R. Cervantes (sector obrero) y los Doctores Carrillo Flores y Díaz Infante (sector gubernamental).



Un año después, el 1 de enero de 1944, el nuevo Director General, Lic. Ignacio García Téllez, sostuvo su primera reunión con el Consejo Técnico y, en adelante, se dedicaron a cumplir con las prestaciones de servicios que imponía la Ley.

Desde su fundación, el Instituto desconcentró la toma de decisiones, al establecer los Consejos Consultivos, Órganos Colegiados de integración tripartita dependientes del Consejo Técnico del IMSS.

En 1945 se crearon las Cajas Regionales y Locales para llevar a cabo la introducción del régimen de seguridad social en el resto del país; paulatinamente se establecieron los Consejos Consultivos como organismos de consulta, integrados por representantes de los tres sectores, para vigilar el funcionamiento de los servicios en los distintos territorios de la República y, en 1984, se les reconoció como órganos locales desconcentrados que buscaban agilizar el otorgamiento de prestaciones a personas aseguradas y derechohabientes. Con el paso del tiempo, su competencia ha sido mayor.

En 1950 se inauguró el edificio ubicado en Av. Paseo de la Reforma #476, símbolo de seguridad social en México, dentro del cual se encuentra el salón del Consejo Técnico, en él se llevan a cabo mensualmente sesiones sobre servicios médicos, prestaciones económicas y sociales, afiliación y cobranza, administración, y presupuesto e inversiones, en las que se generan acuerdos en beneficio de la población derechohabiente. De 1943 a julio de 2022, el Consejo ha llevado a cabo un total de 2,724 sesiones.

- Desde 1943 hasta julio de 2022, el Consejo Técnico ha realizado más de 2,700 sesiones, en las cuales se deciden los cambios y nuevas funciones del IMSS para favorecer a la población derechohabiente.



En este edificio también está el Acervo Histórico del Consejo Técnico, instalado formalmente en 2011. Este recinto resguarda los libros de las sesiones de la Asamblea General y del Consejo Técnico, desde 1943 a la fecha; cada libro contiene, en versión original, las Actas, los Acuerdos y la documentación soporte de cada uno de los temas que fueron presentados ante esos Órganos Superiores de Gobierno.

Las Actas son los documentos que contienen el fiel testimonio de miles de horas de discusiones entre los integrantes del Consejo Técnico y se materializan en la historia escrita del Instituto. Desde la creación del IMSS, cada presupuesto del Instituto se encuentra en estos libros, así como Informes de Labores de sus Directores Generales, nombramientos de integrantes de Órganos Superiores o Colegiados, nombramientos de funcionarios públicos, cientos de programas implementados por el Instituto, negociaciones de cada Contrato Colectivo SNTSS-IMSS, conformación del patrimonio institucional, conformación de comités, comisiones, grupos de trabajo, decisiones y medidas trascendentales como las adoptadas para afrontar la pandemia de gripe A-H1N1 y más recientemente la pandemia de COVID-19; en otras palabras, la historia del IMSS se encuentra salvaguardada en el Acervo Histórico del Consejo Técnico.



- Gran parte de la memoria del IMSS se encuentra salvaguardada en el Acervo Histórico del Consejo Técnico, ubicado en las oficinas centrales, en Av. Paseo de la Reforma #476.



- El Acervo detalla desde la evolución del logotipo institucional hasta las tareas de los pilares del IMSS y cómo se enfrentan a retos médicos como la reciente pandemia de COVID-19.

- El Acervo se encuentra clasificado por librerías, sesiones del H. Consejo Técnico por periodo administrativo y actividades de las Asambleas Generales.



Los cambios que ha experimentado el Consejo Técnico a través de los años han respondido a los distintos momentos históricos y necesidades de la sociedad mexicana. Ejemplo de ello es que, hasta 2001, estuvo integrado exclusivamente por hombres, sin embargo, en 2002, se designó a una mujer, la Lic. Cecilia Barra y Gómez Ortigoza, quien era Directora General de Programación y Presupuesto de Salud, Educación y Laboral, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para ser representante suplente por el Ejecutivo Federal.

Poco a poco, la representación de mujeres en los distintos sectores fue creciendo y tomando fuerza; por ejemplo, en 2007, la Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez fue electa como representante suplente por el Ejecutivo Federal; en 2009, la Lic. María Mónica Garduño Calderón fue representante suplente por el sector patronal; en 2011, la Lic. María Elena Reyna Ríos fungió como representante suplente por el Ejecutivo Federal; en 2012, la Lic. Rosalinda Vélez Juárez y la Dra. Mercedes Juan López fueron electas como representantes propietarias por el Ejecutivo Federal.

También, en 2014, se designó a la Mtra. Taide Alejandra González Baca como representante suplente por parte de la CROM; en 2016, a la Lic. Claudia Esqueda Llanes como representante suplente por parte de la CTM y, en 2018, se designó a la Mtra. Luisa María Alcalde Luján, Secretaria del Trabajo y Previsión Social, como representante propietaria por el Ejecutivo Federal.

Sin duda, la presencia de las mujeres en el Consejo Técnico del IMSS ha abierto la posibilidad de que los intereses y necesidades de este sector de la población sean considerados, al participar en la toma de decisiones fundamentales dentro del Instituto.

Otro cambio se dio el 26 de marzo de 2019, cuando por instrucción del Presidente, Lic. Andrés Manuel López Obrador, el Consejo Técnico sesionó por primera vez en las oficinas de la ciudad de Morelia, para descentralizar el IMSS y trasladarlo al estado de Michoacán. Sin embargo, la llegada de la COVID-19 a México, en febrero de 2020 y el inicio de las medidas de contención, detuvo este proceso.

Ante la alerta de emergencia sanitaria emitida por la Organización Mundial de la Salud y como medida preventiva para permitir que el IMSS tuviera la capacidad de reacción y operativa necesaria para hacer frente a los retos que estaban por venir, el 25 de marzo de 2020, el Consejo Técnico se instauró por primera vez en la historia en sesión permanente, mediante el Acuerdo ACDO.IN2.HCT.250320/114.P.DG.

Como consecuencia, se celebraron ocho reuniones de emergencia durante 2020, dictándose 80 Acuerdos.

En este aspecto, el 7 de abril de 2020, debido al confinamiento, el Consejo Técnico llevó a cabo una reunión virtual de la recién instaurada sesión permanente, con la finalidad de evitar contagios por asistencias presenciales, en un hecho inédito y en tiempo récord, el IMSS y el Consejo Técnico se vieron obligados a buscar las plataformas y los medios necesarios para su rápida modernización, mediante el uso de recursos electrónicos y digitales que les permitiera llevar a cabo sus funciones.

Actualmente, el Consejo Técnico es presidido por el Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto, Director General del IMSS y representante del Ejecutivo Federal.

Como secretario se encuentra el Lic. Marcos Augusto Bucio Mújica, Secretario General del IMSS.

Como representantes propietarios del Ejecutivo Federal están la Mtra. Luisa María Alcalde Luján, Secretaria del Trabajo y Previsión Social; el Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela, Secretario de Salud, y el Dr. Rogelio Ramírez de la O, Secretario de Hacienda y Crédito Público.

Sus suplentes son el Lic. Alejandro Salafranca Vázquez, titular de la Unidad de Trabajo Digno de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; el Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, y el Lic. Omar Antonio Nicolás Tovar Ornelas, Director General de Programación y Presupuesto "A" de la Subsecretaría de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Como representantes propietarios del sector obrero se encuentran el C. José Luis Carazo Preciado de la CTM; el Mtro. Rodolfo Gerardo González Guzmán de la CROM, el C. José Noé Mario Moreno Carbajal de la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC) y el C. Isidro Méndez Martínez del Sindicato Nacional Minero Metalúrgico Siderúrgicos y Similares de la República Mexicana (SNTMMSSRM).

Como suplentes están la Lic. Claudia Esqueda Llanes de la CTM, la Mtra. Taide Alejandra González Baca de la CROM, el C. Hugo Ramos Ramírez de la CROC y el C. Nicandro Rodríguez Castillo del SNTMMSSRM.

Como representantes del sector patronal se encuentran el C. José Antonio Abugaber Andonie, Presidente de la Concamin; el Ing. Salomón Presburger Slovik de la Concamin, el Dr. Manuel Reguera Rodríguez de la Concamin y el Lic. José Héctor Tejada Shaar, Presidente de la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (Concanaco-Servytur).

Sus suplentes son el Lic. Alejandro Malagón Barragán de la Concamin, el Ing. Guillermo Funes Rodríguez de la Concamin, el Lic. Eduardo Jesús Viesca de la Garza de la Concamin y el Lic. Arturo Rangel Bojorges Mendoza de la Concanaco-Servytur.

## **II.2. EL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL**

Arturo Olivares Cerda

### **Los primeros pasos**

El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) nació el 6 de abril de 1943. Desde el nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el 19 de enero de 1943, la base trabajadora se organizó para crear un gremio que representara sus intereses laborales; organización que, además, sería un enlace con las autoridades institucionales para establecer derechos y obligaciones.

De enero a marzo de ese año, las y los trabajadores efectuaron reuniones constantes para alcanzar su cometido. Así surgió el SNTSS. El 6 de abril, sus 36 fundadores firmaron el Acta Constitutiva. A la fecha de su registro, el Sindicato contaba con 60 socios.



En ese hecho histórico, se nombró al primer Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, el Prof. Ismael Rodríguez Aragón, así como a los primeros integrantes del Comité Ejecutivo Nacional.

Tras este triunfo de la base trabajadora, al hacer valer su derecho a la contratación colectiva y a la libre asociación, el SNTSS se dio a la tarea de elaborar sus estatutos, las normas que habrían de regir su vida interna. El 10 de junio de 1943, fueron aprobados dichos estatutos, que inicialmente estuvieron formados por 55 artículos y 3 transitorios.

Posteriormente, el SNTSS se dio a la tarea de armar el contenido de su primer Contrato Colectivo de Trabajo (CCT). Se llevaron a cabo arduas jornadas de negociación y discusión. El 1 de septiembre de ese mismo año se firmó dicho Pacto Laboral con el IMSS.

Desde entonces, la dirigencia del SNTSS trabaja intensamente por alcanzar beneficios laborales, económicos, sociales, educativos, entre otros, en favor de sus afiliadas y afiliados. Sus demandas de mejora se centran en el trabajo probado y eficiente que despliegan miles de personas trabajadoras para velar por la salud de millones de derechohabientes.

- El Prof. Ismael Rodríguez Aragón fue nombrado como el primer Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS.



- Los representantes e integrantes del SNTSS tuvieron una tarea fundamental en la mejora de las condiciones laborales del personal de Base del Instituto.





- En la Conferencia Nacional de Trabajadores del Seguro Social se reconoció al Presidente Manuel Ávila Camacho como quien concretó el proyecto de salud del Gral. Lázaro Cárdenas.



- El Presidente Manuel Ávila Camacho es acompañado por Fidel Velázquez, dirigente de la CTM, y el Lic. Ignacio García Téllez, del IMSS, durante un evento de apoyo al SNSTSS.



### Liderazgos inolvidables

En 80 años de lucha sindical, el SNSTSS ha sido encabezado por 25 personas, cuyo talento y visión colocan a la organización como la más importante de México, no solamente por el tamaño de su membresía, más de 450 mil trabajadoras y trabajadores en activo y 300 mil personas jubiladas y pensionadas, sino por ser un gremio que aporta estabilidad social y unidad nacional.

Hombres como el Dr. Miguel Flores Aparicio, el Dr. Rufino Azcárraga Cadena, el Dr. Antonio Martínez Manautou, el Dr. Ignacio Guzmán Garduño, el Dr. Fernando Leyva Medina, el Dr. Antonio Punzo Gaona, el Dr. Miguel Ángel Sáenz Garza, el Dr. Antonio Rosado García, el Dr. Manuel Vallejo Barragán, y el actual Secretario General del SNSTSS, Dr. Arturo Olivares Cerda, así como otros notables líderes, han aportado múltiples logros para beneficio de las y los agremiados.



- Los Secretarios Generales del SNRSS han procurado dejar huella con sus gestiones ante el Consejo Técnico para innovar funciones al interior del Seguro Social.



- El Dr. Arturo Olivares ha mantenido diálogo permanente con el Director General, Mtro. Zoé Robledo y el Secretario General, Lic. Marcos Bucio, en favor de los proyectos del Sindicato.

### **Contrato Colectivo de Trabajo**

La aspiración de toda persona trabajadora es contar con un empleo estable con prestaciones económicas y sociales que le brinden oportunidades de desarrollo.

El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social estableció, en septiembre de 1943, el primer Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) para el personal del IMSS. Desde entonces, diversas generaciones han gozado de certidumbre y estabilidad profesional y personal.

¿Qué tan valioso es el CCT de las y los trabajadores del Seguro Social? Basta ver su evolución a través del tiempo.

El primer CCT contó con 16 páginas y 12 capítulos. El actual es más robusto, fuerte y sólido. Contiene:

- 154 cláusulas
- 36 transitorios
- 22 capítulos
- Tabulador de sueldos
- Profesiogramas y catálogos
- 26 reglamentos
- Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El Pacto Laboral con el IMSS siempre está en evolución, con logros constantes. Nunca resta, siempre suma.

- Cada año, el SNTSS se da a la tarea de renovar el Contrato Colectivo de Trabajo, documento que es repartido de forma inmediata entre el personal del Instituto.



- Desde su origen, la fuerza sindical ha sido fundamental para garantizar materiales, insumos y prestaciones al personal médico, administrativo y operativo.



- El trabajo del Sindicato ha permitido mejorar las condiciones laborales y, con ello, la prestación de servicios a la población derechohabiente y usuaria.





- El SNTSS procura conocer todas las necesidades laborales y personales de la población agremiada para interceder por ella ante las Direcciones Normativas y la Dirección General.

### **Compromiso colectivo de trabajo**

La reforma laboral de 2019 indica que los sindicatos del país deben legitimar sus Contratos Colectivos de Trabajo a través del voto libre, secreto, universal y directo de las y los agremiados en las urnas.

En agosto de 2022, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social cumplió con lo establecido por las leyes laborales. En este ejercicio democrático y de libertad sindical participaron 387,932 trabajadoras y trabajadores, que representan 87.5% del total del padrón. Los votos a favor fueron 380,192 y en contra 6,759. Los nulos: 554.

Representantes de las 37 secciones sindicales y el módulo central, acompañados por inspectores del Centro Federal de Conciliación y Registro Laboral y de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, vigilaron el proceso.

El sí al CCT de las y los trabajadores del IMSS es una aprobación pública del trabajo gremial que desarrolla el SNTSS. En la actualidad, la base trabajadora sabe que en sus manos está el destino de su vida laboral y personal.

El sí en las urnas garantiza que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene presente y futuro.

El sí de las y los trabajadores a su CCT es un sí a un mejor mañana para todas y todos.



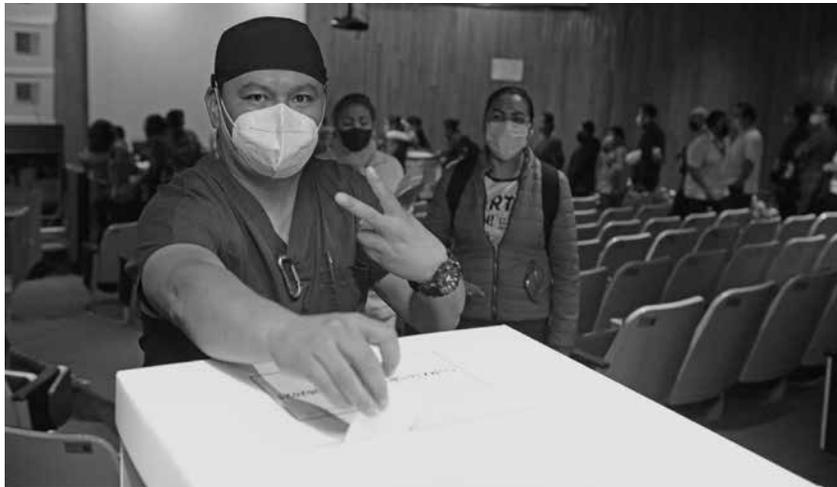
- El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social se sumó, en agosto de 2022, a la Reforma Laboral para legitimar sus Contratos Colectivos con la elección libre de su dirigencia.



- La elección libre del Secretario General acerca a sus integrantes con el liderazgo sindical y transparente la función del SNTSS.



- La elección secreta, universal y con urnas fue realizada en agosto de 2022, con la participación de más de 387 mil trabajadoras y trabajadores del IMSS.



- Con solo 554 votos nulos, la población sindicalizada respaldó y defendió el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT).





- El Director General, Mtro. Zoé Robledo, y la Secretaria del Trabajo y Previsión Social, Mtra. Luisa María Alcalde, entregaron, en agosto de 2022, la constancia de legitimación del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) al IMSS.

### Una gestión moderna

El Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social vive una de sus mejores etapas. El Dr. Arturo Olivares Cerda, junto con su Comité Ejecutivo Nacional, las 37 secciones sindicales y módulo central desplegaron desde el primer minuto del 16 de octubre de 2018, fecha en la que se asumió el control de la Secretaría General, un quehacer sindical caracterizado por cinco grandes virtudes: transparencia, rendición de cuentas, democracia y libertad sindical, constantes mejoras laborales y un intenso trabajo social en favor de las familias de las y los trabajadores del IMSS.

Durante este tiempo, ha existido un especial apoyo a las y los jóvenes trabajadores. A través del nacimiento de la Red Juventud Sindical se les capacita en diversos temas relacionados con el mundo gremial, así como en la formación de nuevos cuadros sindicales.

También la niñez ha sido atendida de manera particular. A través de los planes vacacionales y el armado de concursos infantiles, se han brindado experiencias inolvidables a las hijas e hijos de las personas trabajadoras en un tiempo de convulsión social que generó la pandemia de COVID-19.

El SNTSS defiende los derechos laborales adquiridos y suma permanentemente nuevos logros a un Contrato Colectivo de Trabajo, cuyo contenido garantiza el bienestar de la clase trabajadora. A la par, ha liderado revisiones salariales en entornos de alta complejidad económica. Sin embargo, siempre los incrementos han alcanzado niveles superiores a los registrados anteriormente.

La actual dirigencia del SNTSS es una promotora de la igualdad y la no discriminación en los centros de trabajo; de una mayor participación de la mujer en las tareas sindicales y en la toma de decisiones.

En los momentos más críticos de la emergencia sanitaria por COVID-19, el SNTSS encabezó una campaña sin precedentes en la compra de equipo especializado para la protección de la base trabajadora. Asimismo, pactó con las autoridades institucionales incentivos y beneficios adicionales para reconocer la entrega total de salvar vidas.

Para el Dr. Arturo Olivares Cerda y su equipo de trabajo, la labor bilateral con la Dirección General del IMSS, que encabeza el Mtro. Zoé Robledo, es una prioridad. Gracias a esta visión, se han alcanzado acuerdos que potencializan las condiciones laborales de las y los trabajadores del Instituto.



- La legitimación del Contrato Colectivo de Trabajo fue celebrada por integrantes de la Secretaría General y representantes de la base trabajadora de distintas categorías.



- El Secretario General del SNTSS, Dr. Arturo Olivares Cerda, procura mantenerse cercano a la población sindicalizada para escuchar y atender sus inquietudes.



- Los beneficios logrados por el Sindicato repercuten no solo en el personal del IMSS, sino también en sus familias, lo que expande el alcance de la lucha sindical.





- Un tema fundamental en las tareas del SNTSS es la negociación anual del incremento salarial, en beneficio de 500 mil trabajadoras y trabajadores.



- El Sindicato también estuvo al pendiente de la oportuna entrega de equipos de protección personal durante los 3 años de atención por la pandemia de COVID-19.



- El Mtro. Zoé Robledo, Director General del IMSS, y el Dr. Arturo Olivares Cerda, Secretario General del SNTSS, se han mantenido atentos a las necesidades y propuestas de la población trabajadora del Instituto.

- La participación de la mujer ha sido de gran ayuda y valiosa para el crecimiento de los beneficios alcanzados por el Sindicato, incluidas la equidad y la igualdad.



### Entrevista con el Dr. Arturo Olivares Cerda, Secretario General del CEN del SNTSS

A 80 años de su creación, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) ha pugnado siempre por un trato respetuoso y digno para las y los trabajadores que laboran en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), asegura el Dr. Arturo Olivares Cerda, Secretario General del Comité Ejecutivo Nacional (CEN) del SNTSS.

“Esta exigencia ha sido para todas las categorías. Nunca hemos sido selectivos, las y los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen la misma importancia y relevancia para el buen funcionamiento del Instituto”, apunta el líder nacional.

A pregunta expresa de cómo le hace un Sindicato para sobrevivir 80 años, responde:

Hemos sabido mantener una congruencia entre lo que decimos y hacemos durante nuestra lucha sindical por la mejora constante de las condiciones laborales de las y los agremiados.

Una lucha que se ha dado siempre en un marco de respeto y responsabilidad. No somos un gremio de choque, somos un gremio que apuesta por el diálogo y la negociación. Estas dos virtudes nos han fortalecido.

Otro elemento clave es el trabajo bilateral con las autoridades institucionales. Un trabajo que se ha consolidado en los últimos años. Ambas partes saben el papel que les toca desempeñar, sin embargo, entendemos muy bien que hay un común denominador: darle al IMSS viabilidad por muchos años más.

Para lograrlo, el capital humano juega un papel fundamental, por lo que la construcción de mejores entornos laborales se vuelve indispensable.

El Dr. Olivares Cerda destaca que, a lo largo de ocho décadas, el Contrato Colectivo de Trabajo se ha defendido con sensatez, especialmente en tiempos de turbulencia social y económica.

“Hoy contamos con un pacto laboral robusto que da a la base trabajadora certeza y estabilidad; dos ingredientes que impactan positivamente en la operación del Seguro Social. Una plantilla laboral que se sabe valorada y que cuenta con un empleo garantizado da lo mejor de sí en favor de una causa que nos une a todas y todos, que es contribuir a escribir grandes historias de éxito en el IMSS”, indica.

El líder nacional resalta lo que representa el IMSS en la vida de las y los mexicanos:

El IMSS es el cimiento de la seguridad social. El Seguro Social ha sido factor en el progreso. Es la institución de salud más importante y grande al atender a más de 80 millones de mexicanos, que representa casi tres cuartas partes de la población.

El IMSS ha prodigado salud a millones de mexicanos en ocho décadas. La salud pavimenta el camino del desarrollo. Por eso, no es una exageración decir que el Seguro Social es factor de unidad nacional y de la paz social.

A la pregunta ¿qué papel ha jugado el SNTSS a lo largo de los 80 años de vida del IMSS?, el Dr. Olivares Cerda responde: “Ha sido clave... El Sindicato ha sido un interlocutor entre la Dirección General del IMSS y la base trabajadora para que existan condiciones laborales óptimas que permitan al Instituto contar con una operación eficiente y constante. La dirigencia sindical y autoridades hemos sumado esfuerzos en diversos hechos registrados a lo largo de los 80 años para superar adversidades. El IMSS y el SNTSS transitan por caminos distintos, pero en una misma dirección que busca un Seguro Social funcional, que le permita alcanzar una mayor capacidad de atención para que más mexicanas y mexicanos ejerzan su derecho a la salud”.

Para el Secretario General del Comité Ejecutivo Nacional (CEN) del SNTSS, la organización tiene un gran presente y futuro. Asegura que la representación de los intereses laborales de las y los agremiados, a través de las 37 secciones sindicales, módulo central y el CEN, se consolida gracias a la unidad y al trabajo en equipo.

Recuerda que la legitimación del Contrato Colectivo de Trabajo, celebrada este año, ha sido una aprobación pública de la base trabajadora del IMSS a la labor que la organización sindical ha ejecutado en 80 años de existencia.



- El Secretario General del SNTSS, Dr. Arturo Olivares Cerda, destaca la elección histórica de la dirigencia sindical al interior del IMSS.

### II.3. EVOLUCIÓN NORMATIVA

Antonio Pérez Fonticoba

Desde su origen, el 19 de enero de 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha sido una entidad indispensable del Estado dedicada a garantizar los derechos humanos de la población, incluso antes de que fuera proclamada la Declaración Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, 1948), el 10 de diciembre de 1948.

¿Pero cómo fue que una incipiente institución pudiera adelantarse a su época? Para desentrañarlo, se debe echar un vistazo a la génesis de la seguridad social en nuestro país.

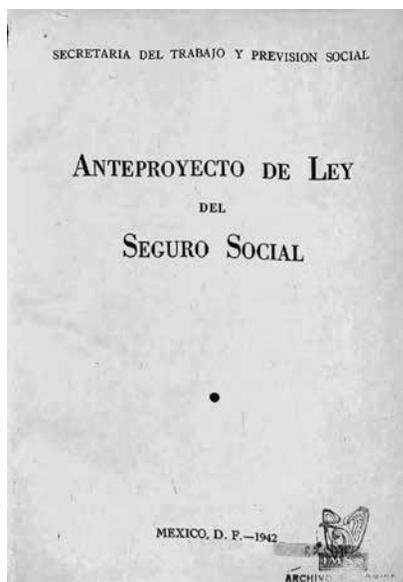


La necesidad de promulgar la Ley del Seguro Social se sustentó en el texto original de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados, 1917), en la que dentro de las —denominadas garantías sociales— se determinó como de utilidad social el establecimiento de Cajas de Seguros Populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos.

Para ello, continuó el texto constitucional, el Gobierno Federal debía fomentar la organización de instituciones de dicha índole, para infundir e inculcar la previsión social.

Más adelante, en 1929, esa fracción se modificó para considerar de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, la cual debía comprender seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos (Secretaría de Gobernación [Segob], 1929).

Asimismo, mucho del carácter garante de derechos humanos del IMSS puede develarse de la exposición de motivos de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943 (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 1943)<sup>1</sup>.



- Surgido de las exigencias de la Revolución Mexicana, el Instituto Mexicano del Seguro Social se concretó hasta enero de 1943.

Ese documento —antecedente inmediato de la ley que dio vida a nuestro Instituto— consideró que la protección impartida por el Seguro Social entraña una función de interés público, enfocada a propiciar el bienestar de la colectividad.

De manera particular, se dispuso que la “institución del Seguro Social fomenta el bienestar económico y garantiza la protección a la persona trabajadora y a su familia, para contribuir a la estabilidad de las energías humanas a que aspira la moderna democracia industrial”.

Parte importante de esa protección tenía que ver con la salud de la clase trabajadora, así como con generar condiciones adecuadas de atención ante enfermedades y accidentes de trabajo, maternidad y otras mermas al bienestar físico de las personas, que no tuvieran derivación directa de su actividad laboral —y, claro está, ese siempre ha sido el hilo conductor de la actividad institucional y de los servicios que presta—.

La Ley de 1943 tuvo primordial enfoque en aquellas personas trabajadoras que percibieran un salario, lo cual no fue obstáculo para impulsar el sistema de seguridad social de México como un gran catalizador del bienestar de las familias y su subsecuente impacto en el desarrollo económico y social del país.



- Uno de los primeros objetivos del IMSS era garantizar el acceso a medicamentos gratuitos de las personas trabajadoras aseguradas y sus familias.

Este interés del Estado por alcanzar el bienestar de la población se vio materializado en la implementación, con carácter obligatorio, de los Seguros de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, de Enfermedades No Profesionales y Maternidad, de Invalidez, Vejez y Muerte, y de Cesantía Involuntaria en Edad Avanzada<sup>2</sup>.

Con el advenimiento del IMSS y del servicio público nacional que brinda desde entonces, la población mexicana ha visto garantizado su derecho humano a la seguridad social que, al mismo tiempo, permite la satisfacción de derechos económicos, sociales y culturales, “indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” (Naciones Unidas, s.f.).

Además, ha sido un vehículo para el acceso al derecho, en favor de la clase trabajadora, a un nivel de vida adecuado con miras a asegurar a las personas trabajadoras y a sus familias, “la salud y el bienestar [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, así como el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Naciones Unidas, s.f.).

No solo eso, sino que también ha contemplado el derecho a la protección social y los cuidados y asistencia especiales en pro de la maternidad y la infancia.

Como se puede observar, la salvaguardia de este cúmulo de derechos humanos, a cargo del IMSS —con base en sus atribuciones legalmente conferidas—, ha fungido como un importante instrumento para reducir las brechas de desigualdad y libertad, siempre con miras a mejorar la calidad de vida de la población mexicana, y el Instituto no se ha quedado estático.

Al año siguiente de su promulgación, en noviembre de 1944, se dotó al IMSS de su carácter de organismo fiscal autónomo (STPS, 1944), con el fin de fortalecer y robustecer las capacidades del Instituto para el cobro y destino de las cuotas que, ulteriormente, permiten el otorgamiento pleno de los seguros que la ley brinda a sus derechohabientes.



Poco después, en 1956 (Secretaría de Economía, 1956)<sup>3</sup>, ante la ampliación de los servicios de salud de 1954 —con la creación de la Comisión Nacional de Hospitales— (López F, 1993, pp. 437-439), se modificó nuevamente la Ley del Seguro Social con el propósito de extender las capacidades médicas institucionales.

Esto resultó, entre otros aspectos, en la posibilidad de pactar con particulares la prestación de los servicios de salud, así como los esquemas de convenios de reversión de cuotas con las y los patronos que tuvieran instalaciones médicas y hospitalarias, además de contemplar la existencia de los Cuadros Básicos de Medicamentos.

También se implementó el sistema de inversión de las reservas del IMSS, como una sana política financiera sustentada en tres características primordiales: solidez, rentabilidad e interés social.

Ello permitiría que el Instituto fuera financieramente autosostenible, lo que se traduce en nunca perder la capacidad de garantizar los derechos de las personas aseguradas, pensionadas y beneficiarias.

Conforme avanzó la consolidación del IMSS, fueron creciendo las necesidades de la población, tanto en materia de pensiones, como de prestaciones médicas y sociales. Por eso es que, en 1959 (Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP], 1959), se sentaron las bases para extender el régimen del Seguro Social a las personas ejidatarias, pequeñas agricultoras, que tienen aparcería y ganaderas en el medio rural, así como a las personas artesanas, pequeñas comerciantes y profesionistas libres, en el medio urbano.

Estas modificaciones al marco legal se tradujeron en el establecimiento de tres grupos de aseguramiento en el campo: el de las personas trabajadoras asalariadas, el de las integrantes de las sociedades de crédito agrícola y de crédito ejidal y, finalmente, el de las personas ejidatarias y pequeñas agricultoras sin afiliación a dichas sociedades.

Más adelante, con una perspectiva de inclusión y protección a los sectores más vulnerables de la población mexicana, en diciembre de 1965 (SHCP, 1965) bajo un criterio de solidaridad social, se impuso una mayor carga tributaria para las y los patronos con el objeto de que el Gobierno Federal asumiera parte de las cuotas de aseguramiento de las personas pertenecientes al sector rural.

Lo anterior, puesto que por lo general las personas trabajadoras del campo no contaban —ni cuentan— con patrón o patrona; situación que resultaba en imponerles las cargas de las cuotas correspondientes, las cuales en muchos casos les era imposible cubrir.

La medida fue otro gran avance del IMSS en materia del derecho a la seguridad social, en beneficio de las y los campesinos y del sector rural, que se tradujo en mejorar sus condiciones de vida y su nivel económico, a la par de contribuir a reducir brechas de desigualdad.

A finales de 1970 (SHCP, 1970), por primera vez en su historia, se incorporó a la Ley del Seguro Social la noción de derechos humanos, al estipularse textualmente que “el régimen del Seguro Obligatorio se instituye para garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”.

Esto fue un adelanto importante en la materia, pues ni siquiera nuestra Constitución refería al derecho humano a la protección de la salud<sup>4</sup> (Segob, 1983) —o a la seguridad social—. Y, no obstante, el IMSS ya venía garantizándolos desde su creación, siempre con una perspectiva de avanzada, con el objetivo de alcanzar el bienestar de la población.

Pero uno de los más importantes pasos en la vida institucional del IMSS se dio 30 años después de su nacimiento, cuando en marzo de 1973 (STPS, 1973) se promulgó una nueva Ley del Seguro Social.

El nuevo ordenamiento, si bien implicó una reestructura total respecto a la ley de 1943, conservó aspectos fundamentales de aquella, aunado a que no perdió el enfoque de solidaridad y justicia social.

Su intención fue, a partir de la experiencia acumulada por el IMSS en la prestación de servicios de medicina social, hospitalarios, educativos, recreativos y culturales, ampliar los alcances de la seguridad social y atender las múltiples demandas sociales, conforme a las posibilidades reales del Instituto y de la mano del desarrollo económico del país.



- Con la promulgación de la nueva Ley del Seguro Social, en 1973, el IMSS debió expandir sus servicios para cubrir las necesidades educativas, recreativas y culturales de la población.



- Desde esa fecha, las instalaciones del Instituto tuvieron que modificarse y adaptarse para garantizar seguridad social a la población derechohabiente.



- A partir de la década de 1970, se priorizó la creación de instalaciones educativas y recreativas, incluso más cercanas que las propias instalaciones médicas.



- El IMSS abrió nuevos espacios para brindar el Seguro de Guarderías para hijas e hijos de las personas aseguradas, como lo ordenaba la nueva Ley del Seguro Social de 1973.



Entre otros temas, buscó inyectar dinamismo al régimen de la seguridad social para hacer frente de manera exitosa a la creciente complejidad de las relaciones laborales y el surgimiento de nuevos y diversos núcleos económicamente productivos.

Uno de los puntos torales de la Ley del Seguro Social de 1973 fue la creación del Seguro de Guarderías para hijas e hijos de las aseguradas como parte del Régimen Obligatorio, pues con él se benefició a las madres trabajadoras, haciendo patente el interés del IMSS por proteger los derechos humanos de las mujeres, principalmente.



- Las guarderías del IMSS se volvieron un parteaguas de la seguridad social en toda Latinoamérica y actualmente se han extendido para dar cobertura a hombres asegurados.

Ante la creciente participación de las mujeres en las actividades productivas del país, definitivamente se hacía indispensable que el Instituto no se quedara atrás en facilitar los medios que les permitieran un pleno desarrollo profesional, personal y familiar.

Además, se implementaron aumentos en las pensiones por incapacidad y viudez, y se eliminó el límite de edad para personas pensionadas por orfandad que estuviesen incapacitadas, con lo cual se extendieron los beneficios de la seguridad social en favor de grupos vulnerables.

Otro aspecto para resaltar fue la ampliación de los servicios médicos en favor de hijas e hijos de las personas aseguradas hasta la edad de 21 años, así como de hijas e hijos mayores de 16 años de personas pensionadas por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, siempre que fueran estudiantes.

Con ello se incentivó a que las personas buscaran elevar sus niveles educativos y culturales y, al mismo tiempo, se favoreció el bienestar económico de estas y sus familias, al no tener que absorber gastos médicos durante la etapa educativa de sus hijas e hijos.

Por supuesto, en el caso de las personas pensionadas por invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada también hubo mejoras con motivo del establecimiento de las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales, como medidas de protección de sus núcleos familiares.

Una trascendente innovación de la Ley de 1973 fue la posibilidad de la incorporación voluntaria en el Régimen Obligatorio, en tanto que otorgó protección a sectores como el del trabajo doméstico, industrias familiares, personas trabajadoras independientes y profesionales, comerciantes y artesanas, entre otros.

Como se advierte, en este punto de la historia institucional, se dio inicio a una segunda gran etapa, en la cual se denota amplitud de miras y prospectiva de futuro como institución garante de derechos humanos.

De nueva cuenta los avances no se hicieron esperar, pues tan solo a finales de 1974 (STPS, 1974) se hicieron modificaciones que previeron ampliar el otorgamiento

de prestaciones médicas a integrantes del núcleo familiar de las personas aseguradas o pensionadas, además de incrementar las prestaciones económicas.

Posteriormente, en 1976, 1979 y 1980, hubo sendas reformas que tuvieron como propósito ampliar el límite inferior de las pensiones de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada; mientras que en 1982 se establecieron mecanismos de ajuste periódico a las pensiones para preservar su poder adquisitivo, pero sin comprometer la solidez financiera del IMSS<sup>5</sup> (STPS, 1976, 1979, 1980, 1982).

Tiempo después, en 1992 (IMSS, 1992), tras una década complicada en términos económicos, surgió una nueva prestación de seguridad social, adicional a las legalmente establecidas en ese momento, enfocada a proteger el bienestar de las personas trabajadoras y de sus familias: el Seguro de Retiro a través de los sistemas de ahorro.

Con el surgimiento del sistema de ahorro para el retiro<sup>6</sup>, emanado de las nociones de justicia social, se estableció el concepto de la cuenta individual, a la que serían depositadas las cuotas a cargo de las y los patrones, con lo cual se verían beneficiadas las personas trabajadoras afiliadas al IMSS y sus beneficiarias, ya fuera en el Régimen Obligatorio o en el voluntario, garantizando así el derecho humano a un retiro digno.

A partir de ahí, con miras a alcanzar el bienestar social usando como motor el crecimiento económico sustentable, y a efecto de atender las demandas de la población mexicana para acceder a mejores niveles de certidumbre, estabilidad y vida, así como de generar condiciones más equitativas para las personas al momento de su retiro, en diciembre de 1995 se promulgó una tercera Ley del Seguro Social, vigente hasta nuestros días<sup>7</sup>.

En buena medida, la Ley de 1995 derivó de una situación financiera desfavorable por la cual atravesaba el IMSS, aunado a tendencias demográficas relacionadas con el aumento en la esperanza de vida; por lo que era indispensable darle viabilidad en el largo plazo y acrecentar sus capacidades operativas para mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad en la atención de la salud y el otorgamiento de prestaciones sociales adecuadas y pensiones justas.

Que el IMSS pudiera subsistir como garante del derecho humano a la seguridad social del Estado mexicano fue el principal aliciente para su promulgación.

Entre otros aspectos, se previó la inclusión al régimen de seguridad social en favor de las personas que forman parte de la economía informal o que perciben remuneraciones no salariales. Ello con el objetivo de incrementar la recaudación de cuotas y, de esta forma, sanear y fortalecer las finanzas institucionales.

Asimismo, se estableció un nuevo sistema de pensiones, basado en la constitución de las cuentas individuales —propiedad de las personas trabajadoras— y el sistema de ahorro para el retiro, para ser sujetas a esquemas de generación de rendimientos atractivos para sus titulares.

Con lo anterior, por ejemplo, a través del Seguro de Invalidez y Vida se implementó una protección para la persona trabajadora en caso de quedar inválida, consistente en una pensión vitalicia y, en caso de fallecimiento, para sus familiares y personas beneficiarias.

Por su parte, en el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, al ser las cuentas individuales propiedad de las y los trabajadores, en aquellos casos en los que no alcanzaran las semanas cotizadas para pensionarse, se dispuso la posibilidad de acceder a los recursos acumulados. Ya no perderían sus aportaciones, máxime que el nuevo sistema dio pie a la modalidad de aportaciones voluntarias, con lo que, además, se estimuló el ahorro a fin de incrementar las pensiones<sup>8</sup>.

Una modificación relevante se realizó al nuevo Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, pues se le dio un rango más alto—al nivel del resto de los seguros—, se definieron y precisaron sus fuentes de financiamiento y se le dotó de permanencia, en favor de la población mexicana afiliada al IMSS.

Otro mecanismo de protección al derecho humano a la protección de la salud fue la incorporación de la queja administrativa, que puede ser interpuesta por las personas aseguradas, derechohabientes, pensionadas y sus beneficiarias y beneficiarios, ante insatisfacciones por actos u omisiones por parte del personal del IMSS que interviene en la prestación de los servicios médicos.

Con una base legal sólida y una modificación de 2001 (IMSS, 2001) que introdujo la utilización de tecnologías de información en los procesos, procedimientos y trámites institucionales, el IMSS desarrolló a nivel reglamentario un sofisticado marco normativo<sup>9</sup> que imprimió operatividad, eficacia y eficiencia en su labor garantista de derechos humanos, tanto en el componente médico como en los aspectos recaudatorios y de fiscalización, las reservas financieras y su organización interna—con una estructura robusta y adecuada para el cumplimiento de su objeto, evitando la duplicidad de funciones—.

Ahora bien, con la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011 (Segob, 2011), que implicó un cambio de paradigma en nuestro país, se abrió una ventana de oportunidad para que el IMSS amplíe sus mecanismos de protección, sustentada en el principio propersona, la no discriminación y la interpretación en favor de la población.

Nuestro Instituto ha sabido estar a la altura de las expectativas, por ejemplo, el 26 de febrero de 2014<sup>10</sup> se emitió un criterio para permitir el acceso al Seguro de Enfermedades y Maternidad al cónyuge del asegurado, asegurada, pensionado o pensionada, con independencia de si se trata de matrimonios entre parejas del mismo o de distinto sexo.

De igual forma, en diciembre de 2020 (Segob, 2020) se fortaleció la figura de la pensión garantizada, como un piso mínimo que el IMSS debe otorgar a las personas a partir de los 60 años y que se incrementará año con año, a fin de que se encuentren siempre protegidas por la seguridad social.

A su vez, en abril de 2021 (Segob, 2021), con motivo de la prohibición de la subcontratación laboral, se previó que el IMSS tenga facultades de verificación cuando haya supuestos de contratación o de ejecución de servicios especializados, con el propósito de cerciorarse que se respeten y se cumplan los derechos de las personas trabajadoras, evitando además esquemas de evasión en los que incurrían las y los patrones.

Los retos a futuro son muchos, pero basta echar un vistazo hacia atrás para tener una idea clara de que el IMSS, desde su origen, ha estado a la vanguardia en la protección de los derechos humanos a la seguridad social y a la salud en beneficio de la población mexicana.

Su enfoque es servir como vehículo institucional para el bienestar social y colectivo, bajo los principios de universalidad y progresividad. Sin duda, esa será siempre la constante de nuestro Instituto: todos los derechos de la seguridad social para todas las personas.

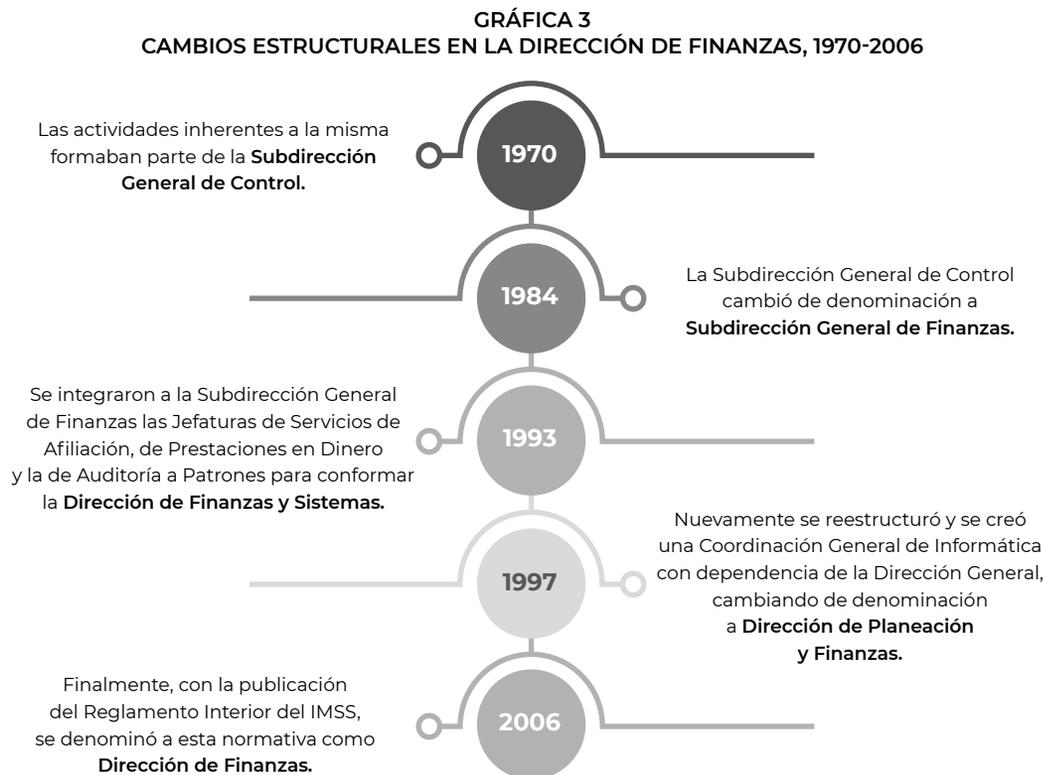


## II.4. UN IMSS FINANCIERAMENTE SUSTENTABLE

Marco Aurelio Ramírez Corzo

En el IMSS, la Dirección de Finanzas determina y pone en marcha los planes estratégicos en materia financiera, con el propósito de mantener el equilibrio de las finanzas institucionales, a través de medidas que promuevan el óptimo empleo e inversión de los recursos, a fin de que el Instituto cuente con los medios necesarios para su operación como instrumento básico de la seguridad social en el país.

A la par de la historia del IMSS, la Dirección de Finanzas también ha evolucionado de acuerdo con las necesidades del Instituto y ha tenido diversas modificaciones en su estructura (gráfica 3).



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En la historia reciente de la Dirección de Finanzas destacan acciones encaminadas al fortalecimiento en la gestión de los riesgos financieros y actuariales a que se encuentra expuesto el IMSS en el ejercicio de sus funciones y que tienen un importante impacto en el desarrollo de las actividades fundamentales que lleva a cabo, y de las inversiones de las reservas del Instituto.

### **Fortalecimiento de la gestión de riesgos financieros y actuariales**

Las acciones emprendidas en materia de gestión de riesgos tienen el objetivo de que el Instituto tenga un funcionamiento apegado a las buenas prácticas del mercado nacional e internacional.

El 28 de abril de 2021, el H. Consejo Técnico aprobó, mediante Acuerdo ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA, la modificación de la estructura orgánica de puestos de mando de la Dirección de Finanzas, la cual consideró la unificación, control y mejora de procesos de las áreas que llevan a cabo funciones relativas a la administración de riesgos, a través de la creación de la Unidad de Riesgos Financieros y Actuariales, que coordina e integra de manera estructural los procesos estratégicos y de planeación financiera, de riesgos financieros e institucionales, además de establecer contrapesos entre inversión y riesgo conforme a las sanas prácticas y usos en el mercado financiero.

Dicha Unidad dirige las estrategias en materia de riesgos financieros y actuariales, y de planeación financiera, que corresponden a las inversiones y los seguros que maneja el IMSS; su identificación, cuantificación y evaluación.

De esta manera, la Dirección de Finanzas se fortaleció para dar cumplimiento a sus atribuciones con este reordenamiento, con tres Unidades Normativas de: 1) Inversiones Financieras, 2) Operación Financiera y 3) Riesgos Financieros y Actuariales.

Por otra parte, dado que era indispensable para el H. Consejo Técnico contar con los elementos que le permitieran: identificar, medir, monitorear, limitar, controlar, así como revelar los distintos tipos de riesgos financieros y actuariales a los que se encuentra expuesto el IMSS en el ejercicio de sus funciones, el 27 de octubre de 2021, el H. Consejo Técnico mediante Acuerdo ACDO.AS3.HCT.271021/263 aprobó la creación de la Comisión de Riesgos Financieros y Actuariales (CoRFA) como órgano tripartita que fortalece el gobierno corporativo del Instituto y favorece la implementación de mejores prácticas al institucionalizar la gestión de riesgos de inversión de las reservas, los riesgos actuariales vinculados con los eventos que pudieran vulnerar la situación financiera de los seguros que administra el IMSS, las metodologías relacionadas con el costeo institucional de los servicios sustantivos del Instituto, así como la evaluación de ámbito económico y financiero de insumos y servicios para la salud que se propongan.

Es así como la Dirección de Finanzas, por instrucción del Director General, implementó las acciones para la constitución de la CoRFA.

Posteriormente, el 14 de diciembre de 2021, el H. Consejo Técnico aprobó el Manual de Integración y Funcionamiento de la CoRFA, en el que se establecieron los objetivos, las funciones que debe asumir en su calidad de órgano colegiado, y responsabilidades de sus miembros, así como las normas de su funcionamiento y de celebración de las sesiones.

Destaca que dentro de su estructura considera a dos personas expertas independientes, una especializada en riesgos financieros y otra en riesgos actuariales, y que el carácter de independencia de estas personas expertas es lo que garantiza opiniones y análisis con alta especialidad dentro del seno de esta Comisión. Asimismo, considera una representación tripartita: del sector obrero, el sector patronal y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en ambas especialidades. Lo anterior, enriquece la gestión de riesgos en el IMSS mediante la interacción directa entre: la experiencia de los consejeros del sector obrero y patronal, la visión especializada de la SHCP y las personas expertas independientes, así como el conocimiento práctico por parte de las áreas técnicas del IMSS.

### **Modernización del régimen de inversión**

Desde 1999, año en que se instaló la Comisión de Inversiones Financieras y se creó la Unidad de Inversiones Financieras (UIF) por decreto presidencial, el Instituto se había caracterizado por hacer pocos cambios en el régimen de inversión de sus reservas y Fondo Laboral; siendo el más relevante desde entonces y hasta antes del inicio de la



presente administración, el implementado en 2016, cuando se incursionó en el mercado accionario nacional a través de mandatos, con un porcentaje mínimo del total de las inversiones institucionales.

Sin embargo, en mayo de 2020, mediante oficio 09-9001-030000/1166 de la Secretaría General, el H. Consejo Técnico solicitó mejorar la cartera de inversión del Instituto, por lo que la UIF elaboró propuestas para eficientar la relación riesgo-rendimiento en las inversiones institucionales, las cuales se han materializado de manera significativa desde ese mismo año.

A finales de 2020 se comenzó con la ampliación del régimen de inversión de su Fondo Laboral, incursionando en el mercado accionario internacional a través de mandatos, e incrementando el porcentaje de participación en dicha estrategia en mayo de 2021, buscando asegurar la suficiencia de los recursos correspondientes a la Subcuenta 2 del referido Fondo, en línea con la gestión que realizan las Afore y las mejores prácticas internacionales en materia de fondos de pensiones. Para 2021, los trabajos de la Dirección de Finanzas se encaminaron a robustecer las inversiones financieras del Instituto. En enero, la estrategia de diversificación se encauzó a la inversión en divisas, iniciando con una estrategia de compra de activos de deuda gubernamental denominados en monedas distintas al peso mexicano, aumentando en promedio 20% la exposición a otras monedas en las Reservas Financieras y Actuariales.

Hacia el segundo trimestre del año, se inició el fortalecimiento del gobierno corporativo y los procesos de toma de decisiones asociados a las inversiones financieras, con la autorización que diera el H. Consejo Técnico para incluir un experto independiente en la Comisión de Inversiones Financieras.

Asimismo, en noviembre de 2021, el H. Consejo Técnico autorizó el incremento en la duración de las reservas, buscando garantizar la cobertura oportuna de los usos estimados en las mismas para hacer frente a los pasivos del Instituto y autorizó la inversión en mercado accionario y deuda gubernamental internacional a través de Exchange Traded Funds (ETF), así como en Fideicomisos de Infraestructura y Bienes Raíces (Fibra) y mercancías, sin recurrir a terceros y sin representar costos adicionales al Instituto, iniciando con una exposición máxima de 5% en las Reservas Financieras y Actuariales.

### **Gestión de recursos**

El Instituto Mexicano del Seguro Social se desenvuelve como instrumento básico de la seguridad social en México. Este rol involucra diversos elementos que explican los ingresos con que cuenta el mismo, entre los que se encuentran: el comportamiento de la economía mexicana y el empleo formal, la dinámica de salarios de las personas trabajadoras, los cambios en la composición de género de la fuerza laboral, así como las distintas estrategias que el IMSS ha implementado en materia de incorporación y recaudación.

En este sentido, es fundamental que la gestión presupuestaria y contable se realice con estricto apego a la normatividad aplicable y siguiendo las mejores prácticas para una adecuada toma de decisiones.

A lo largo de su historia, el IMSS ha buscado contar con las herramientas tecnológicas necesarias para tener una gestión eficiente y oportuna de recursos. Recientemente se encuentra en desarrollo un proyecto de actualización del sistema presupuestario y contable.

Asimismo, en noviembre de 2021, el H. Consejo Técnico autorizó el incremento en la duración del portafolio de inversión de las reservas, buscando garantizar la cobertura oportuna de los usos estimados en las mismas para hacer frente a los pasivos del Instituto

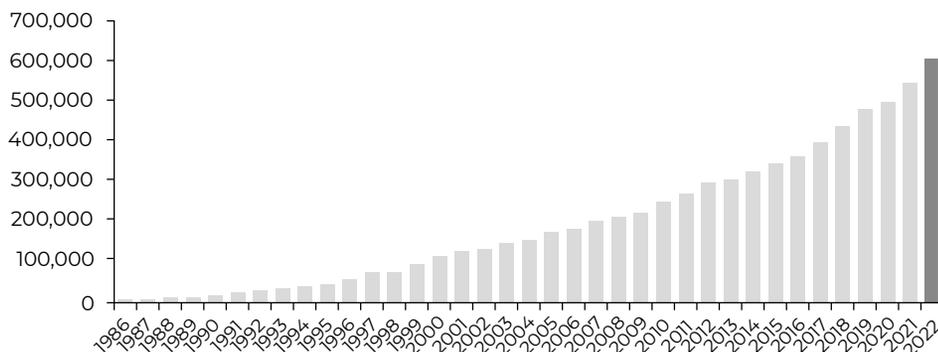
y autorizó la inversión en el mercado accionario y en deuda gubernamental internacional, a través de Exchange Traded Funds (ETFs), así como en Fideicomisos de Infraestructura y Bienes Raíces (FIBRAs) y mercancías, sin recurrir a terceros ni representar costos adicionales para el IMSS, iniciando con una exposición máxima de 5% en las Reservas Financieras y Actuariales.

En cuanto a los indicadores más relevantes para el Instituto en materia financiera, como ente fiscal y autónomo, se encuentran sus ingresos y egresos:

## Ingresos

El Instituto percibe ingresos principalmente de cuatro fuentes de financiamiento: 1) de las cuotas y aportaciones tripartitas a la seguridad social que se reciben por parte de las personas trabajadoras, del sector patronal y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; 2) de las ventas y servicios en Tiendas y Centros Vacacionales; 3) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, y 4) del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto. Para el ejercicio 2022, el total de ingresos del IMSS ascendió a 607,568 millones de pesos, cifra superior en 62,914 millones de pesos respecto al ejercicio anterior (gráfica 4).

**GRÁFICA 4**  
**EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS PROPIOS DEL IMSS, 1986-2022**  
(millones de pesos)



Nota: En los ingresos comprendidos de 1986 a 1997 el rubro de Aportaciones del Gobierno Federal considera el importe por Aportaciones Estatutarias que forman parte de los ingresos propios del IMSS, debido a que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público así lo establecía en los formatos oficiales.

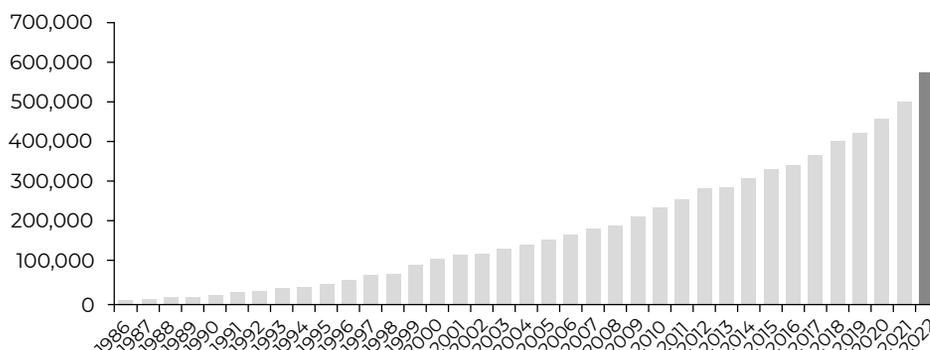
Fuente: Cuenta Pública. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

## Egresos

El gasto del Instituto comprende todas las erogaciones necesarias para llevar a cabo la prestación de servicios. Al cierre de 2022, se integró principalmente de los siguientes componentes: 1) servicios personales (nómina de personas trabajadoras del Instituto) con 43.2%; 2) gastos de operación (materiales y suministros, servicios generales y conservación) que representan 24.2%; 3) subsidios, pensiones y jubilaciones sin Gobierno Federal con 30.8%; 4) gasto de inversión física (equipamiento médico y obra pública) con 1.3%, y 5) otras erogaciones y operaciones ajenas<sup>11</sup> que constituyen el resto del gasto. Por lo anterior, al cierre del ejercicio 2022, el total de gastos del IMSS ascendió a 577,394 millones de pesos, cifra superior en 75,629 millones de pesos respecto al ejercicio anterior (gráfica 5).



**GRÁFICA 5**  
**EVOLUCIÓN DE LOS EGRESOS PROPIOS DEL IMSS, 1986-2022**  
(millones de pesos)



Nota: Para el periodo comprendido de 1986 a 2007 correspondiente a la información reportada en Cuenta Pública, se considera el monto total de Egresos a cargo del Gobierno Federal en el rubro de Prestaciones Económicas debido a que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público así lo establecía en los formatos oficiales.

Fuente: Cuenta Pública. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

### Recursos a cargo del Gobierno Federal

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo. Está encargado de la organización y administración de la seguridad social, cuya finalidad es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Por lo antes expuesto, el Instituto recibe recursos por parte del Gobierno Federal para el pago electrónico de las pensiones a cargo de este. Dichos recursos forman parte del Presupuesto Autorizado del Instituto, sin que sean considerados ingresos propios. Es por ello que el Instituto realiza los reintegros correspondientes a la Tesorería de la Federación por estos conceptos, dando cumplimiento al Artículo 54 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el cual señala que: “Los Poderes Legislativo y Judicial, los entes autónomos, las dependencias, así como las entidades respecto de los subsidios o transferencias que reciban, que por cualquier motivo al 31 de diciembre conserven recursos, incluyendo los rendimientos obtenidos, deberán reintegrar el importe disponible a la Tesorería de la Federación dentro de los 15 días naturales siguientes al cierre del ejercicio”.

Derivado de lo anterior, la Dirección de Finanzas emite mensualmente los estados de cuenta a cargo del Gobierno Federal por jubilaciones y pensiones, en los que se detallan los recursos recibidos, los recursos erogados y los reintegros realizados, los cuales son reportados a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

### Reservas Financieras del Instituto

Las reservas financieras con que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social constituyen una herramienta que coadyuva a la salvaguarda de su suficiencia financiera. Las políticas para su gestión tienen el propósito de preservar su valor a través del tiempo y promover su crecimiento, en condiciones de seguridad, rentabilidad y liquidez (IMSS, 2022).

Como lo menciona el autor Carlos Soto en su libro El Sistema Mexicano de Pensiones (Soto C, 1991):

El Instituto se constituyó sin capital, y aún antes de realizar el primer cobro de cuotas, comenzó a otorgar prestaciones en especie y en dinero; en consecuencia, durante los primeros años le fue imposible destinar fondos para la constitución de las reservas, ya que era incongruente el que se contara con reservas financieras sin tener las instalaciones necesarias para la prestación de los servicios.

Hasta 1980 se inició la constitución formal de las reservas correspondientes a los ramos de pensiones, para lo cual, fue necesario adoptar el sistema de primas escalonadas, ya que las condiciones requeridas por los sistemas originales, respecto a reservas, no se cumplieron, por haberse destinado los remanentes en su totalidad, a inversiones en infraestructura.

El IMSS es una entidad sensible ante los cambios de la economía. Los niveles de empleo, salarios y precios, así como de diversos factores monetarios y sociodemográficos inciden en su funcionamiento.

La salud financiera es el medio indispensable para que el IMSS atienda su propósito, buscando que el Instituto extienda su manto solidario a mayores núcleos de población. Para que el IMSS persista como una institución solidaria y viable en el presente siglo, es indispensable enfrentar los retos y fortalecerlo, librando los obstáculos y proveyendo las condiciones indispensables para garantizar su sustentabilidad financiera y operación en el largo plazo.

Por lo anterior, la reforma a la Ley del Seguro Social de 2001 fortaleció la posición financiera del Instituto, apoyando la constitución de reservas financieras suficientes para garantizar en el futuro las prestaciones que otorgan los distintos seguros, y asegurar la dotación de servicios médicos, hospitalarios y prestaciones económicas y sociales a que tienen derecho las personas afiliadas y sus dependientes económicos, para lograr mayor eficiencia en el ejercicio presupuestario, y estableciendo un mecanismo más técnico de constitución y manejo de las reservas financieras.

Al efecto, la reforma definió el carácter de las reservas que se constituyeron, como pasivos del Instituto, con el fin de garantizar el debido y oportuno cumplimiento de las obligaciones que el mismo contraiga, derivadas de los seguros y la prestación de servicios que establece la ley, por lo que no formarán parte de su patrimonio.

Asimismo, establece que solo se podrá disponer de esas reservas para cumplir los fines previstos en la propia ley, a fin de garantizar la viabilidad financiera de largo plazo del Instituto. Para ello, se propuso constituir y contabilizar cada reserva de manera separada, registrándola como un pasivo correspondido por un activo financiero, debiéndose realizar las aportaciones para su incremento o reconstitución cada 3 meses, de manera provisional y en forma definitiva, al cierre de cada ejercicio.

Se propuso así, constituir cuatro tipos de reservas:

- 1) Reservas Operativas
- 2) Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
- 3) Reservas Financieras y Actuariales
- 4) Reserva General Financiera y Actuarial



Se mantiene el principio de que, en el caso del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, se deberán afectar sus recursos a las cuentas individuales correspondientes a cada persona asegurada, conforme a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro vigentes.

Adicionalmente, la Ley estableció que las Reservas Financieras y Actuariales, y la Reserva General Financiera y Actuarial se constituirán en la forma, términos y plazos que se establezcan en el reglamento que al efecto emita el Ejecutivo Federal, considerando el informe que el Instituto le envíe respecto de las condiciones demográficas de la población beneficiaria que cubra cada seguro conforme a sus peculiaridades, los costos de prestación de los servicios correspondientes, las características de los ciclos económicos, las probabilidades de fluctuaciones tanto en la siniestralidad como financieras, y las posibilidades de que se presenten siniestros de carácter catastrófico o cambios drásticos en las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población derechohabiente.

A partir de 2002, los recursos financieros del Instituto se dividieron entre Reservas Operativas y Reservas Financieras y Actuariales que, a su vez, se dan para cada seguro en particular y en una Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento. Las Reservas Operativas se utilizan para financiar los gastos normales, pudiendo acudir a la de Contingencias y Financiamiento para atender situaciones especiales de financiamiento a un seguro, con base en decisiones del H. Consejo Técnico. Las Reservas Financieras y Actuariales también son específicas para cada seguro, y buscan contener los fondos que servirán para enfrentar obligaciones futuras. La Reserva General Financiera y Actuarial es una reserva global y está diseñada para enfrentar efectos catastróficos y otros impactos importantes en las finanzas del IMSS.

Es así como en 2002 se constituyeron las Reservas Financieras y Actuariales integradas por la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados, Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro de Invalidez y Vida, así como la Reserva General Financiera y Actuarial. Posteriormente, en noviembre de 2011, se creó la Reserva Financiera y Actuarial correspondiente al Seguro de Enfermedades y Maternidad.

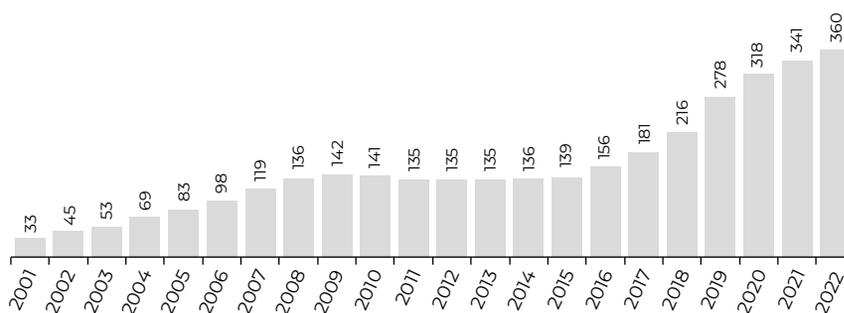
Recientemente, derivado de los resultados de los Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2021 y 2021-2022, y del Informe Financiero y Actuarial 2020 y 2021 —en los que se revela la posibilidad de que se revierta, en el mediano plazo, la suficiencia financiera estimada para el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, principalmente derivado de la reforma a los Artículos 201 y 205 de la Ley al Seguro Social de 2020, que implicó otorgar el derecho al servicio de Guardería a las personas trabajadoras sin distinción de género, pero sin considerar modificación a su esquema de financiamiento— se plantearon las ventajas que representaría para el IMSS la constitución de la Reserva Financiera y Actuarial para este seguro, con el propósito de atenuar las presiones de gasto que se prevé se generarán por la ampliación de la cobertura del servicio. Por lo anterior, durante septiembre de 2022, se constituyó la Reserva Financiera y Actuarial para dicho seguro.

Adicionalmente, el Instituto también enfrenta el reto derivado de las obligaciones de carácter laboral adquiridas con sus propios trabajadores y trabajadoras. En efecto, el fuerte ritmo de creación de plazas dentro del Instituto en las décadas de 1970 y 1980 se tradujo en un número importante y creciente de personas trabajadoras jubiladas del

propio Instituto. La problemática señalada se vio sustancialmente agravada por el hecho de que durante las décadas referidas no se crearon las reservas financieras para respaldar los pasivos laborales<sup>12</sup> contraídos. A partir de la reforma de la Ley del Seguro Social de agosto de 2004, se creó el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, con objeto de disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de sus personas trabajadoras.

Así, al cierre de 2021 y 2022, el saldo contable de las Reservas y Fondo Laboral ascendió a 340,985 y 360,004 millones de pesos<sup>13</sup>, respectivamente (gráfica 6).

**GRÁFICA 6**  
**EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LAS RESERVAS Y FONDO LABORAL<sup>1/</sup>, 2001-2022**  
(miles de millones de pesos<sup>2/</sup>)



<sup>1/</sup> La reforma a la Ley del Seguro Social del 21 de diciembre de 2001 (Artículos 280 y 286 K) estableció la estructura y constitución actual de reservas del Instituto.

<sup>2/</sup> Las cifras pueden variar por redondeo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

### Suficiencia financiera del Instituto

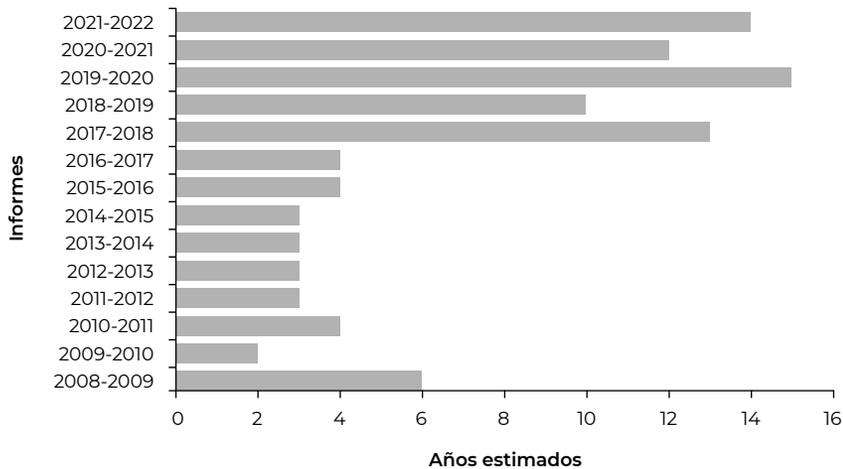
Considerando los ingresos, gastos, excedentes y fondeo de reservas, en los Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS de 2008 a 2012, se estimaba que el Instituto tendría en promedio 4 años de suficiencia financiera. Posteriormente, de 2012 a 2018, las estimaciones indicaban que en promedio el Instituto tendría 5 años de suficiencia financiera.

En lo que va de la presente administración, en los informes de 2018 a 2022, la expectativa refleja una mayor cantidad de años en los que el Instituto tendría suficiencia financiera con un promedio de 13 años. Lo anterior implica que, gracias al apego a la disciplina presupuestaria y a la implementación de acciones para la optimización del gasto aplicadas en la presente administración, el Instituto aumentó en 2.6 veces el horizonte en el que se prevé que tenga suficiencia financiera (gráfica 7).

Esta suficiencia conlleva una flexibilidad adecuada para implementar las medidas necesarias que permitan aumentarla a través del tiempo.



**GRÁFICA 7**  
**AÑOS ESTIMADOS DE SUFICIENCIA FINANCIERA DEL IMSS, INFORMES AL EJECUTIVO, 2008-2022**



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

### Un paso adelante

Actualmente, la Dirección de Finanzas diseña y encabeza la implementación de proyectos innovadores con una visión financiera y social que permita al Instituto diversificar sus inversiones, obtener una rentabilidad potencialmente mayor a la que obtendría en el mercado de renta fija y reducir la presión financiera, lo anterior se traducirá en una mejor perspectiva para las finanzas institucionales y en mejores condiciones para la población derechohabiente.

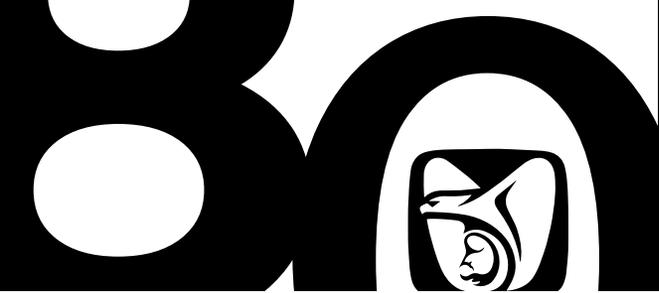
Asimismo, dichos proyectos conllevarían un desarrollo a su respectivo sector, ya que se espera que contribuyan al impulso y profundidad del mercado respectivo, promuevan la competencia económica y que, consecuentemente, esto se refleje en beneficios para las personas usuarias finales de cada producto a través de mejores condiciones en cuanto a costos y servicios; y con ello contribuir al cumplimiento del mandato de compromiso social que tiene el Instituto de garantizar la protección de los medios de subsistencia de las y los trabajadores de México, así como de sus familias, y procurar preservar el patrimonio de las personas pensionadas y jubiladas mediante la protección de sus medios de subsistencia.

Innovación, actualización y compromiso constantes son clave para fortalecer la sostenibilidad financiera del IMSS.



# CAPÍTULO III

Las prestaciones médicas



### III.1. PRESTACIONES DEL SERVICIO MÉDICO

Célida Duque Molina, Ricardo Avilés Hernández y Gabriela Borrayo Sánchez

#### Creación del Instituto Mexicano del Seguro Social

Como respuesta a las necesidades de la población trabajadora en México, el Lic. Ignacio García Téllez propuso la creación de un Seguro Social que otorgara la prestación de servicios de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria (Zertuche F, 1944).

El 19 de enero de 1943 se consolidó esta propuesta con la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Ley del Seguro Social (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 1943); lo que significó el inicio de operaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), siendo Presidente el Gral. Manuel Ávila Camacho. Su principal objetivo es “garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”. Inició actividades el 1 de enero de 1944, como un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propio (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2017b).



- Con el Lic. Ignacio García Téllez y el Presidente Manuel Ávila Camacho, el IMSS vio crecer los primeros cimientos para dar paso a la red de instalaciones médicas para las personas trabajadoras.

El IMSS es un órgano tripartito, constituido por el Gobierno Federal y los sectores patronal y obrero, considerado como la organización de seguridad social más grande de América Latina que atiende a más de 80 millones de derechohabientes (Zertuche F, 1944). Su primer Director fue Vicente Santos Guajardo, quien permaneció en el encargo solo un año.

En 1944, el Lic. Ignacio García Téllez fue nombrado Director General del Instituto, implantando los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, así como seguros adicionales y facultativos (IMSS, 2018b). La prestación de servicios médicos se implementaría a través de consultas médicas, atención domiciliaria y hospitalización, por lo que se requería de la recaudación de cuotas obrero-patronales y del Estado para poder dar respuesta al panorama epidemiológico que enfrentaba el país; altas tasas de mortalidad con más de 50% de defunciones del total de nacimientos registrados, afectando más al grupo de menores de 4 años como consecuencia de enfermedades digestivas por falta de atención médica, cuidados prenatales y perinatales, mala alimentación e incluso falta de recursos económicos. Otro grupo vulnerable eran las mujeres embarazadas, anualmente morían 14,751 madres. A nivel nacional, la morbilidad se reportaba con un índice de 35%, lo que se traducía en 7 millones de habitantes con alguna enfermedad, de una población de 20 millones (IMSS, 2018b).

- La visión del segundo Director General del IMSS era abarcar más que las enfermedades profesionales de la población beneficiaria, con hospitalización y consultas domiciliarias.



Los problemas de salud que con mayor frecuencia enfermaban a la población eran principalmente tuberculosis, sífilis, paludismo y gastroenteritis; padecimientos que al ser detectados a tiempo permitirían mejorar la calidad de vida y la aplicación de medidas de prevención de los grupos más afectados, por lo que fue necesario diseñar programas de atención para la salud en niñas, niños, madres y personas trabajadoras. Para iniciar operaciones el Instituto subrogó, mediante empresas y sindicatos a clínicas, hospitales o consultorios particulares, los servicios de atención médica; en ese entonces se contaba con más de 40 clínicas y 110 consultorios particulares con capacidad para atender a más de 200 mil personas trabajadoras (IMSS, 2017b).

### Primer director médico, Dr. Gaudencio González Garza

El Dr. Gaudencio González Garza destaca como el autor intelectual y material de la planeación, reclutamiento y del funcionamiento del instituto de seguridad social más importante de México y América Latina. Se dedicó a buscar colaboradores y convenció a un grupo de profesionales, entre ellos una docena de médicos, un pasante de Medicina, un odontólogo y dos psicólogos, para dar inicio con los primeros servicios de Consulta Externa, Atención Domiciliaria, Hospitalización, reglamentos de Urgencias, traslados, accidentes de trabajo, maternidad, farmacia, recetarios y prescripciones, manejo y tratamiento de personas con enfermedades mentales, padecimientos infecciosos y tuberculosis; además de calcularse plantillas de personal, horarios laborales, cuadros básicos de mobiliario y equipo, instrumental y material de curación, así como la formulación de un cuadro básico de medicamentos (IMSS, 2017b).

Para finales de 1943 se logró una estructura teórica del IMSS, sin contar con instalaciones adecuadas, por lo que fue necesario subrogar todas las clínicas que brindarían los servicios; entre ellas, la de Consulta Externa cuyo primer consultorio se instaló el 5 de enero de 1944 en las calles Mariscal y Rosales, en la colonia Tabacalera. El Hospital No. 1 se ubicó en la esquina de la calle Michoacán y avenida México, en la colonia Condesa; se fundó el servicio para infecciosos, ubicado en la avenida Inglaterra #129, en la colonia Parque San Andrés, en Coyoacán (Zertuche F, 1944).



- Ante la falta de instalaciones adecuadas, el Instituto comenzó a subrogar todas las clínicas que brindaban los servicios de consulta externa, la primera de ellas en la colonia Tabacalera.

El Dr. González Garza fue director médico hasta julio de 1944, porque se fue a estudiar Organización de hospitales a Estados Unidos. A su regreso a México, fue comisionado en el Seguro Social como asesor de construcción de hospitales, luego se integró a las áreas de Auditoría, Quejas y Servicios Foráneos. Paralelamente, tuvo varios cargos de representación en el Comité Ejecutivo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, donde llegó a ocupar la Secretaría de Previsión Social, acuñando la frase “Ayer fuimos pioneros y hoy somos veteranos. Estamos presentes” (IMSS, 2017b).



### **Julieta Rico Sierra, la primera enfermera**

En el Seguro Social, la vocación de servicio tiene nombre y apellidos: Julieta Rico Sierra, es la primera de más de 100 mil profesionales de Enfermería que actualmente tiene el IMSS. Conoció su vocación cuando terminó la primaria, su madre la consideró demasiado joven para tal responsabilidad, y estudió para secretaria.

Su título de Enfermería lo culminó el 6 de mayo de 1937 y fue en 1943 que ingresó al Seguro Social como taquimecanógrafa en la Tesorería, donde llevaba la nómina y cuentan que en una sola hoja cabía todo el personal del IMSS, desde el director hasta el mozo, de nombre Pablito Lorenzana. Muy pronto pasó al Departamento Médico, donde auxiliaba a los doctores cuando se requería consulta para el personal del Instituto, actividad de Enfermería a la que se dedicaría de tiempo completo a partir de la llegada de Ignacio García Téllez como Director General del IMSS. Ese año, Julieta Rico Sierra recibió el cargo de jefa general de enfermeras del IMSS y, en reconocimiento a su extraordinaria vocación de servicio, el personal médico le decía: "Enfermera en jefe". Julieta Rico enfrentó y superó muchas etapas en el servicio de Enfermería (IMSS, 2017b).



- La enfermera Julieta Rico Sierra ingresó al Seguro Social en 1943 y su extraordinaria vocación de servicio la llevó a ocupar el cargo de Jefa General de Enfermeras.

### **Crecimiento del IMSS**

A un año de su ejercicio, se habían registrado 3'150,772 consultas, el equipo médico estaba integrado por 825 doctores, 111 practicantes, 647 parteras, 201 químicos responsables y auxiliares de farmacias, así como 42 químicos y técnicos de laboratorio (IMSS, 2018b).

En dos años, el IMSS consiguió extenderse a Puebla, Monterrey y Guadalajara. La inauguración de la Oficina de Previsión y Prevención de Enfermedades, en 1945, había conseguido que se redujeran notablemente los índices de morbilidad y mortalidad de la población derechohabiente. La infraestructura del Instituto estaba en pleno crecimiento, aunque las primeras obras habían sido adaptaciones de casas para

prestar los servicios médicos que eran necesarios, la administración del Lic. Ignacio García Téllez había trabajado para el establecimiento de:

- Clínica No. 1, en la esquina de Michoacán y avenida México.
- Clínica de Neumología, en las calles Campeche y Monterrey, colonia Roma.
- Hospital No. 1, en el antiguo Hotel Ambassador, en la colonia Hipódromo.
- Hospital No. 2, en la Clínica del Doctor Ortiz Tirado.
- Hospital No. 3 de Neumología, en el Soriano, en la colonia Narvarte.
- Hospital No. 4 de Traumatología, en el Hospital Italiano, en Calzada de Tlalpan, posteriormente Clínica No. 10.
- Hospital No. 5, de Ferrocarrileros, en avenida Colima.



- En 1964, y con 6.3 millones de derechohabientes, el IMSS contaba con 269 unidades médicas de consulta externa, hospitalización y mixtas.

De la Maternidad No. 1, actualmente Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, ubicado en Gabriel Mancera #222, colonia Del Valle, su construcción estuvo a cargo del Arq. Félix Salas y fue ahí en donde se realizó el primer mural encargado a Pablo O’Higgins y Leopoldo Méndez en 1946 (IMSS, 2018b).

La construcción de unidades médicas hasta ese momento había sido portentosa. Según datos preliminares, de 1959 a 1964 se habían construido 269 unidades, de esas, 180 se habían destinado a Consulta Externa; 61 a función mixta de Consulta Externa y Hospitalización y 28 a Hospitalización (IMSS, 2018b).

Durante 1963, el Instituto impartió 22 millones de consultas médicas distribuidas de la siguiente manera: 41.66% para hijas e hijos de las personas aseguradas; 25.56% para los asegurados; 21.66% para sus cónyuges, concubinas o concubinarios; 7.39% para las aseguradas y 2.53% a madres y padres pensionados y sus familiares, algo extraordinario (IMSS, 2018b).

La población derechohabiente estimada al 31 de mayo de 1964 fue de 6.307 millones de derechohabientes, de los cuales, 2.051 millones eran personas trabajadoras aseguradas cotizantes y 4.138 millones eran familiares, con 118 mil personas pensionadas; 8.34% se integraba por personas trabajadoras del campo, es decir, ejidatarios, colonos, cañeros y trabajadores estacionales (IMSS, 2018b).



### Centro Médico Nacional “La Raza”

El hospital se inauguró de manera simbólica el 12 de octubre de 1952 por el Presidente de la República, Miguel Alemán Valdés. Posteriormente, el 10 de febrero de 1954, se develaron el mural de Diego Rivera “El pueblo en demanda de salud”, que forma un díptico, junto con “Por una seguridad completa y para todos los mexicanos”, de David Alfaro Siqueiros.

- El Centro Médico Nacional “La Raza” fue inaugurado el 12 de octubre de 1952, por el Presidente Miguel Alemán Valdés.



Del 2 al 6 de marzo de 1964, en el Hospital “La Raza” se realizaron las Jornadas Médicas conmemorativas por su X aniversario, como anticipo al gran anuncio que se haría, ya que se transformaba en Centro Médico Nacional “La Raza” “Dr. Gaudencio González Garza”. Con esa misma fecha, el complejo hospitalario de “La Raza” incluyó e inauguró el Centro del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 (IMSS, 2017b).



- El Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 fue dirigido por el Dr. Luis Castelazo Ayala.



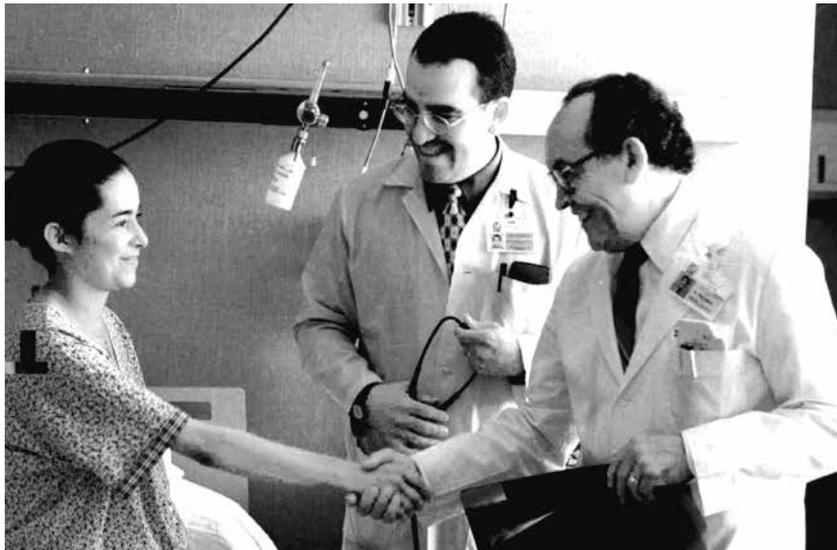
- El mural de Diego Rivera “El pueblo en demanda de salud” fue develado hasta febrero de 1954 el Centro Médico Nacional “La Raza”.



De acuerdo con informes anuales del Centro Médico Nacional “La Raza”, entre 1989 y 2000, se había realizado el mayor número de trasplantes del Sector Salud en una sola institución para este periodo, ya que se efectuaron 432 procedimientos renales y 24 cardíacos, con una tasa de sobrevida actuarial superior a 80% para riñón y 60% para corazón a 5 años, respectivamente. Inició con cuatro camas en 1989, en esa primera etapa se realizaron los primeros protocolos médicos y 10 trasplantes renales con éxito; posteriormente, en 1990 se realizó la primera procuración multiorgánica y hasta el año siguiente el primer trasplante renal transregional. Para 1994, se lograron 89 trasplantes con una sobrevida de 89% a 1 año (IMSS, 2017b).

En septiembre de 1979, se realizó con éxito el primer trasplante de médula ósea en el Hospital General del Centro Médico Nacional, ahora Hospital de Especialidades del CMN “Siglo XXI”. Una década después del primer trasplante, el 2 de noviembre de 1989, el Dr. José González Llaven y el Dr. Roberto Ovilla Martínez realizaron el trasplante de médula ósea en el Servicio de Hematología, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, a un paciente que padecía leucemia aguda, el evento fue importante porque aumentaba las posibilidades de supervivencia, significaba que tenía 60% de probabilidades de curarse (IMSS, 2017b).

El 21 de julio de 1988 se realizó el primer trasplante de corazón exitoso en México y América Latina, hecho posible por la habilidad y experiencia del Dr. Rubén Argüero Sánchez, académico de la Facultad de Medicina de la UNAM y de un equipo de especialistas y enfermeras del Centro Médico Nacional “La Raza” (IMSS, 2017b).



- El Centro Médico Nacional “La Raza” fue sede del mayor número de trasplantes del Sector Salud entre 1989-2000.

### **La fundación del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”**

El Lic. Adolfo López Mateos, siendo Presidente de la República, designó a Don Benito Coquet Lagunes como Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social. Durante la administración que encabezó, se construyó una cantidad extraordinaria de unidades médicas, entre ellas el Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, inaugurado el 15 de marzo de 1963. Sus instalaciones incluían el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2, Hospital General, Hospital de Oftalmología, Hospital General para la Comisión Federal de Electricidad, Hospital de Pediatría, Hospital de Traumatología y Ortopedia, Hospital de Cardiología y

Neumología, Hospital de Oncología, Hospital de Convalecencia, Banco Central de Sangre, Farmacia, Unidad Central de Anatomía Patológica, Unidad de Investigaciones Médicas, Unidad de Habitaciones, Escuela de Enfermería, Central de Ambulancias, Mantenimiento, Lavandería, Oficinas Generales y la Unidad de Congresos (IMSS, 2017b).



- El Centro Médico Nacional "Siglo XXI" abrió sus puertas el 15 de marzo de 1963 y cuenta con la Unidad de Congresos, como un valioso auxiliar para el intercambio de conocimientos y la difusión de la cultura.

Después del sismo de 1985, el número de hospitales se redujo de nueve a cuatro: Pediatría, Cardiología, Oncología y Especialidades Médicas, con 846 camas en total y el Banco Central de Sangre. La superficie construida fue de más de 222 mil metros cuadrados; en dichos edificios se unió la tradición con la vanguardia. Desde entonces, en el Centro Médico Nacional "Siglo XXI", además de los hospitales, se encuentran edificaciones que alojan la Unidad de Congresos "Doctor Ignacio Morones Prieto" y el Centro Único de Información "Ignacio García Téllez". También se ubica la Unidad de Educación e Investigación, una sala del primer complejo hospitalario actualmente conocido como "Siglo XXI", 16 exposiciones, el edificio para la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Nacional de Medicina; la farmacia, una estación del metro; servicios bancarios, un restaurante y una cafetería (IMSS, 2017b).



- El CMN "Siglo XXI" fue construido sobre 22 mil metros cuadrados y resultó gravemente afectado en cinco de sus nueve hospitales con el sismo de 1985.



### **El Hospital de Maternidad más grande del mundo en el IMSS**

Entre tantos acontecimientos de la época, de pronto una noticia llamó la atención de la sociedad mexicana en la década de 1950: La Convención Mundial de la Seguridad Social reportó que la Maternidad más grande del mundo estaba en México, y el responsable del hospital era el Dr. Carlos Alexanderson (IMSS, 2018b). Conocido entonces como la Maternidad No. 1, en la actualidad es el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, ubicado en Gabriel Mancera #222, colonia Del Valle (IMSS, 2017b).

### **Primer Departamento de Investigación del Centro Médico Nacional**

El Departamento de Investigación del Centro Médico Nacional quedó establecido en 1967, se planeó para funcionar con personal dedicado de tiempo completo a las actividades de investigación en áreas específicas del conocimiento: Patología, Bioquímica, Biología de la Reproducción, Biología Celular, Fisiología, Farmacología, Diseño Experimental, Cirugía Experimental y Genética. El IMSS actualmente cuenta con cinco Centros de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO), ubicados en Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León y Puebla (IMSS, 2017b).



- El Centro Médico Nacional “Siglo XXI” cuenta, desde 1967, con el Departamento de Investigación para desarrollar, de tiempo completo, actividades de conocimiento médico.

Para resaltar el trabajo de las y los médicos investigadores en el país, también en 1967, se creó la revista Archivos de Investigación Médica, como órgano del Instituto Mexicano del Seguro Social. A partir de 1992, la revista se empezó a publicar completamente en inglés y se transformó en Archives of Medical Research, siendo ahora la de mayor impacto a nivel nacional (IMSS, 2017b).



- Creada en 1967, la revista Archivos de Investigación Clínica se transformó en Archives of Medical Research, publicación médica de mayor impacto a nivel nacional.

### Centro Médico Nacional de Occidente

Derivado del incremento de afiliados a nivel regional, se inició la descentralización de los servicios de alta especialidad, en 1967 se iniciaron las atenciones en el Hospital de Pediatría, el Hospital de Gineco-Obstetricia y la Clínica "A" No. 3, liberando espacios del Hospital Ayala, que se remodeló y se convirtió en Hospital General Regional de Alta Especialidad del Noroccidente del país. El 1 de octubre de 1977 fue denominado Hospital de Especialidades por el entonces Presidente de la República, José López Portillo, como parte de la infraestructura del Centro Médico Nacional de Occidente. A 2022, el Centro Médico Nacional de Occidente lleva 45 años de historia institucional (IMSS, 2017b).



- En 1967 comenzó la descentralización de los servicios de alta especialidad, que derivó en 1977 con la creación del Centro Médico Nacional de Occidente en Jalisco.

### **Primer conjunto hospitalario de Traumatología y Ortopedia Magdalena de las Salinas**

En octubre de 1981, el Presidente José López Portillo, y el Director General del IMSS, Lic. Arsenio Farrell Cubillas, inauguraron este conjunto tan importante en la actualidad. La relevancia de este conjunto hospitalario radicó en que antes de 1979 el IMSS contaba con la especialidad de Traumatología y Ortopedia solamente en una Unidad del Centro Médico Nacional y en un edificio adaptado para Ortopedia en el área de Tlatelolco, además de 150 camas subrogadas en otros hospitales. Inició operaciones con 268 camas, constituyéndose como el más grande de América Latina con esta especialización (IMSS, 2017b).



- En 1981, el Gobierno Federal y el IMSS inauguraron el Hospital de Traumatología y Ortopedia "Magdalena de las Salinas".

### **La cirugía reconstructiva y microcirugía**

En beneficio de las personas trabajadoras que sufrían accidentes de trabajo y que perdían alguna parte de sus extremidades, el Dr. José Luis Valdés Galicia, Jefe de Cirugía Reconstructiva del Centro Médico Nacional "La Raza", realizó trabajos de excelencia en el área de Microcirugía (IMSS, 2017b).

### **PrevenIMSS**

En cuanto a la mejora de servicios, parte importante es la prevención, por lo que en 2002 se implementaron los Programas Integrados de Salud PrevenIMSS con el objetivo de proveer sistemática y ordenadamente acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, así como la salud reproductiva.

A 10 años de su creación, PrevenIMSS había mejorado la salud de la población y se había hecho el compromiso con el Presidente de la República de aumentar de 28 a 30 millones de consultas PrevenIMSS para 2015. Se creó la receta resurtible porque del medio millón de consultas que se daban por día, un porcentaje significativo era de gente que estaba enferma de algo crónico como diabetes e hipertensión y que estaba controlada, que acudía con el personal médico para que le renovara la receta, entonces se cambió la norma y se dieron recetas resurtibles que valen por 3 meses (IMSS, 2017b).



- En 2002 se lanzaron los Programas Integrados de Salud PrevenIMSS para proveer, de forma sistemática, acciones relacionadas con la promoción de la salud.

En octubre de 2017 se implementó la calculadora CHKT en línea para medir el riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión arterial, y esto permite formalizar una cita con el personal médico familiar y prevenir la enfermedad.

### **Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas**

Es un enfoque para atender las necesidades de salud de la población a lo largo de la vida, desde las y los pacientes sanos, en riesgo y con enfermedades crónicas en todos los puntos del continuo de la salud. Su implementación fue en el primer nivel de atención en la Unidad de Control Metabólico en Nuevo León, y permite identificar, conocer y captar a la población derechohabiente para estratificarla de acuerdo con sus factores de riesgo; focalizando las acciones preventivas y correctivas específicas a cada grupo de riesgo, lo que permite dar seguimiento a la población derechohabiente a través de herramientas tecnológicas para asegurar su progreso (IMSS, 2016).



- En la Unidad de Control Metabólico de Nuevo León se brinda un enfoque para atender las necesidades de salud con el Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas (MPEC).

## Unifila

Esta iniciativa fue implementada en enero de 2017 (IMSS, 2017c) y funciona en las Unidades de Medicina Familiar al reducir los tiempos de atención en 54% en pacientes espontáneos y en la referencia al segundo nivel de atención médica que tardaba 7 días y actualmente 30 minutos, es decir, se redujo en 99%. En tanto, las urgencias se atienden por nivel de gravedad y no por orden de llegada, en menos de 8 minutos. En lo que respecta al tiempo de espera para asignación de una cama hospitalaria, a noviembre de 2017 se registró 76% de reducción.

El programa Cirugías de Fin de Semana funciona desde 2016 y, a la fecha, se han practicado alrededor de 13 mil cirugías, que equivalen a 150 a la semana, con una reducción en tiempos de espera de 85% en la especialidad de Traumatología y Ortopedia.

El protocolo Código Infarto, internacionalmente conocido, se implementó en el IMSS en 2015 y es el de mayor cobertura en América Latina; ha reducido más de 60% la fatalidad en caso de infarto, con una cobertura nacional, con funcionalidad las 24 horas los 7 días de la semana, posicionando al IMSS a la vanguardia en el cambio de la historia natural del infarto agudo del corazón.

- Los centros de atención telefónica del IMSS también han contribuido a mejorar el servicio, orientando a las personas derechohabientes en trámites y atención médica, así como tomando nota de sus comentarios.



## Nuevo sismo en 2017

El 19 de septiembre de 2017, después de 32 años, nuevamente se cimbró nuestro país, el epicentro se localizó entre los estados de Puebla y Morelos; algunos inmuebles del IMSS fueron afectados en esos estados y en el Valle de México, por lo que se tuvo que evacuar a las y los pacientes por su seguridad.



- El sismo de septiembre de 2017 puso a prueba la resistencia de las instalaciones médicas del IMSS y solo algunos inmuebles resultaron dañados en Puebla, Morelos y Valle de México.

### El IMSS ante la pandemia de COVID-19

Uno de los mayores retos para el IMSS desde su creación ha sido la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), en febrero de 2020. El IMSS se mostró como el principal pilar de apoyo y respuesta del Estado mexicano para atender la salud de las personas, incluso, sin importar si son derechohabientes; transformándose y adaptándose, atendiendo los mandatos de Salvar Vidas y Cero Rechazos ante la emergencia sanitaria con mayor impacto en la última década (IMSS, 2021c).

El IMSS se adaptó y optimizó su infraestructura, personal y recursos financieros a las necesidades de cada ola, con un monitoreo diario de la capacidad instalada, del índice de positividad y de la focalización de acciones en los estados en situación crítica. Se priorizó la atención médica de la pandemia sin dejar de realizar las actividades en las Unidades de Medicina Familiar, servicios de Urgencias, Hospitalización de pacientes graves, atención de parto y cirugía de urgencias (IMSS, 2022e).



- Las consultas, los estudios y las atenciones fueron adaptadas ante la pandemia de COVID-19 para evitar contagios entre el personal y la población usuaria.

Un hecho relevante fue la contratación histórica de más de 40 mil plazas para personal de salud con el fin de fortalecer la atención hospitalaria tanto en los servicios de Urgencias como en Hospitalización, considerándose el desgaste del personal, tanto físico como mental y psicológico, así como el ausentismo de las personas trabajadoras portadoras de factores de riesgo y personal contagiado (IMSS, 2022e).

Siempre de la mano con el SNTSS se lograron grandes acuerdos, como la creación de las estrategias: Bono COVID, Permiso COVID, sobresueldo por enfermedad infectocontagiosa, reconocimiento de enfermedad de trabajo; junto con el Gobierno Federal se hizo la distinción y reconocimiento al personal de salud que se distinguió por su actuación en la atención de las y los pacientes COVID-19 con la Presea Miguel Hidalgo y Costilla (IMSS, 2022e). Se dotó de equipo de protección personal para garantizar la seguridad de todas las personas trabajadoras en las áreas de primera línea, en quienes también se inició la vacunación.



- Pacientes que tuvieron el nuevo coronavirus se retiraron entre aplausos del personal médico y familiares.

Se diseñaron estrategias para el incremento de camas hospitalarias fuera de las unidades médicas del Instituto, como los Centros de Atención Temporal (CAT); también la apertura anticipada de hospitales pendientes de inauguración. Por otro lado, se instalaron los Módulos de Atención Respiratoria del Seguro Social (MARSS); se estableció la estrategia de entregar a las personas portadoras de COVID-19 un kit que contenía: oxímetro, termómetro, cubrebocas, alcohol gel y paracetamol, como apoyo para su control, tratamiento y seguimiento, para conocer la evolución de las y los pacientes a través de la consulta vía telefónica, innovándose la consulta digital (teleconsulta), además de implementarse la atención psicológica y psiquiátrica, tanto para el personal de salud como para la población que requería atención de este tipo (IMSS, 2022e).



- El IMSS respondió rápidamente y creó los Módulos de Atención Respiratoria del Seguro Social con el objetivo de detectar, de manera oportuna, contagios del SARS-CoV-2.

Desde el segundo trimestre de 2021, el IMSS fue una de las pocas instituciones a nivel mundial que inició la Estrategia de Recuperación de Servicios, incluyendo consulta externa de especialidades, Hospitalización COVID-19 y no COVID-19, intervenciones quirúrgicas, trasplantes, detecciones de enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de continuar con el manejo integral de la COVID-19 a nivel hospitalario y ambulatorio con excelentes resultados, a través de la estrategia denominada Jornadas Nacionales de Recuperación de Servicios y Jornadas Monotemáticas.



- Aunque los esfuerzos médicos se concentraron en la atención de la pandemia, los otros servicios médicos no se detuvieron.

Otra de las estrategias relevantes fueron los acuerdos intersectoriales para la atención de la COVID-19, así como convenios con hospitales privados para la atención de derechohabientes con enfermedades no COVID-19 que, por su naturaleza, eran urgentes o prioritarias. También se realizó un convenio con el Hospital Infantil Teletón de Oncología en la Ciudad de Querétaro para dar continuidad a la población derechohabiente con estos padecimientos, minimizando los riesgos de contagio (IMSS, 2022e).

En el primer semestre de 2022, con el descenso de los contagios por la COVID-19, la Dirección de Prestaciones Médicas estableció metas de acuerdo con el comportamiento epidémico y rezagos. Además de optimizar los recursos e infraestructura disponibles, con énfasis en hospitales de tiempo completo, se programaron 20 Jornadas Nacionales para la Continuidad de los Servicios Ordinarios por OOAD y UMAE, que en solo 12 ediciones sumaron 1'858,970 atenciones; dando continuidad al otorgamiento de servicios de consulta de Medicina Familiar, especialidades, cirugías, detecciones oportunas de diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cáncer cervicouterino, así como cirugías de trasplante, entre otros (IMSS, 2019c).

- Pasada la emergencia sanitaria, desde el primer semestre de 2022 el reto de Prestaciones Médicas fue resarcir el rezago de cirugías reprogramadas.



### Proyecto transformador PRIISMA

El IMSS se transforma a través de los proyectos prioritarios 2022, que están alineados con las prioridades de la Dirección General, específicamente el Proyecto PRIISMA: Preventivo, Resiliente, Integral, Innovador, Sostenible, Moderno, Accesible, con cinco proyectos: 1) Grupos en situación de vulnerabilidad, 2) Atención eficiente y eficaz, 3) PrevenIMSS revalorizado, 4) Universidad IMSS y 5) IMSS resiliente pos-COVID-19 (gráfica 8).

**GRÁFICA 8  
MODELO PRIISMA IMSS**



En la atención a grupos en situación de vulnerabilidad se ha considerado el desarrollo de estrategias con enfoque en derechos humanos para la atención de cinco grandes grupos vulnerados: 1) Niñas, niños y adolescentes con cáncer; 2) Mujeres embarazadas, personas gestantes y lactantes; 3) Personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); 4) Personas adultas mayores, y 5) Personas con discapacidad. Las estrategias de este proyecto buscan innovar y mejorar el desempeño integral de servicios de salud otorgados a estos grupos, incluyendo un enfoque transversal de derechos humanos.



- El personal del Seguro Social siempre tuvo claro que la prioridad de atención eran los grupos vulnerables como niñas, niños, mujeres embarazadas, personas adultas mayores y personas con alguna discapacidad o VIH.

### **III.2. LA INVESTIGACIÓN EN LOS 80 AÑOS DEL IMSS: DESDE EL DESCUBRIMIENTO HASTA LA MEDICINA DE PRECISIÓN**

Laura Cecilia Bonifaz Alfonso, Eduardo Antonio Ferat Osorio y Carlos Alberto Durán Muñoz

Desde la fundación del IMSS, se planteó la importancia de la investigación en salud como una de las principales funciones del Instituto, que se asentaron en el Artículo 107 de la Ley del Seguro Social y cuya fracción VIII establecía: “Difundir conocimientos y prácticas de previsión”. Las reformas a la LSS han refinado y fortalecido las funciones relativas a la investigación en salud. Así, en la reforma publicada el 21 de diciembre de 1995, las facultades y atribuciones institucionales establecidas en el Artículo 251, incluyeron la fracción IX: “Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social”. Posteriormente, en la reforma del 20 de diciembre de 2001, en la fracción XXIV del Artículo 251 se otorgaron al Instituto la facultad y la atribución vigentes en materia de investigación científica: “Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal”.

La referencia a los tres momentos en el contexto legal, que se han plasmado en la LSS, permite abordar la historia de la investigación en salud que se realiza en el IMSS. Desde esta perspectiva, existen tres periodos en el desarrollo de la investigación en el Instituto, que son: el inicio, que incluye su formalización institucional en la década de 1960; la descentralización de la infraestructura y capital humano institucional (1974-1990), y la consolidación de la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud 1991-2022, como se muestra en el cuadro 3.



**CUADRO 3**  
**ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE INVESTIGACIÓN**  
**EN EL IMSS, 1943-2022**

INICIO DE LA INVESTIGACIÓN 1943-1973	DESCENTRALIZACIÓN 1974-1990	CONSOLIDACIÓN 1991-2022
Departamento de Investigación Científica (1966)	Jefatura de Enseñanza e Investigación	Coordinación de Investigación en Salud
Divisiones · Biología de la Reproducción · Laboratorios · Bioquímica · Hormonas Esteroideas · Química · Endocrinología · Fisiología · Patología · Laboratorio Microscopia Electrónica · Inmunología · Farmacología · Nutrición · Genética · Cirugía Experimental y Bioterio · Neurofisiología · Biomatemáticas · Salud Pública (1970)	En este periodo se inició la descentralización de las Unidades y Centros de Investigación · 5 Centros de Investigación Biomédica · 0 Unidades de Investigación Médica · 14 Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica · 6 Unidades de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud · 1 Unidad de Investigación Educativa (1995)	Centros de Investigación Biomédica (CIB): 1. Noreste (1974) 2. Occidente (1976) 3. Sur (1985) 4. Oriente (1991) 5. Michoacán (2010) Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica (UIEC): 1. HE CMN "Siglo XXI" (1985) 2. Coahuila (1990) 3. HP CMN "Siglo XXI" (1990) 4. Colima (1997) 5. HE CMN Occidente (1997) 6. Durango (1998) 7. HGR No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro" (2000) 8. HE CMN Bajío (2005) Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (UIESS): 1. CMN "Siglo XXI" (1994) 2. Monterrey (1994) 3. Investigación Educativa (1995) 4. Social, Guadalajara (1997) 5. Adolescente (1997) 6. Querétaro (1999) 7. Morelos (2000) 8. Envejecimiento CMN "Siglo XXI" (2003) Salud en el Trabajo (2005): 10. Análisis Síntesis Evidencia CMN "Siglo XXI" (2018) Unidades de Investigación Médica: 1. Farmacología (1966) 2. Genética Humana (1969) 3. Inmunoquímica (1981) 4. Enfermedades Endócrinas (1982) 5. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (1984) 6. Nutrición (1984) 7. Enfermedades Oncológicas (1984) 8. Inmunología (1984) 9. Enfermedades Neurológicas (1989) 10. Medicina Reproductiva (1992) 11. Enfermedades Metabólicas (1994) 12. Enfermedades Nefrológicas (1993) 13. Inmunología e Infectología (1995) 14. Yucatán (1996) 15. Bioquímica (2000) 16. Zacatecas (2005) 17. Trombosis, Hemostasia y Aterogénesis (2005) 18. Otoneurología (2006) 19. Enfermedades Renales (2006) 20. Enfermedades Respiratorias (2006) 21. Enfermedades Hemato-Oncológicas (2018) 22. Seguimiento Enfermedades Metabólicas (2018)

**CUADRO 3.**  
(CONTINUACIÓN)

INICIO DE LA INVESTIGACIÓN 1943-1973	DESCENTRALIZACIÓN 1974-1990	CONSOLIDACIÓN 1991-2022	
Fideicomiso IMSS-Ford Foundation (1966-1977)	Fondo para el Fomento de la Investigación (Fofoi) (1984-2007)	Fondo de Investigación en Salud (FIS) (2008-2019)	Fondo de Investigación en Salud (FIS) (2008-2019)

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Como una consecuencia natural de la evolución de la investigación científica del Instituto, y solo como ejemplo, se mencionan algunas de las aportaciones más recientes que las y los investigadores han realizado para el beneficio de la población derechohabiente del IMSS, con enfoque a la asistencia médica, en aspectos preventivos, de diagnóstico y tratamiento del proceso salud-enfermedad.

### **Inicio de la investigación en el IMSS**

Con el objetivo de brindar asistencia en salud y seguridad social, el quehacer institucional en materia de investigación en salud, a partir de su fundación en 1943, se expresó en una serie de esfuerzos individuales aislados que fueron adecuadamente interpretados por el personal médico del IMSS como complementarios y necesarios para registrar, documentar y mejorar la práctica médica en los distintos servicios de salud otorgados a la población mexicana.

Dicha situación se reflejó en los índices bibliográficos internacionales pues, a tan solo 2 años de la creación del Instituto, se tiene registro del primer artículo publicado por personal del IMSS y, a partir de las temáticas abordadas en los primeros 15 artículos científicos publicados entre 1945 y 1965, se pueden identificar la relevancia y orientación de las perspectivas de investigación clínica, epidemiológica, biomédica y en servicios de salud, para la prestación de los servicios de salud (cuadro 4).

**CUADRO 4**  
**PRIMEROS 15 ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS POR PERSONAL DEL IMSS**  
**EN REVISTAS INDIZADAS**

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO
La Oficina de Estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bibliografía Mexicana de Estadística. México. Dirección General de Estadística. 1945. 3:385-390. EID: 2-s2.0-84872436438.	1945
Brigada sanitaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la campaña contra la poliomielitis en la cuenca industrial de Orizaba, Río Blanco, Santa Rosa y Nogales. Sugestiones. 1946. 11(132):191-214. EID: 2-s2.0-84873786866.	1946
La clínica tipo dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Sugestiones. 1946. 11(127):127-147. EID: 2-s2.0-84957358501.	1946
Relaciones del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Mexicana de Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio. 1955. 16(4):350-356. EID: 2-s2.0-84924643885.	1955
Ocho años de cirugía abdominal en la Maternidad 1 del IMSS. Ginecología y Obstetricia de México. 1957. 12(3):195-213. EID: 2-s2.0-70449147613.	1957

**CUADRO 4**  
(CONTINUACIÓN)

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	AÑO
Cervicitis and pregnancy: study of 150 cases at Clinic No. 68 of the Mexican Institute of Social Security. <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> . 1959. 14:201-204. EID: 2-s2.0-70449272663.	1959
The Operative Cholangiogram: Results of Five Hundred Routine Cholangiographic Studies in Operations on the Gallbladder and the Biliary Tract. <i>The American Journal of Gastroenterology</i> . 1959. 32(5):624-628. EID: 2-s2.0-84981831880.	1959
“Programa Legaria” del Instituto Mexicano del Seguro Social. <i>Gaceta Médica de México</i> . 1960. 90:69-78. EID: 2-s2.0-72849165732.	1960
Glucose metabolism in a low-glycolysing tumour, the Morris hepatoma 5123. <i>Nature</i> . 1962. 195(4837):153-155. EID: 2-s2.0-0346188250.	1962
Postcesarean section hystero-graphic control. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> . 1964. 90(2):222-226. EID: 2-s2.0-50549203940.	1964
Aspectos de planeación médica hospitalaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social. <i>Gaceta Médica de México</i> . 1964. 94:815-826. EID: 2-s2.0-84883838372.	1964
El Hospital General de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social. <i>Revista Española de Pediatría</i> . 1964. 20:225-234. EID: 2-s2.0-75949139315.	1964
Resultados Preliminares en el Programa del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Detección del Cáncer del Cérvix. <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> . 1964. 19:155-164. EID: 2-s2.0-75949161903.	1964
Nutritional status and liver function in toxemia of pregnancy. <i>Obstetrics and Gynecology</i> . 1964. 23(2):222-226. EID: 2-s2.0-75549096443.	1964
Prevention of Steroid-Induced Sterility in Neonatal Rats with Thymic Cell Suspension. <i>Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine</i> . 1965. 120:252-255. EID: 2-s2.0-0000259114.	1965

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

La creación del Centro Médico Nacional (CMN) en 1963, actualmente Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, fue determinante. El Secretario de Salud, José Álvarez Amézquita, en el sexenio del Lic. Adolfo López Mateos, asignó al Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez —médico gastroenterólogo y líder en la investigación sobre amibiasis— la responsabilidad de integrar el grupo inicial de personal médico y de investigación que conformaría parte de los hospitales del CMN del IMSS.

Junto con el Dr. Sepúlveda, el Dr. Luis Castelazo Ayala, director del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 1, al compartir la visión e intereses sobre la investigación médica, dio los primeros pasos fundamentales para crear el Departamento de Investigación Científica y formalizarlo en 1966. En ese año, y en el mismo CMN, se creó el Departamento de Investigación en Medicina Experimental (Unidad de Investigación Biomédica), a iniciativa del Dr. Jorge Martínez Manautou de donde surgieron las Divisiones de Patología, Bioquímica, Fisiología (posteriormente Neurofisiología), Farmacología, diseño y cirugía experimentales. Es importante mencionar que la División de Biología de la Reproducción concentró personal de investigación de diferentes disciplinas como Biología Celular y Neuroendocrinología, entre otras, iniciando las bases para el estudio de problemas de investigación desde distintos abordajes.

Sus investigaciones en el ámbito de la anticoncepción hormonal llevaron a esta división al reconocimiento mundial, nos referimos al primer anticonceptivo oral, cuyo reporte fue publicado por el Dr. Martínez Manautou en la revista *Fertility and Sterility* en 1966. El resultado de esta investigación dio lugar, años después, al Programa Nacional

de Planificación Familiar y al Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del IMSS. Durante esta etapa, el financiamiento de la investigación estaba a cargo de un binomio, el Fideicomiso IMSS y la Fundación Ford (1966-1977).



- Encabezados por el Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, en 1963 comenzó a integrarse el personal médico y de investigación de lo que sería el CMN "Siglo XXI".

### **Descentralización de la investigación en el IMSS**

En la segunda etapa, la descentralización implicó la reestructura de los laboratorios, así como la creación y cimentación institucional de los cuatro modelos de Unidades y Centros de Investigación: los Centros de Investigación Biomédica (CIB), las Unidades de Investigación Médica (UIM), las Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica (UIEC) y las Unidades de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (UIESS).

A principios de la década de 1970, nacieron las Unidades de Investigación Biomédica en Monterrey (1974) y Guadalajara (1976), mismas que se transformarían en los llamados Centros de Investigación Biomédica. Con el paso del tiempo se crearían otros tres Centros en distintas entidades de la República Mexicana: Michoacán, Morelos y Puebla.

Un evento significativo ocurrió en 1985. El edificio del Departamento de Investigación del CMN fue demolido tras los daños provocados por el sismo, por lo que algunos de sus laboratorios migraron a hospitales como el de Gineco-Obstetricia No. 4 y al Centro Médico Nacional "La Raza". Finalmente, con la reconstrucción del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", varias Unidades de Investigación Médica se asentaron en los nuevos edificios.

Con estos cambios, que implicaron la diseminación y la descentralización de las actividades de investigación, así como la reorientación hacia un mayor involucramiento para apoyar la atención de los problemas de salud de la población derechohabiente, el IMSS identificó la necesidad de generar la categoría de investigador de tiempo completo y posteriormente se conformó un comité evaluador para dictaminar las categorías de las y los investigadores (Jáuregui K, 2011; Zárate A, Basurto L, 2013).

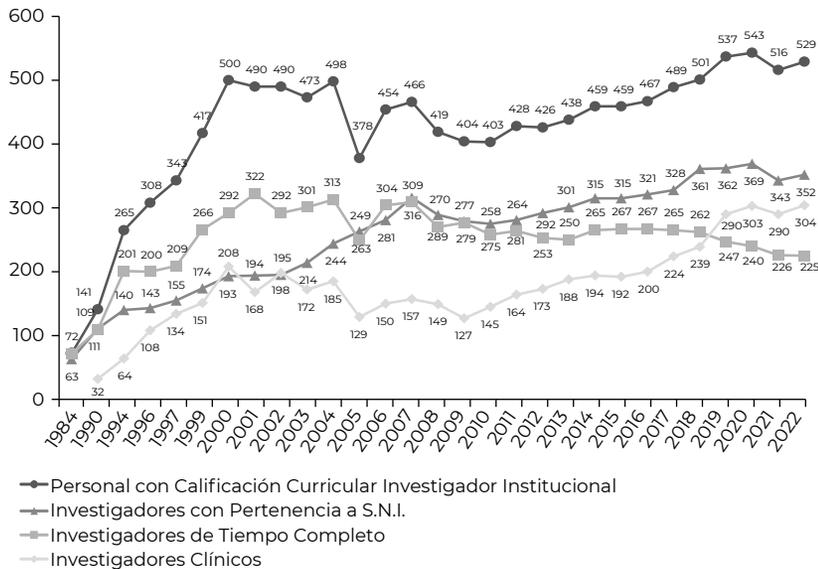
En la década de 1980 sucedieron tres hechos fundamentales que generaron las bases para definir al capital humano institucional que formalmente desarrolla las actividades de investigación científica. Se creó el primer Comité de Evaluación Curricular para Investigadores del IMSS, a la par se definió la inclusión institucional de la categoría contractual para investigadores profesionales, quienes desarrollarían investigación en salud como actividad primordial y, a nivel nacional, la creación del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

La valoración objetiva de la riqueza del capital humano institucional que realiza investigación en salud se puede constatar al analizar la evolución del personal con calificación curricular que les acredita como investigadores institucionales, de 1984 a



junio de 2022 (gráfica 9). En el primer año en que se realizó la Evaluación Curricular (1984) para las y los investigadores acreditados en el IMSS, 63 (87.5%) ingresaron al SNI en el primer ejercicio del sistema (1984).

**GRÁFICA 9  
PERSONAL DE INVESTIGACIÓN, 1984-JUNIO DE 2022**



Fuente: Archivos de la Coordinación de Investigación en Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En este tiempo se observó un fenómeno significativo, si bien el personal institucional que desarrollaba actividades de investigación estaba predominantemente adscrito en Unidades y Centros de Investigación, la entonces Jefatura de Enseñanza e Investigación del IMSS documentó la creciente participación en artículos científicos publicados de personal adscrito a Unidades de Atención Médica, localizado sobre todo en los Centros Médicos Nacionales y Hospitales del IMSS, con lo que se hace evidente la necesidad de incluir en la calificación curricular a los investigadores clínicos. Así, para el término de la etapa de descentralización, la relación de investigadores clínicos y de investigadores de tiempo completo alcanzó 1:3; brecha que se fue acortando, pues en años recientes se ha invertido. Este hecho refuerza el papel preponderante de las actividades de investigación para contribuir en la asistencia médica y aportar conocimiento que mejore la calidad en la atención a la población derechohabiente.

Durante esta etapa, los recursos económicos institucionales y extrainstitucionales fueron administrados por el Fondo para el Fomento de la Investigación Médica (1984-2007).

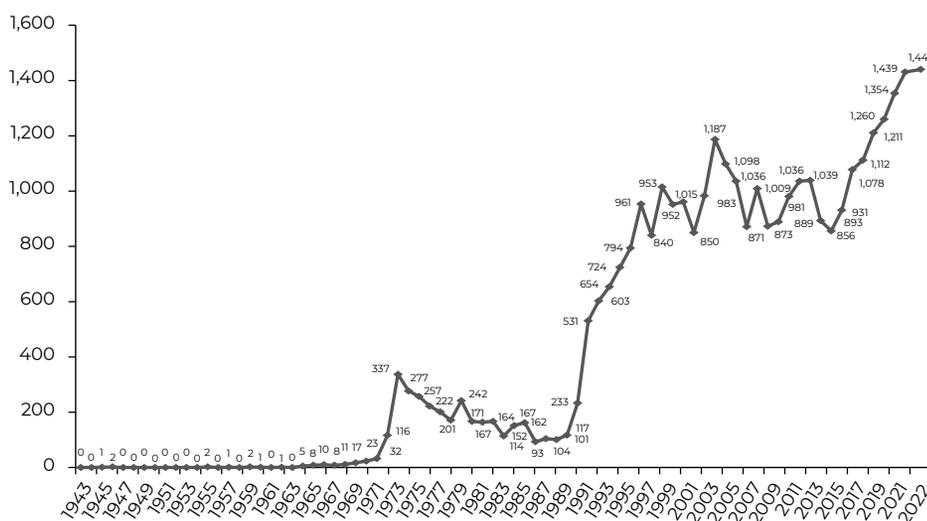
### Consolidación de la Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico

En la tercera etapa, la de consolidación, se creó la Coordinación de Investigación en Salud que impulsó el incremento de las Unidades de Investigación. Las líneas de investigación se dirigieron más hacia los problemas prioritarios de salud, como las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión, obesidad), oncológicas (cáncer de mama, cervicouterino, leucemias) e infecciosas (VIH, VHC, COVID-19). Persistió un proceso de maduración de la investigación institucional que se hace evidente, entre otras cosas, por

la capacidad de producción científica que se muestra en la gráfica 10. En esta se observa que cada etapa se acompaña de mayor cantidad de publicaciones, pero el crecimiento más significativo ocurrió en la tercera etapa.

Durante los últimos 6 años, cada año se ha alcanzado el mayor número de publicaciones científicas generadas anualmente por el personal institucional. Este incremento en la productividad científica institucional se ve acompañado también por el uso que la comunidad científica internacional da a los artículos científicos del Instituto, situación que puede constatarse con la tendencia de un mayor número de citas recibidas para investigaciones del IMSS, como se observa en la gráfica 10, para los artículos más citados en los periodos 1943-1973 (998 citas), 1974-1990 (2,420 citas) y de 1991 a agosto de 2022 (9,834 citas).

**GRÁFICA 10**  
**ARTÍCULOS CIENTÍFICOS, 1943-AGOSTO DE 2022**



Fuente: Archivos de la Coordinación de Investigación en Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Actualmente, las actividades institucionales de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico se realizan en las unidades de atención médica de todos los estados del país y en 40 Unidades de Investigación. Estas unidades comprenden la infraestructura dedicada a la investigación científica alcanzada actualmente por el Instituto; de esta forma, se cuenta con 5 Centros de Investigación Biomédica, 22 Unidades de Investigación Médica, 10 Unidades de Investigación en Epidemiología y en Servicios de Salud y 8 Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica.

En estas unidades laboran más de 200 personas investigadoras de tiempo completo y se encuentran localizadas geográficamente en Durango, Nuevo León, Zacatecas, Jalisco, Colima, Michoacán, León, Querétaro, Morelos, Ciudad de México, Puebla y Yucatán. Muchos de estos investigadores e investigadoras colaboran activamente con sus trabajos apoyando la actividad asistencial y de capacitación al personal de salud en sus Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, algunos y algunas participan en estudios multicéntricos intra y extrainstitucionales.

Vale la pena mencionar que, a lo largo de los 80 años del Instituto, la producción científica del IMSS se ha adecuando a los principales problemas de salud de la población

derechohabiente. En la década de 1990 empezó el gran énfasis en las enfermedades infecciosas y comenzaron a aparecer las enfermedades crónicas como la diabetes. Después de 2000, hay un notable predominio de la diabetes mellitus tipo II, la obesidad y el cáncer, en especial el uterino y el mamario. En la segunda década del siglo XXI, destaca la aparición de enfermedades emergentes como influenza y COVID-19.

### **Aportaciones destacadas de Unidades de Investigación Médica**

Las enfermedades metabólicas son un problema de salud a nivel mundial. De ellas, la diabetes mellitus es una de las de mayor incidencia y prevalencia en México. Dentro de las aportaciones a la población derechohabiente destaca la creación de una fórmula del índice triglicéridos-glucosa para el diagnóstico de resistencia a la insulina (UIEC HE Centro Médico Nacional Occidente [CMNO]-2010) (UIEC HE CMN "Siglo XXI") (Cameron E, *et al*, 2007; Guerrero F, *et al*, 2010; Villarreal M, *et al*, 2008). Desde el punto de vista genómico, en el IMSS se han realizado numerosos estudios, pero destaca la caracterización de la diabetes con base en la ancestría. Los resultados reportan que en nuestra población existen genes amerindios, europeos, africanos y asiáticos. También se determinaron genes asociados con la diabetes y el síndrome metabólico (Unidad de Investigación Médica en Bioquímica, UIMB-2014) (Diabetes Genetics Replication and Meta-analysis Consortium, *et al*, 2014).

La determinación de riesgos metabólicos es de importancia total, por lo que se ha trabajado en población pediátrica con la determinación de un biomarcador temprano de daño de células beta pancreáticas; lo anterior constituye una potencial herramienta de tamizaje que fortalecerá la medicina preventiva, reduciendo costos y cambiando los paradigmas diagnósticos de pacientes con diabetes y síndrome metabólico (UIM Enfermedades Metabólicas CMN "Siglo XXI"-2020) (Altamirano N, *et al*, 2020).

Por otro lado, los estudios realizados en la UIM en Nutrición del CMN "Siglo XXI" para conocer la prevalencia de dislipidemias, resistencia a la insulina y el síndrome metabólico han demostrado que la administración de ácidos grasos poliinsaturados, como el ácido docahexanoico (DHA), puede reducir la resistencia a la insulina. Para contribuir con la atención de la o el paciente con obesidad se creó la Clínica de Obesidad Mórbida (2012), conformada por los servicios de Endocrinología, Gastrocirugía y la UIM Enfermedades Endócrinas del HE CMN "Siglo XXI", una de las más grandes a nivel nacional y sus aportaciones incluyen la definición del perfil inflamatorio de pacientes con obesidad mórbida, la determinación del papel del receptor de la hormona de crecimiento en la distribución del tejido adiposo, entre otras (Cadena D, *et al*, 2020; Gómez J, *et al*, 2016).

En el área de Endocrinología, durante la tercera etapa, la UIM Enfermedades Endócrinas creó el Registro Mexicano de Acromegalia, estudio que muestra la experiencia de "vida real" más grande hasta ahora reportada. La realización de estudios genómicos, transcriptómicos y epigenéticos de los tumores hipofisarios, en colaboración con el Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades del CMN "Siglo XXI" (la vinculación con el área clínica fortalece a la investigación), dio lugar a la creación de un Banco de tumores endocrinos y neuroendocrinos desde 2009. Se demostró por primera vez que los tumores hipofisarios se segregan de acuerdo con el factor de transcripción que determina su diferenciación terminal.

Desde el punto de vista oncológico, destacan las aportaciones de la UIM Enfermedades Infecciosas y Parasitarias que, a través del grupo formado por la Agencia Internacional de Cáncer de la OMS, consistieron en la elaboración de estrategias para la prevención del cáncer gástrico en Latinoamérica y las recomendaciones para la erradicación de *H. pylori* en México y Latinoamérica (Rollan A, *et al*, 2014) (UIM Enfermedades Infecciosas y Parasitarias-2014).

La UIM Infectología e Inmunología ha sido pionera en la detección de traslocaciones relevantes en las leucemias agudas linfoblásticas (LAL) y leucemias mieloblásticas pediátricas, contribuyendo así, junto con el Centro de Investigación Biomédica de Oriente (Cibior), a establecer una mejor clasificación de la enfermedad para, con ello, poder ofrecer el tipo de tratamiento más adecuado. Con aplicaciones terapéuticas, se creó un banco de células de sangre de cordón umbilical del IMSS, ubicado en el CMN “La Raza”, que ha favorecido la realización de más de 130 trasplantes de diversas enfermedades hematológicas (UIM Inmunoquímica) (UIM Enfermedades Oncológicas) (Guerra A, Peñaflores K, Mayani H, 2020). También en el contexto de Oncología, se realizó el primer estudio molecular de virus de papiloma humano (VPH) en la que se describieron las alteraciones del transcriptoma de pacientes con tumores de cabeza y cuello (Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas-UIEMO) (Méndez G, *et al*, 2021).

La insuficiencia renal crónica constituye actualmente un tema prioritario de salud y, gracias a las aportaciones de la UIM Enfermedades Nefrológicas, se cambiaron los criterios de prescripción de diálisis peritoneal, favoreciendo la evaluación clínica sobre indicadores numéricos (evidencia central en las Guías de Práctica Clínica) (Paniagua R, *et al*, 2002). La importancia del control del volumen extracelular como el principal factor de riesgo de morbimortalidad en pacientes con diálisis peritoneal fue una aportación que dio lugar a recomendaciones en Guías de Práctica Clínica (Paniagua R, *et al*, 2010) y el tipo de soluciones que se utilizan en la diálisis han impactado en la reducción de la morbimortalidad de pacientes con insuficiencia renal (Paniagua R, *et al*, 2009).

En la UIEC HE CMNO, el área de Nefrología ha generado Guías de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana (2009), integradas al catálogo de Guías de Práctica Clínica Nacionales.

La trombosis es una de las primeras causas de muerte a nivel global y en el mundo no hay más de 15 centros dedicados al estudio de problemas de esta naturaleza. La UIM en Trombosis, Hemostasia y Aterogénesis ha estudiado aspectos básicos y clínicos de las células progenitoras endoteliales y el endotelio; realiza análisis del tratamiento con anticoagulantes y antiplaquetarios, y de enfermedades hemorrágicas hereditarias, a través de la aplicación de tecnología de punta como la proteómica y la genómica, que permiten establecer diagnósticos y terapéuticas mejor dirigidas; esto es, medicina de precisión (Camacho R, *et al*, 2020; Mata M, *et al*, 2019; Rosales B, *et al*, 2021; Velázquez A, *et al*, 2008).

Una de las enfermedades infecciosas prevalentes a nivel global es la tuberculosis, de ahí que la UIM Zacatecas, a través del análisis de la respuesta inmune, ha contribuido a mejorar los esquemas de tratamiento de la enfermedad.

Desde el punto de vista neurológico, en la UIM Enfermedades Neurológicas resaltan las aportaciones en el tratamiento farmacológico de la neurocisticercosis subaracnoidea. También la línea de investigación de trauma en médula espinal, que abarca desde el mecanismo del daño hasta la reparación espontánea, tiene estrategias terapéuticas para promover la neuroprotección, plasticidad, refuncionalización y regeneración.

En el desarrollo de vacunas que tiene el IMSS, es importante comentar el desarrollo de la primera vacuna mexicana contra la fiebre tifoidea probada en humanos (Isibasi A, 1988), así como el ensayo clínico más grande del mundo para evaluar una nueva vacuna contra la influenza pandémica 2009, hecha a partir de partículas similares al virus (VLP, por sus siglas en inglés) (IUIIM Inmunoquímica-2009) (López C, *et al*, 2011).

Actualmente, se ha establecido una colaboración con diferentes instituciones nacionales para la evaluación preclínica y clínica de la vacuna mexicana anti-COVID-19 “Patria” (UIMIQ-2020) (UIEC HE CMN “Siglo XXI”).



La UIM Farmacología, que desde 1995 se ha enfocado en el desarrollo de fitomedicamentos, en 2021 logró incluir en la Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos (FHEUM) las monografías de las especies medicinales con aplicación en el tratamiento de diarreas, así como de *Annona cherimola* para la diabetes mellitus (Secretaría de Salud [SS], 2021).

En este contexto, el Herbario del IMSS ha dado lugar al incremento en el conocimiento de la herbolaria mexicana a través de inventariar la flora medicinal mexicana, y abre sus puertas a visitantes para que conozcan más sobre el uso popular de las plantas medicinales. Además, ha contribuido con la Escuela Nacional para Ciegos “Lic. Ignacio Trigueros”, encargada de formar técnicos en masoterapia, con lo cual sus aportaciones involucran la enseñanza extrainstitucional.

### **Aportaciones destacadas de Centros de Investigación Biomédica**

Los Centros de Investigación Biomédica se han incorporado al estudio de problemas prioritarios del país. Destacan las patologías oncológicas, en particular el cáncer infantil, que se estudian desde su medio ambiente, condiciones genéticas, alimentación, etcétera, y se complementan con un diagnóstico temprano, búsqueda de recaída, respuesta a tratamiento de forma eficiente, rápida y expedita, en el Cibior.

La Genética, como se describe en el desarrollo de la infraestructura de la investigación, ha sido una de las áreas de mayor fortaleza y antigüedad de la institución, sus trabajos datan de la década de 1960 con personas investigadoras del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”. Desde entonces, la División de Genética del CIBO y la UIM Genética Humana CMN “Siglo XXI” han contribuido al estudio de enfermedades hereditarias con la identificación y caracterización de alteraciones citogenéticas; por ejemplo, la descripción de más de 20 síndromes genéticos nuevos, entre otras aportaciones.

El Centro de Investigación Biomédica Michoacán (Cibimi) ha sido pionero de estudios en neurociencias enfocadas en la detección del deterioro cognitivo temprano en las y los pacientes portadores de diabetes.

Cabe destacar los esfuerzos de la CIS para reformar y reactivar la investigación quirúrgica en el bioterio que nació en el CMN en 1971 como el Bioterio Central y que actualmente realiza investigación preclínica y de capacitación, donde se da apoyo a la investigación asesorando a especialidades quirúrgicas. Destaca la actividad de la División de Investigación Quirúrgica del CIBO por sus aportaciones en diferentes ámbitos de la cirugía con innovaciones en la cirugía neonatal, que constituye otro de los ejemplos de la vinculación con la investigación clínica.

Las aportaciones en el área de Salud en el Trabajo van más allá de los aspectos laborales; las investigaciones realizadas han contribuido a la detección, reducción y prevención de enfermedades. Ejemplo de ello, son las intoxicaciones por plomo y que, a través del estudio de la cuantificación de este metal en tejidos, alimentos y ambiente, se han dado las bases para que, a nivel federal, se norme la disminución del plomo en las gasolinas (Centro de Investigación Biomédica del Noreste, Cibin).

La herbolaria en el IMSS ha sido un área del conocimiento que ha tenido mucha importancia y su desarrollo data de hace más de 40 años, lo que incluye al Centro de Investigación Biomédica del Sur (Cibis) fundado en 1986, y que se ha dedicado al estudio de plantas medicinales mexicanas para el desarrollo de medicamentos seguros, eficaces y útiles en la atención de enfermedades frecuentes de la sociedad mexicana. El Cibis se mantiene como el mayor generador de las patentes que han sido otorgadas al IMSS; ha

desarrollado 24 de ellas y en la actualidad se tienen 5 solicitudes de patente en trámite propuestas por las y los investigadores de Morelos.

### **Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica y Sistemas de Salud**

La UIEC HE del CMNO ha hecho importantes contribuciones en la cirugía del aparato digestivo a través de la publicación de las Guías de la Sociedad Americana y Europea de Endoscopia Gastrointestinal. Destaca el trabajo de la UIEC Durango sobre alteraciones metabólicas, especialmente diabetes, obesidad e hipertensión, con énfasis en el papel de la suplementación con magnesio para mejorar las condiciones de este grupo de pacientes” (Guerrero F, Jaquez F, Rodríguez M, 2016; Oliveira B, Cunningham J, Walsh S, 2018).

De 1997 a 2020, la Unidad de Investigación en Epidemiología y Servicios de Salud (UIESS) del CMNO, contribuyó con las escalas para la estadificación y clasificación del riesgo clínico-epidemiológico en diabetes mellitus 2 y la escala UIESS-B (Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud-B) de autopercepción y hábitos de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus 2, hipertensión y obesidad.

Grandes programas partieron de diseños costo-efectivo y ahorradores. El plan de trabajo para la implementación de las Guías de Práctica Clínica institucionales se basó en un análisis de carga en salud y económica por grupos etarios (2006-2007). Desde el punto de vista diagnóstico, se validó una prueba para identificar resistencia a la insulina a través de una prueba de aliento que se puede realizar en personas adultas y en niñas y niños (UIM Enfermedades Metabólicas) (Maldonado J, *et al*, 2019). La difusión para el cuidado de pacientes con diabetes es fundamental en la estrategia del manejo de esta seria afección. La UIEC MacGregor del HGR No. 1 en la Ciudad de México ha contribuido con el desarrollo de un sistema multimedia de educación en diabetes combinado con una estrategia de terapia nutricia.

Con visión epidemiológica se encuentra el esfuerzo para la prevención del cáncer cervicouterino y detección del VPH por parte de la UIESS Morelos. En cuanto al cáncer de próstata, se encuentran las aportaciones de la UIEC Colima en la búsqueda de terapias complementarias para este tipo de neoplasias (Guzmán J, *et al*, 2020).

Se han hecho contribuciones al interior de la vida institucional, como la integración de la investigación a la cultura organizacional, que implica acercar el método científico al método administrativo (personal directivo y asistencial) (UIESS Querétaro). Desde 1994, la UIESS-CMN “Siglo XXI” trabaja activamente para detectar las necesidades de salud y los retos del IMSS en la atención de la población derechohabiente. En 1998, se inició el estudio de cohorte de las y los trabajadores de la salud, una investigación sobre la relación entre estilos de vida y enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, daño renal, etcétera (UIESS Morelos).

Entre 2003 y 2006, la UIESS-CMN “Siglo XXI” participó en el diseño e implementación del Programa Proceso de Mejora de Medicina Familiar (PMMF) que consistió en: 1) diseño de las primeras Guías de Práctica Clínica institucionales (Reyes H, Pérez R, Trejo y Pérez J, 2004); 2) diseño del programa de actualización de los 14 mil médicas y médicos familiares para la utilización de las guías clínicas como herramientas de mejora de calidad; 3) diseño y evaluación del prototipo del expediente médico electrónico que sirvió para el desarrollo de la primera versión del expediente médico electrónico de Medicina Familiar, y 4) diseño y evaluación de modelos innovadores de atención a personas enfermas crónicas a través de la participación de personal de Enfermería (Pérez R, *et al*, 2009).

Entre 2006 y 2013, la UIESS-CMN “Siglo XXI” diseñó, implementó y evaluó el Centro de Atención Social a la Salud de las Adultas y Adultos Mayores (CASSAAM), cuya principal contribución fue la promoción de políticas institucionales tangibles para promover



el envejecimiento saludable (Doubova S, Lamadrid H, Pérez R, 2013). Entre 2014 y 2019, se enfocó en utilizar la información derivada del expediente electrónico para evaluar la calidad de atención de los principales problemas de salud en Medicina Familiar (Doubova S, *et al*, 2014; Doubova S, Pérez R, 2015; Arsenault C, *et al*, 2022) y los programas institucionales, como DiabetIMSS.

Entre 2020 y 2021, la UIESS-CMN “Siglo XXI” evaluó el impacto de la pandemia de COVID-19 en los servicios esenciales y posteriormente midió el efecto de la Estrategia Nacional de Recuperación de Servicios del IMSS (Arsenault C, *et al*, 2022; Doubova S, *et al*, 2022a; Doubova S, *et al*, 2022b).

En las últimas dos décadas, las revisiones sistemáticas y metaanálisis se han convertido en una herramienta fundamental en la toma de decisiones para que las y los pacientes reciban la mejor atención. Esto se ve reflejado en que todas las guías clínicas basadas en evidencia incluyen una o más de este tipo de investigaciones. En 2018, inició sus actividades la Unidad de Investigación en Análisis y Síntesis de la Evidencia del CMN “Siglo XXI”. En los primeros 4 años de la creación de esta Unidad, se han realizado diversos estudios, logrando publicaciones en la Colaboración Cochrane, que es la organización más importante y prestigiada en el mundo dedicada específicamente a la capacitación, desarrollo y difusión de esta área de la investigación.

Cambios importantes también se llevaron a cabo por la Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo al proponer una ley de prohibición del uso del asbesto en México, material responsable del desarrollo de mesotelioma maligno cuyo pronóstico es malo a corto plazo a menos que se detecte en forma oportuna. En este sentido, se ha propuesto el uso de biomarcadores para el diagnóstico temprano de la enfermedad y tratamiento oportuno.

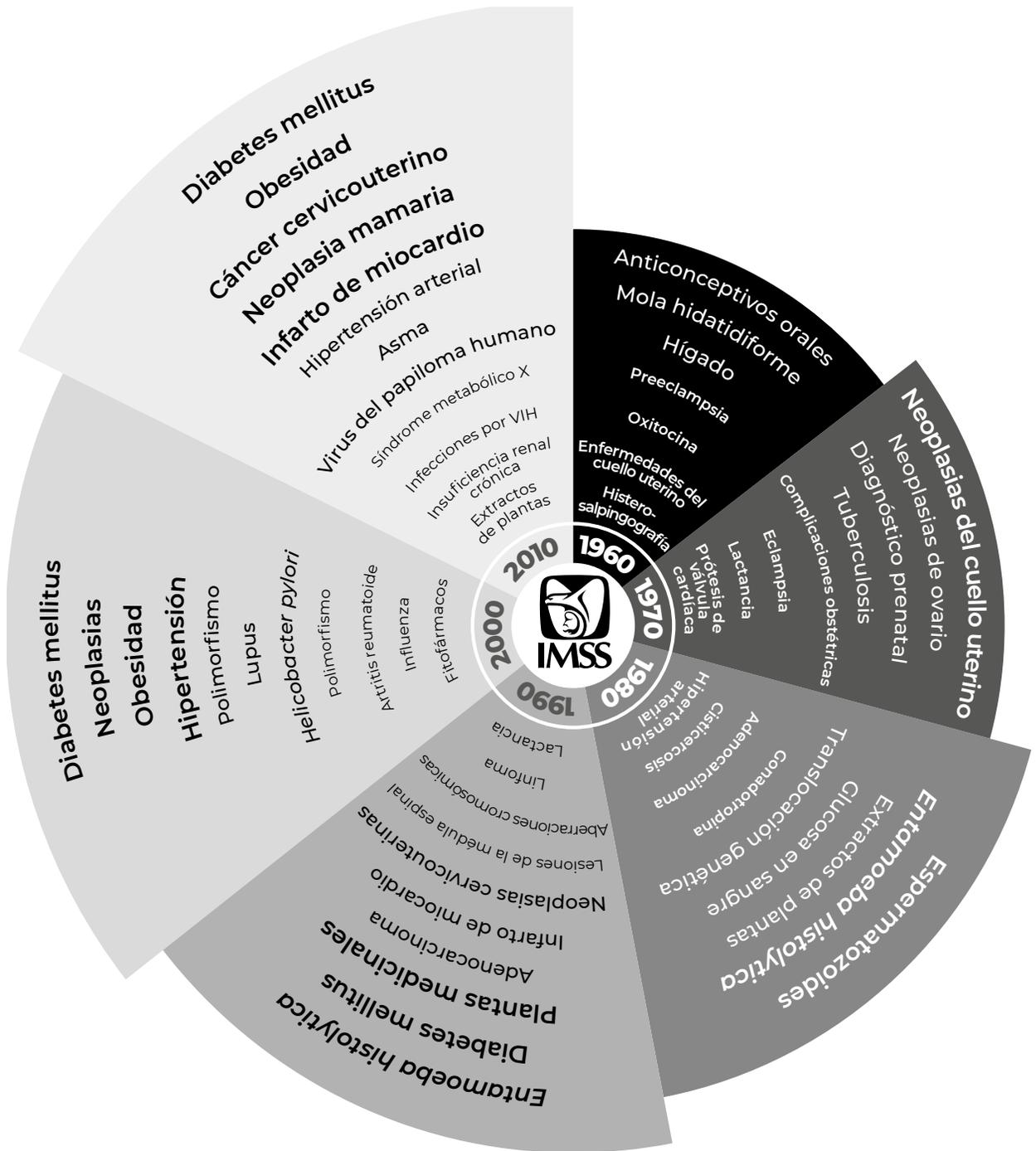
### **Difusión del conocimiento**

Al incrementarse de manera significativa la productividad científica, el IMSS identificó la necesidad de contar con un medio formal, de alto nivel, para la difusión de los resultados producto de la investigación científica, donde tengan cabida no solo los generados en el Instituto, sino los que determine un comité editorial apegado a altos estándares de calidad y otros grupos de investigación, tanto nacionales como internacionales. De esta forma, el Instituto cuenta con dos importantes medios de difusión editorial de la investigación en salud, la Revista Médica del IMSS, creada en 1962 y la revista Archives of Medical Research (Arch Med Res), que nació en 1970.

La revista Archives of Medical Research ha tenido una evolución significativa; se creó con el objetivo de fomentar el interés por la investigación médica, su difusión y hacer accesible la información relevante al personal de salud. Se incluyó en el Current Content en 1971 y al 1992 inició su publicación en inglés. En 1994 ingresó en el Science Citation Index y en 1998 comenzó su contrato con Elsevier. Su factor de impacto a los 2 años de su fundación fue de 0.25, con incremento paulatino hasta llegar en 2022 a alcanzar el valor de 8.323, y su clasificación de cuartil se movió de Q2 a Q1; con ello, logró el nivel de calidad editorial comparable con las mejores revistas científicas en el área de la salud en el mundo.

La Revista Médica del IMSS es de las publicaciones indizadas mexicanas que cuenta con el mayor número de artículos del personal institucional publicados (1,386). Esta revista tiene 60 años divulgando de manera gratuita los resultados de la investigación clínica intra y extrainstitucional, con visibilidad a nivel nacional e internacional y presencia en los principales índices científicos. Asimismo, se ha constituido como una de las herramientas más importantes en la formación y educación de profesionales de la salud en México y Latinoamérica.

GRÁFICA 11  
 EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES MESH-TEMAS ABORDADOS EN LAS PUBLICACIONES  
 CIENTÍFICAS GENERADAS POR PERSONAL DE SALUD DEL IMSS, 1960-2010



## Propiedad intelectual del IMSS y desarrollo tecnológico

En los últimos 50 años, el valor de la economía en todo el mundo se ha trasladado de los bienes tangibles a los bienes intangibles y la propiedad intelectual se ha convertido en el eje de esa valoración. Es indiscutible que los bienes de mayor cuantía del IMSS están en el conocimiento que generan las personas que se forman y trabajan en el Instituto. Más aún, el IMSS se posicionó y se mantiene ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI) como la institución de salud en México con la mayor cantidad de patentes otorgadas. El IMSS cuenta con derechos de propiedad sobre 62 patentes otorgadas y 1 modelo de utilidad, además de 25 solicitudes de patente en trámite ante el IMPI.

En la conmemoración de 80 años del IMSS, es claro que la propiedad intelectual continuará ganando terreno en la historia del Instituto. Durante la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, la patente del IMSS “Moléculas de RNA sintéticas obtenidas a partir de nuevos vectores plasmídicos, métodos para su obtención y de estas como controles positivos en la detección de influenza A(H1N1E)” sirvió como plataforma para el desarrollo de controles positivos que permitieron detectar el virus causante de la COVID-19. Por otro lado, la tecnología sustentada en la patente “Composición de vacunas libres de adyuvante que contiene porinas de *Salmonella entérica serovar typhi*” ha logrado atraer el financiamiento más importante que el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) ha hecho para el desarrollo de vacunas en México en los últimos 20 años.

En cada una de las 62 patentes otorgadas al IMSS, se concentra el conocimiento único e innovador que tiene reconocimiento a nivel mundial, y fue generado por las y los trabajadores del IMSS. La gestión de la propiedad intelectual del IMSS permitirá continuar robusteciendo los bienes intangibles del Instituto, es decir, a su capital humano y el conocimiento que generan; y atraer mayor atención y financiamiento para continuar con las actividades de investigación y generación de conocimiento que derivan de las necesidades de salud de la población mexicana. La historia del IMSS es más grande que 80 años y tan importante como las vidas de cada una de las más de 80 millones de personas beneficiarias de los servicios que brinda.

## Proyección a futuro

La investigación en el IMSS ha evolucionado a la par de las tendencias mundiales. Ha participado en todas las etapas de generación del conocimiento científico, desde el planteamiento de preguntas y el descubrimiento de fenómenos hasta el desarrollo de innovaciones para abrir paso a la medicina de precisión. En la búsqueda por responder a los retos que presenta el panorama epidemiológico nacional, se han planteado proyectos de investigación que emplean tecnologías de punta para impactar en forma directa en la salud de la población derechohabiente y como resultado se aporta evidencia sobre los posibles abordajes a los problemas de salud de las y los pacientes.

El IMSS contribuye a la generación de conocimiento en la práctica de la medicina basada en evidencia y más recientemente al reto de desarrollar investigación traslacional, del laboratorio de investigación a la o el paciente, o de pacientes al laboratorio de investigación, tanto para el diagnóstico de precisión como para el desarrollo de nuevos tratamientos.

Actualmente, se ha incursionado en la aplicación de inteligencia artificial y se han generado modelos de simulación por computadora. Esta herramienta se ha usado para optimizar las dosis apropiadas de sedación en población vulnerable durante procesos de intervención quirúrgica, previniendo complicaciones cardíacas asociadas a la anestesia. También se ha utilizado la inteligencia artificial para la oportuna identificación e intervención terapéutica de pacientes con sepsis, demostrando que la investigación

contribuye para mejorar la atención de la o el paciente del IMSS (UIMEM) (Arriaga L, *et al*, 2021; Hernández A, *et al*, 2018). Por otro lado, haciendo uso de la herramienta bioinformática de predicción, la investigación en arbovirosis, de importancia prioritaria en Yucatán, ha permitido la identificación de epítopos a partir de poliproteínas del virus del dengue que mostraron capacidades inmunogénicas y antigénicas, y un subgrupo de péptidos con potencial para el desarrollo de vacunas (UIMY) (Sánchez G, 2011).

Es importante hacer una mención especial a la medicina de precisión, como parte de las nuevas tendencias en la generación del conocimiento científico. En esta área se han desarrollado herramientas desde la investigación básica a fin de identificar en individuos particulares a partir de la citómica o de microscopia de flujo paramétrica, lo que se puede traducir en una respuesta más eficiente a los tratamientos disponibles; ejemplo de ellos son los resultados exitosos en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, linfoma cutáneo y melanoma (UIMIQ).

### **Conclusiones**

El camino recorrido es enorme, lleno de retos, expectativas, obstáculos y experiencias de éxito, pero sobre todo de un profundo aprendizaje y compromiso para hacer de la investigación del IMSS no solo una actividad más, sino que ocupe un lugar predominante en todas las actividades que representan la responsabilidad social que tiene el IMSS en la salud de la población derechohabiente.

El compromiso actual implica una reorientación en las políticas para el desarrollo de investigación en el IMSS, con mayor acercamiento a la Dirección de Prestaciones Médicas, las personas tomadoras de decisiones, para la identificación y mejor comprensión de los problemas prioritarios de salud, y con ello impulsar la creación de grupos colaborativos integrados en redes de investigación que —con una amplia gama de perspectivas, desde la investigación básica hasta los sistemas de salud, pasando por la investigación clínica, epidemiológica y de humanidades— den respuesta a las necesidades de nuevo conocimiento en salud, pero también asegurando desde el origen de las preguntas de investigación el desarrollo de los mecanismos para la implementación del conocimiento, favoreciendo con ello la investigación trasnacional con evidencia local, que permita incidir en las políticas nacionales en salud.

### **III.3. HISTORIA DEL IMSS-BIENESTAR**

Gisela J. Lara Saldaña y Martha Alicia Barajas Boyso

#### **Atención a las comunidades**

En la década de 1970, México registraba poco más de 48 millones de habitantes y para entonces su población ya había dejado de ser mayoritariamente rural, aunque 41.3%, equivalente a 20 millones de personas, aún vivía en localidades menores a 2,500 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi], 2001). De esta población, 76% se dedicaba a la producción primaria o al autoconsumo y el resto no estaba incorporada a la cadena productiva ni contaba con capacidad contributiva.

Producto de la presión que ejercieron los sectores organizados del campo, entre 1954 y 1972, el IMSS amplió considerablemente su espectro de atención a población del sector rural: personas trabajadoras estacionales del campo, miembros de sociedades de crédito ejidal, productoras y cortadoras de caña, y ejidatarias del cultivo de henequén; se trataba en todos los casos de las y los campesinos asalariados que lograron su incorporación a un esquema completo de seguridad social.



La situación de exclusión en la que se encontraba en esos momentos la población rural no asalariada se manifestaba, por ejemplo, en la falta de servicios básicos en las viviendas: 86.2% no contaba con drenaje, 66.2% carecía de agua entubada y 72.2% de electricidad; por lo que toca a servicios educativos, 39.7% era analfabeta. En 1970, la tasa global de fecundidad para mujeres residentes de localidades urbanas era de 5.5 hijas o hijos, en promedio, mientras que la cifra para mujeres que habitaban en localidades rurales era de 7.1. La tasa de mortalidad infantil en localidades urbanas era de 56 por cada 1,000 nacidos vivos, cifra que ascendía a 78 para la mortalidad infantil rural y si la madre carecía de escolaridad aumentaba a 92 (Mojarro O, Núñez L, 1981).

A fines de la década de 1980, se estimaba que la diferencia general entre la esperanza de vida en zona urbana y rural era de 3.5 años; sin embargo, la diferencia entre las zonas más deprimidas y las mejor situadas era de 12 años: 62 en Oaxaca y 74 en Nuevo León (Núñez L, Moreno L, 1986).

- En 1970, México tenía 48 millones de habitantes y una gran necesidad de atención médica en zonas rurales y marginadas, por lo que el IMSS fue facultado para extender sus servicios a estas regiones.



### Reformas a la Ley del Seguro Social, 1973

El reconocimiento de que el Gobierno Federal tenía que instrumentar acciones para favorecer a la población más pobre del ámbito rural quedó plasmado por primera vez en la reforma a la Ley del Seguro Social de 1973, que facultó al IMSS a extender su acción a grupos de población no asalariados y sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas:

Artículo 237. El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que, por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Artículo 239. [...] Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley (STPS, 1973).

Estas reformas marcan el germen de un enfoque de derechos sociales en la provisión de la salud; se reconoce la necesidad de ir más allá de la condición laboral de las personas y generar medidas para que los grupos más vulnerables tengan acceso a la asistencia médica y farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria.

Con el texto incorporado en la Ley del IMSS se imprimió por primera ocasión un carácter dual a la provisión de servicios del Instituto: la población asalariada (seguridad) y la población sin acceso a esquemas de aseguramiento (solidaridad), tal fue el lema incorporado en el logotipo del IMSS en ese año: Seguridad y Solidaridad Social.



- Con la reforma de 1973 a la Ley del Seguro Social, el IMSS adquirió la facultad de extender sus servicios para brindar servicios a la población rural y urbana en pobreza y marginación extrema.

El cuadro 5 resume en cifras la evolución de la atención a la población sin seguridad social a través del Programa IMSS-Bienestar, desde la creación del IMSS.

**CUADRO 5  
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL IMSS-BIENESTAR**

AÑO	HECHO RELEVANTE	DENOMINACIÓN	UNIDADES MÉDICAS		COBERTURA (MILLONES DE PERSONAS)
			PRIMER NIVEL <sup>1/</sup>	SEGUNDO NIVEL <sup>2/</sup>	
1943	Creación del IMSS. Creación de la SSA.				
1954-1972	El IMSS amplió su espectro de aseguramiento a personas trabajadoras campesinas y agrícolas asalariadas.				
1973	Reforma a Ley del Seguro Social: extendió su acción a grupos sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas.	Iniciaron servicios en La Chontalpa, Tabasco con unidades en préstamo del IMSS (esquema modificado)	7		n/d
1974-1976	Desarrollo de infraestructura propia y adaptación de graneros Conasupo.	Programa Nacional de Solidaridad Social	310	7 <sup>3/</sup> 30 <sup>4/</sup>	1 <sup>3/</sup> 3.8 <sup>4/</sup>
1979	Convenio IMSS y COPLAMAR. Se comenzó a denominar al Programa como IMSS-COPLAMAR.	Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria	2,715	30	n/d
1983	Desapareció COPLAMAR. Se otorgó al IMSS la administración total del Programa.	IMSS-COPLAMAR	3,025	60	10
1984	Descentralización de los servicios de salud. Se transfirieron a gobiernos de los estados 23 HR y 911 UMR.	IMSS-COPLAMAR	2,404	50	9
1989-1994	Creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol). Impulso al crecimiento de infraestructura.	IMSS-SOLIDARIDAD (1989)	3,434	62	10.3
1997	Creación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá). El apoyo económico se condicionó a la asistencia a consultas médicas.	IMSS-SOLIDARIDAD	3,539	68	10.9
2002-2003	Nueva denominación. Se creó en 2003 el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). IMSS-OPORTUNIDADES; prestador de servicios al Seguro Popular.	IMSS-OPORTUNIDADES (2002)	3,540	69	10.6
2006-2012	Ampliación de infraestructura. Primera integración de un padrón nominal de personas beneficiarias.	IMSS-OPORTUNIDADES	3,944 <sup>3/</sup>	70 <sup>3/</sup>	10.2 <sup>3/</sup>
			4,079 <sup>4/</sup>	79 <sup>4/</sup>	11.8 <sup>4/</sup>

**CUADRO 5**  
(CONTINUACIÓN)

AÑO	HECHO RELEVANTE	DENOMINACIÓN	UNIDADES MÉDICAS		COBERTURA (MILLONES DE PERSONAS)
			PRIMER NIVEL <sup>1/</sup>	SEGUNDO NIVEL <sup>2/</sup>	
2013-2018	Nueva denominación. Intentos para hacer del Programa un prestador de servicios del Seguro Popular.	IMSS-PROSPERA (2014)	4,081 <sup>3/</sup>	79 <sup>3/</sup>	11.6 <sup>3/</sup>
			4,258 <sup>4/</sup>	80 <sup>4/</sup>	13.1 <sup>4/</sup>
2018-2022	Nueva denominación del Programa. Gira del Presidente de la República por los 80 Hospitales Rurales del IMSS-Bienestar. Desapareció el Seguro Popular y se creó el Insabi. Se inició proceso de federalización de los servicios de salud y se instruyó al IMSS-Bienestar a prestar dichos servicios. En agosto de 2022 se modificó su figura jurídica y administrativa a organismo público descentralizado.	IMSS-Bienestar (2018)	4,260 <sup>3/</sup>	80 <sup>3/</sup>	13.1 <sup>3/</sup>
			3,983 <sup>4/</sup>	80 <sup>4/</sup>	11.6 <sup>4/</sup>

<sup>1/</sup> Primer nivel de atención médica incluye: Unidad Médica Rural (UMR); Módulos Urbanos o Unidad Médica Urbana (UMU); Brigadas de Salud (BS), y Unidad Médica Móvil (UMM). Excluye a los Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) creados en 2012.

<sup>2/</sup> Unidades de segundo nivel de atención médica. En las primeras etapas del Programa denominadas Clínica Hospital de Campo, después Hospital Rural Solidaridad y, posteriormente, Hospital Rural Oportunidades, PROSPERA y BIENESTAR.

<sup>3/</sup> Al inicio del periodo.

<sup>4/</sup> Al cierre del periodo.

n/d: No disponible.

Fuente: Programa IMSS-Bienestar. Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Programa Nacional de Solidaridad Social, 1974-1976

Derivado de esta reforma, el IMSS puso en marcha el Programa Nacional de Solidaridad Social en junio de 1974, con el que se ejecutó un nuevo concepto en la provisión de los servicios de salud: como retribución por acceder a ellos, las personas beneficiarias realizarían aportaciones en efectivo, o bien, trabajos personales en favor de sus propias comunidades.

Se inauguró en la administración pública moderna de México un enfoque de cooperación comunitaria; una novedosa manera de colaboración Gobierno y sociedad que permitía resolver la escasa capacidad contributiva de los grupos más pobres del país y, al mismo tiempo, aprovechar la práctica de solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer partícipe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico.

En esta noción se encuentra el germen de la coordinación estrecha entre la atención médica y la acción comunitaria, que fortaleció paulatinamente el vínculo del personal de salud con la población para impulsar conjuntamente acciones de promoción a la salud y prevención de enfermedades, con pleno respeto a los usos y costumbres, noción precursora del concepto de atención primaria planteado años más tarde (1978) por la Organización Mundial de la Salud.

- Con el IMSS-COPLAMAR, y su evolución con distintos nombres hasta llegar a IMSS-Bienestar, se logró la participación activa de la comunidad con este Programa.



Para lograr el financiamiento de este Programa se contempló que el Seguro Social aportaría 40% de los recursos y 60% provendrían de fondos federales. En estos primeros años, el Programa Nacional de Solidaridad Social estableció servicios de manera predominante en la zona ixtlera del norte del país, donde se construyeron siete clínicas-hospital de campo y se adaptaron 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo) para que funcionaran como unidades de primer nivel de atención. En 1976, esta red ya comprendía 30 clínicas-hospital de campo y 310 unidades de primer nivel de atención, que permitían una cobertura a cerca de 3.8 millones de personas.

### **Creación de Coplamar, 1977**

Uno de los hechos más relevantes en la historia del Programa tuvo lugar con la creación, en 1977, de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), dependiente directamente de la Presidencia de la República, como parte de una política integral del Gobierno Federal para atender la pobreza.

Coplamar surgió como la primera política transversal del Gobierno mexicano para promover el desarrollo rural en materia de educación, abasto alimentario, servicios públicos, caminos, electrificación y apoyo a la economía campesina. Un rasgo importante de la inyección de mayores recursos que aplicó Coplamar en beneficio de los estratos más pobres (alimentación, salud, educación y vivienda), fue el emparejamiento de estas acciones con la intención explícita de fomentar y respetar las formas de organización de los grupos rurales marginados.

### **IMSS-COPLAMAR, 1979**

Derivado de la urgencia para acelerar la ampliación de cobertura en salud en las zonas marginadas y aprovechar la experiencia en salud adquirida por el IMSS, en mayo de 1979 la Presidencia de la República suscribió con el Seguro Social un convenio de coordinación para crear el Programa Nacional de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Este acuerdo formalizó el establecimiento de servicios de solidaridad social que ofrecerían conjuntamente el IMSS y Coplamar.



- Con el Presidente José López Portillo se suscribió el convenio entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, denominado Programa IMSS-COPLAMAR.

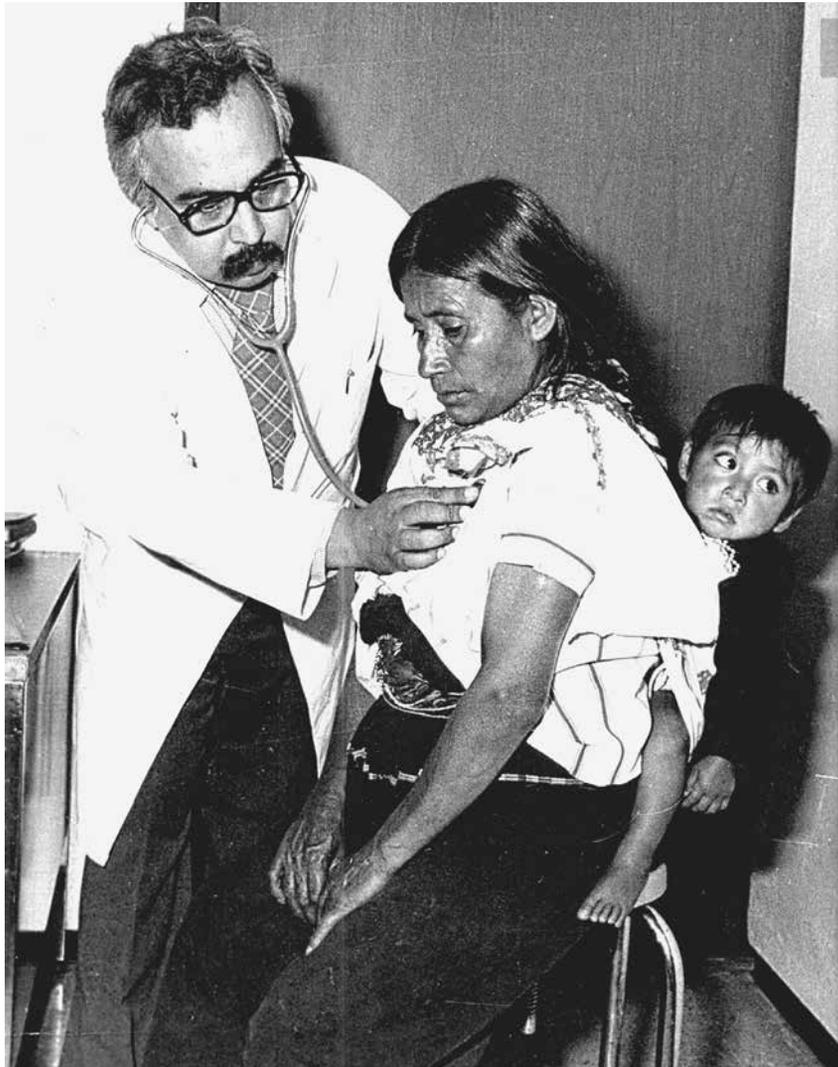
El Programa ya había ganado 6 años de experiencia de la mano del IMSS, por lo cual la suscripción de un convenio con Coplamar, brazo directo del Poder Ejecutivo para incidir en la reducción de la pobreza de los grupos marginados, detonó el trabajo conjunto IMSS y Gobierno Federal para mejorar las condiciones de salud en el medio rural. Por ese motivo, se considera que la fecha que formaliza su nacimiento es mayo de 1979.

Con la convergencia de esfuerzos se fortaleció el sistema de cooperación en el que se basaba la provisión de servicios de salud. Hasta ese momento, se reconocía que “algunos grupos no habían logrado integrarse cabalmente al programa de solidaridad social” (Presidencia de la República, 1977) que había establecido el IMSS, debido a limitaciones de organización y ámbito de aplicación. El compromiso de Coplamar fue promover la realización de los trabajos comunitarios con el apoyo de dependencias federales y estatales, y acreditar ante el IMSS la participación de la población en obras de saneamiento ambiental y beneficio comunal (Velázquez G, 1992).

En este convenio se estableció que la totalidad del financiamiento del programa se realizaría con recursos federales, con un control contable y administrativo independiente del correspondiente al IMSS (Presidencia de la República, 1977). La fuerte inyección de recursos que se hizo a través de Coplamar amplió significativamente el ámbito de cobertura del Programa, que registró su primera expansión en términos de infraestructura con 30 nuevos hospitales de segundo nivel de atención y 2,715 unidades médicas de primer nivel. En 1981 ya contaba con una red de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales que atendían a más de 10 millones de personas indígenas y campesinas.

El Programa modificó el enfoque centrado en la atención a personas campesinas y comuneras que caracterizó al Programa Nacional de Solidaridad Social y aplicó indicadores técnicos para identificar y cubrir a la población marginada, principalmente indígena y en extrema pobreza.

Con el paso del tiempo, la población comenzó a identificarlo como Programa IMSS-COPLAMAR, ya que el convenio establecía que todas las unidades médicas deberían ostentar las siglas IMSS-COPLAMAR y la denominación de la localidad que recibía los servicios, como una manera de destacar el compromiso con la comunidad (Presidencia de la República, 1977).



- Este brazo del Instituto logró, en pocos años, llegar hasta las personas más vulnerables de todo el país: mujeres y niños de comunidades indígenas en condiciones de pobreza y sin seguridad social.

En abril de 1983, fecha en la que el Gobierno Federal decretó la desaparición de Coplamar, se había logrado con el IMSS-COPLAMAR un fortalecimiento importante en términos de infraestructura y en la penetración social alcanzada a través de sus servicios. Para esta fecha se contaba ya con el primer Diagnóstico de Salud de la Población Atendida (1981) (IMSS, 1983, p. 112) y se tenía más experiencia para adecuar las normas institucionales al medio rural.

Con estas bases se desarrolló e implementó el Modelo de Atención Integral a la Salud, sustentado en la atención primaria, cuyas directrices han regido desde entonces el trabajo del Programa, además sirvió de base al que la Secretaría de Salud elaboraría en 1984 para la población abierta del país (Velázquez G, 1992).

Al extinguirse Coplamar, las tareas que esta comisión tenía encomendadas para la atención de la población marginada se reasignaron a las entidades federativas y a las dependencias del Gobierno Federal, con lo cual el IMSS absorbió la administración total del programa con el financiamiento de recursos federales.

#### **Descentralización de los servicios de salud, 1984**

Un suceso que marcó la historia del programa por la eventual posibilidad de su disolución fue la política de descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados, cuyo decreto fue emitido en 1984 (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984). Con la intención de redistribuir competencias en el marco de un nuevo federalismo, esa política también se propuso generar ahorros en el contexto de la crisis económica que vivía el país, ya que en ese momento coincidían dos programas con objetivos similares: IMSS-COPLAMAR y el Programa de Atención a Zonas Marginadas de las grandes urbes a cargo de la Secretaría de Salud.

De 1985 a 1987, el Programa transfirió 23 Hospitales y 911 Unidades Médicas Rurales a 14 entidades federativas, lo que disminuyó su presencia en 44% del territorio nacional. Debido a los problemas financieros, administrativos y políticos que se enfrentaron, y a la valoración de que la descentralización de los servicios de salud no estaba teniendo, en algunos casos, el impacto deseado, el proceso se frenó en 1987 y el IMSS-COPLAMAR se mantuvo funcionando en 17 entidades federativas a través de 50 hospitales y 2,404 Unidades Médicas Rurales, para dar atención médica a 9 millones de personas.

#### **Programa IMSS-SOLIDARIDAD, 1988-1994**

Con la creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), en 1988, el Gobierno Federal retornó a una política de combate a la pobreza extrema en todo el país, cuyas condiciones se habían agravado como resultado de la crisis económica que se enfrentaba con mayor rigor desde 1982. Lo anterior propició el cambio de denominación del Programa IMSS-COPLAMAR por IMSS-SOLIDARIDAD y el impulso, por parte de Pronasol, de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas.



- Aunque en 1983 se decretó la desaparición de Coplamar, el impacto del IMSS-COPLAMAR sentó las bases para la implementación del Modelo de Atención Integral a la Salud, cuyas directrices rigen el Programa desde entonces.

Esto se tradujo en una expansión importante del Programa IMSS-SOLIDARIDAD a través del crecimiento extraordinario en su infraestructura con 1,111 nuevas unidades de primer nivel y 10 Hospitales Rurales, lo que permitió incrementar su cobertura a 10.3 millones de personas (cuadro 5).

## **Progres e IMSS-OPORTUNIDADES, 1997-2012**

Al modificarse la denominación del Pronasol por la de Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progres e), el aún llamado IMSS-SOLIDARIDAD se sujetó a las modalidades de la nueva política social del Gobierno Federal, como fue la alineación a un mecanismo de apoyo económico del Gobierno para un segmento focalizado de familias, el cual se condicionó, entre otros rubros, a la asistencia regular de los integrantes de la familia a una unidad de salud para recibir control médico, figura que persistió hasta 2018 con el nombre de corresponsabilidad.

La corresponsabilidad tuvo efectos importantes, tanto positivos como negativos, en el modelo de operación del Programa por más de 2 décadas; en un sentido, al ejercer sobre ciertas familias la obligación de asistir a la unidad médica a revisión periódica, se favoreció la posibilidad de identificar tempranamente sus riesgos de salud.

Por el otro lado, la focalización del apoyo social a un segmento de familias de la comunidad propició el “rompimiento de localidades”, ya que, ante la posibilidad de hacer un uso político de estos recursos, las personas beneficiarias fueron instruidas a objetar cualquier condicionamiento del servicio médico, incluidas las acciones personales o comunitarias para la salud. La objeción a esta participación fue incompatible con el Modelo de Atención Integral a la Salud, al resquebrajar la solidaridad de algunos miembros de la localidad y propiciar un falso empoderamiento de los receptores del subsidio, al generar el convencimiento de que no tenían que prestar un servicio a cambio del apoyo económico.

En términos de la operación financiera del programa, en el ejercicio fiscal 1997 sus recursos asignados se resectorizaron a la Secretaría de Salud (Ramo 12) para transferirlos por esta vía al IMSS. Esta peculiar forma de asignación financiera planteó una definición jurídica distinta del Programa IMSS-SOLIDARIDAD como figura que, si bien seguía siendo administrada por el Instituto, se consideraba al mismo tiempo un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, situación que se mantuvo hasta 2004 (IMSS, 1999).

En 2002, nuevamente en consonancia con la política social del nuevo gobierno, se modificó el nombre del Programa a IMSS-OPORTUNIDADES (cuadro 5). La creación en ese mismo año de un esquema de protección social en salud para población no afiliada a ningún sistema de seguridad social, denominado Seguro Popular, propició una situación jurídica ambigua para el IMSS-OPORTUNIDADES.

Para aminorar la confusión, se efectuó un arreglo en términos de la asignación de los recursos al Programa, ya que para el ejercicio fiscal 2004 estos dejaron de adjudicarse a través de la Secretaría de Salud. A partir de esta fecha, se estableció que la entrega se realizaría en el Ramo 23 Provisiones Salariales y Económicas, mediante una adecuación presupuestaria en el Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social, quedando nuevamente el IMSS como única unidad responsable. Este esquema presupuestal se explica debido a que el Ramo 19 era el único relacionado con el objetivo de proporcionar servicios de salud a la población abierta, y se correlaciona con el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social, donde se establece que la seguridad social tiene la finalidad de garantizar el derecho a la salud.

Derivado de la selección de familias que Progres e consideró susceptibles de recibir un subsidio económico, en 2002 (IMSS, 2002) este programa asignó al IMSS, en su Régimen Ordinario, la atención en salud a familias de zonas urbanas marginadas; sin embargo, en 2005, por acuerdo del Consejo Técnico del IMSS (IMSS, 2005), esta responsabilidad se trasladó al entonces llamado IMSS-OPORTUNIDADES. Este hecho

marcó la incorporación de la atención del Programa a zonas urbanas marginadas, lo que le requirió esfuerzos operativos importantes, ya que parte de estas personas se ubicaba en entidades federativas en las que ya no se tenía presencia en esos momentos, producto de la transferencia de infraestructura en la década de 1980.

En 2010 se registró una ampliación de infraestructura que permitió al Programa reingresar con sus servicios a los estados de México y Guerrero, entidades en las que había dejado de operar debido a la referida descentralización de los servicios de salud. La reinscripción del Programa a esas entidades enfrentó dificultades para delimitar áreas de responsabilidad con los servicios estatales de salud, fundamentalmente porque a través del esquema creado por el Seguro Popular, los gobiernos de los estados obtenían una cápita por persona afiliada, lo que desincentivó su interés para acordar términos de cooperación con el IMSS-OPORTUNIDADES.



- En 2010 se registró una ampliación de infraestructura que permitió al Programa tener un gran impacto y llegar a más localidades.

### **IMSS-PROSPERA, 2013-2018**

En la administración 2013-2018 se modificó el nombre del Programa a IMSS-PROSPERA para hacerlo compatible con el programa de combate a la pobreza de ese sexenio. En ese periodo, además de hacerse numerosos esfuerzos para materializar el papel del IMSS-PROSPERA como prestador de servicios al Seguro Popular, con la acreditación de la calidad del servicio de sus unidades médicas, se logró un crecimiento de 225 nuevos establecimientos médicos derivado, básicamente, de la suscripción de convenios con otras instancias federales y la gestión con gobiernos municipales.

Al finalizar esa administración se contaba con 80 unidades de segundo nivel de atención y 4,258 de primer nivel<sup>14</sup>, de las cuales 327 eran móviles para la atención de regiones indígenas y zonas geográficas de alta dispersión, y 315 proporcionaban el componente salud a familias que residían en zonas urbanas y eran sujetas al apoyo económico de los programas sociales del Gobierno Federal.

## **IMSS-BIENESTAR, 2018**

En diciembre de 2018, con el planteamiento de la nueva administración de homologar los programas sociales federales al concepto Bienestar, el nombre del Programa se modificó a IMSS-Bienestar. En el ámbito de la salud, la nueva denominación se acompañó de la intención explícita del Gobierno Federal de colocar al IMSS-Bienestar, a través de su Modelo de Atención Integral a la Salud, como pieza relevante de una transformación del sistema de salud que garantizara la atención a la población sin seguridad social.

De julio a octubre de 2019, las autoridades del Sector Salud, encabezadas por el titular del Ejecutivo Federal, efectuaron un recorrido por los 80 Hospitales Rurales del IMSS-Bienestar con el propósito de entablar un diálogo con el personal y la población, e identificar de primera mano las necesidades de fortalecimiento del sector.

En noviembre de 2019, en el DOF fueron publicadas las reformas a la Ley General de Salud que desaparecieron el Seguro Popular y crearon el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), instancia a la que se le encomendó coordinar el acceso efectivo, universal y gratuito a la salud de las personas sin seguridad social, a partir de un modelo que integrara el concepto de atención primaria a la salud en las entidades que decidieran adherirse a dicho esquema.

En junio de 2021, frente a la complejidad que se enfrentaba en el Sector Salud para concretar la prestación de servicios de salud a partir del nuevo Modelo de Salud, se instruyó al IMSS, para que a través del Programa IMSS-Bienestar, se operaran los servicios de salud en las entidades federativas que decidieron transferir su infraestructura a la Federación. De octubre de 2021 a junio de 2022, 15 gobiernos estatales expresaron dicha decisión, con lo cual se inició un proceso gradual de transferencia de unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud al IMSS-Bienestar.

La guía de trabajo del IMSS-Bienestar para incorporar progresivamente sus servicios en estas entidades se basó en los cuatro ejes comprometidos por el Ejecutivo Federal en su recorrido por los 80 Hospitales del Programa: a) atención médica y medicamentos gratuitos para toda la población; b) cobertura completa del personal de salud; c) mejoramiento de infraestructura en salud y renovación de equipamiento, y d) basificación de las y los trabajadores eventuales y de honorarios del Sector Salud.

Con el objetivo de que la transición de los servicios de salud de los estados al IMSS-Bienestar garantizara los derechos laborales de las personas trabajadoras y generara un canal efectivo para la resolución de los aspectos jurídicos y administrativos, el 31 de agosto de 2022, se publicó el decreto de creación del organismo público descentralizado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, llamado IMSS-BIENESTAR. Esta modificación representó un quiebre significativo en la historia de lo que fue durante poco más de 43 años un programa, al darle sustento jurídico a la expansión de su capacidad operativa y reconocimiento a su quehacer en beneficio de la salud de amplios núcleos de población del país.

El IMSS-BIENESTAR caminará de la mano del IMSS para enfrentar el desafío de unificar la prestación de servicios a través de la aplicación de un modelo de atención con el que logró resultados satisfactorios en el ámbito rural e indígena, y cuyas ventajas deberán extenderse a otros territorios, incluyendo los ámbitos semiurbanos y urbanos, para convertirlo en referente de la provisión de servicios de salud a la población sin seguridad social del país, lo que contribuirá a cumplir con el objetivo mayor de alcanzar el acceso universal a la salud en México.



- Constantemente, las brigadas del Programa IMSS-Bienestar batallan con la precariedad de caminos para llegar a las comunidades beneficiarias y brindar servicios de salud.

### III.4. EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA MÉDICA DEL IMSS

Borsalino González Andrade y Ramón Aguirre Díaz

La historia del IMSS refleja la grandeza de la institución de seguridad social más sólida a nivel global y es la base de planeación de quienes tienen bajo su cargo la tarea de generar modelos de infraestructura para estar en condiciones de responder, de manera eficiente y efectiva, al desarrollo y crecimiento del país, propiciando una mejor calidad de vida de la población derechohabiente mediante el goce de sus derechos como personas trabajadoras y del derecho natural a la salud.

Fundado el 19 de enero de 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social instrumentó la protección de la seguridad social en la clase trabajadora en México, como respuesta a los principios de la Revolución Mexicana y la revolución social de posguerra.

El 12 de julio del mismo año se afilió Abel Morales Rodríguez y se otorgó la primera consulta del Instituto, en las improvisadas oficinas ubicadas en las calles Rosales y Mariscal, en la colonia Tabacalera.

El 6 de enero de 1944, el Instituto informó a las y los trabajadores asegurados y a sus personas beneficiarias que el servicio de atención médica estaría disponible las 24 horas del día.

Ante la falta de recursos financieros se contrataron en alquiler edificios y casas que no habían sido diseñados como instalaciones médicas. En su inicio, se contaba con un equipo conformado por 207 personas empleadas; sin embargo, la creciente necesidad de recursos para organizar y brindar servicios desencadenó que el 24 de noviembre de 1944 se reformara el Artículo 135 de la Ley del Seguro Social para transformar al IMSS en un organismo autónomo con aportaciones de carácter fiscal, lo que sentó las bases de la estabilidad económica del Instituto. La infraestructura creció con la creación de las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y cuatro Hospitales de Zona ubicados en los cuatro cuadrantes de la capital.

En 1945 se inauguró la Oficina de Previsión y Prevención de Enfermedades, lo que derivó en acciones enfocadas a disminuir la mortalidad y morbilidad en la población derechohabiente.

Para fines de 1946 se había trabajado para el establecimiento de:

- Clínica No. 1
- Clínica de Neumología

- Hospital No. 1
- Hospital No. 2
- Hospital No. 3 de Neumología
- Hospital No. 4 de Traumatología, posteriormente Clínica No. 10
- Hospital No. 5, de Ferrocarrileros
- Maternidad No. 1, actualmente Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, donde se realizó el primer mural encargado a Pablo O’Higgins y Leopoldo Méndez.

En 1947 se fundó la primera Escuela de Enfermería del IMSS.

En 1949 se reformó la Ley del IMSS y se extendió la cobertura a la familia de la persona asegurada y comenzó el periodo de construcción de unidades habitacionales.

Para fines del periodo comprendido de 1943 a 1949, el Instituto ya contaba con infraestructura propia: 10 unidades de primer nivel y 3 de segundo nivel de atención (el HGO/MF No. 60 Tlanepantla, el HGP No. 3A Magdalena de las Salinas y el HGZ No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”) y se había extendido a Tlaxcala y a Puebla.

### Desarrollo estabilizador

El 13 de septiembre de 1950 se inauguró el edificio central en Av. Paseo de la Reforma. Este cuenta con dos motivos escultóricos en la entrada y un mural de Jorge González Camarena.

En 1952 se inauguró el primer Hospital de Zona del IMSS en Monterrey, Nuevo León.

El 10 de febrero de 1954 se abrieron las puertas del primer centro hospitalario del Instituto, el Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza”, al norte de la Ciudad de México, referencia en vanguardia médica y el primero en la red de hospitales del IMSS; además, se develaron los murales “El pueblo en demanda de salud”, de Diego Rivera y “Por una seguridad completa y para todos los mexicanos”, de David Alfaro Siqueiros.

- El Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza”, primer centro hospitalario del IMSS, abrió sus puertas el 10 de febrero de 1954 y desde entonces es referencia de vanguardia médica y trasplantes.



El 27 de agosto de 1954 se reformó la ley y se amplió la cobertura a las personas trabajadoras del campo.

El 8 de marzo de 1955 se inauguró el Parque Deportivo del Seguro Social, un diamante de beisbol conocido como “el coloso de la colonia Narvarte”, que fue ejemplo de la modernidad y compromiso del IMSS con el desarrollo social.

En 1955 se inauguró el Sistema de Medicina Familiar y Medicina Preventiva.

En 1956 destacaron tres eventos:

- 1) Reformas a la normatividad. Se agregaron los accidentes de trayecto a la cobertura y se decretó el Reglamento de los Servicios de Habitación, Previsión Social y Prevención de Invalidez, que ha permitido al Instituto realizar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud a través de cursos, educación médico-higiénica y materno-infantil, sanitaria, utilización de medios de comunicación masiva (radio, cine, televisión, teatro y conciertos, entre otros) y fomento al deporte.
- 2) Se reconoce a la Clínica de Maternidad No. 1, con entonces 350 camas y con un nacimiento cada 15 minutos, como la más grande a nivel internacional en la Convención Mundial de Seguridad Social.
- 3) Se inició la construcción de guarderías, que colocaron a México como el primer país a nivel mundial en contar con una red de guarderías.

En 1958, el Instituto comenzó a construir unidades médicas con área de Urgencias.

En 1959 se revisó el cuadro básico de medicamentos y se marcó el inicio de la priorización del consumo nacional.

En el periodo de 1950 a 1959, se crearon 62 unidades médicas, de las cuales 47 eran de primer nivel de atención, 9 de segundo nivel y 6 de tercer nivel.

Federico Cantú Garza, en 1962, fue el encargado de crear el emblema del Instituto: una madre con un niño en brazos nombrada “Nuestra Señora del Seguro Social”, que simboliza al pueblo mexicano y la nación que lo protege, representada por el águila como un símbolo patrio.

El 15 de marzo de 1963 se inauguró el Centro Médico Nacional, ahora conocido como “Siglo XXI”. El complejo contaba entonces con 9 hospitales, Banco de sangre, farmacia y 3 unidades médicas, con lo que cubría las principales ramas de la medicina moderna; además, tenía Escuela de Enfermería, central de ambulancias, mantenimiento, lavandería, oficinas generales y Unidad de Congresos.



- El Centro Médico Nacional “Siglo XXI” fue inaugurado el 15 de marzo de 1963 con nueve hospitales, Banco de Sangre, Farmacia, y tres unidades médicas, además de la emblemática Unidad de Congresos.

El 19 de marzo del mismo año se inauguró el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), y se reformó la Ley del Seguro Social para afiliar a las y los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados.

Con el concepto holístico de la salud en mente, se sembraron las bases de una red de infraestructura que vinculó la recreación, el deporte y la cultura. Esto impulsó la construcción de 50% de los teatros más importantes del Instituto, así como algunos centros deportivos y vacacionales para garantizar y dar continuidad a la seguridad social del pueblo de México.

En el periodo de 1959 a 1964 se construyeron 269 unidades, de las cuales 180 eran para Consulta Externa, 61 función mixta y 28 de Hospitalización.

En 1963 se inauguró el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional.

En 1964 inició el reordenamiento del Instituto con la Unidad Cuauhtémoc como ente deportivo experimental.

En 1966 se inauguró el Centro Vacacional Oaxtepec.

En 1967 se estableció el Departamento de Investigación del Centro Médico Nacional.

En 1968 se llevó a cabo, en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional, la primera Jornada Médica Nacional del IMSS.

En el periodo de 1960 a 1969 se crearon 209 unidades médicas: 145 de primer nivel de atención, 59 de segundo nivel y 5 de tercer nivel. Sumado al crecimiento arquitectónico, se incorporaron nuevas áreas como Planificación Familiar y Genética Humana.

- Por cantidad y calidad de las obras, la década de 1960 es una de las más productivas dentro del crecimiento arquitectónico en la infraestructura del IMSS. Hospital General de Tampico, Tamaulipas, hoy Hospital General Regional No. 6.



## Consolidación

En 1973 se publicó la Nueva Ley del IMSS, que tenía por objetivo buscar la solidaridad integral y brindar atención médica, farmacéutica y hospitalaria, así como seguridad social a las y los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados.

Nació entonces el IMSS-OPORTUNIDADES, y se extendieron los servicios médicos en las áreas rurales.

En 1974 se implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, que presentaba el Esquema Modificado de financiamiento. Se instauraron 13 Programas de Esquema Modificado que contaron con 2 Hospitales de Concentración, 23 Clínicas Hospitalares, 72 Clínicas de Campo, con 384 consultorios, 17 quirófanos, 61 salas de expulsión y 487 camas.

Se amplió la prestación del servicio de Guardería a toda la República y se instalaron 84 guarderías nuevas.

El 1 de octubre de 1977 se inauguró el Centro Médico Nacional de Occidente con la descentralización de los Servicios de Alta Especialidad.

El 25 de mayo de 1979 se suscribió el convenio para la creación del IMSS-COPLAMAR.

Para 1982, en el IMSS-COPLAMAR operaban 3,025 Unidades Médicas Rurales, 8 Hospitales Rurales con atención de primer nivel y 52 Hospitales con Atención Integral.

A fin de mitigar los efectos de la inflación en las personas pensionadas, se les incrementó en 59% la cantidad mensual que recibían.

### **Reconstrucción**

Los sismos ocurridos en 1985 marcaron a México desde sus cimientos. El sismo de mayor magnitud siniestró al Instituto, punta de lanza en innovación, tecnología y formación de recursos humanos. La obra de reconstrucción inició inmediatamente, algunas áreas continuaron funcionando.

La denominación "Siglo XXI" se le agregó al Centro Médico Nacional por las múltiples reparaciones, reconstrucciones y construcciones nuevas que se realizaron por los estragos del sismo, los hospitales que lo conformaban se redujeron de 9 a 4 y comenzó a funcionar plenamente en 1992.

Ante la situación generada por el siniestro en la capital, se crearon 9 Centros Médicos Nacionales descentralizados.

En 1989, el IMSS-COPLAMAR se transformó en IMSS-SOLIDARIDAD; entre 1980 y 1989 se crearon 458 unidades: 419 unidades de primer nivel, 27 de segundo y 12 de tercero, así como las reconstrucciones derivadas del sismo.

En 1995 se realizó una nueva reforma a la Ley del Seguro Social, para recuperar viabilidad financiera, que entró en vigor en 1997, con la que se crearon las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores manejadas por las Administradoras de Fondos para el Retiro.

Se creó también el Seguro de Salud para la Familia, para personas trabajadoras no asalariadas.

En 1997 se integró el Programa Hospital Seguro.

En 2001 se reformó nuevamente la Ley del Seguro Social, con el objetivo de reforzar la autonomía fiscal del Instituto e incrementar las prestaciones otorgadas; se creó también el Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales a favor de las y los trabajadores del Seguro Social y se instaló un nuevo régimen de reservas para la institución.

Para disminuir la brecha en salud, educación y alimentación se creó el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), lo que determinó el cambio de nombre de IMSS-SOLIDARIDAD a IMSS-OPORTUNIDADES.

En 2002 entró en operación PrevenIMSS, con el objetivo de sistematizar los servicios preventivos y, en consecuencia, realizar un cambio en los sistemas de información y evaluación del Instituto.





En 2012, Progresa cambió de nombre a Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), que en 2014 cambió nuevamente a IMSS-PROSPERA.

Tras el sismo de septiembre de 2017, el Instituto nuevamente se solidarizó con las y los mexicanos ante las situaciones de desastre y brindó atención médica a la población, fueran o no derechohabientes.

El Instituto contaba, hasta 2017, con 1,407 unidades médicas distribuidas en las 35 delegaciones (actualmente OOAD), de las cuales 1,123 eran unidades de primer nivel de atención, 246 de segundo nivel y 36 de tercer nivel.

Como se muestra en el cuadro 6, del 1 de diciembre de 2018 al 30 de junio de 2022, en el IMSS se concluyeron 67 acciones de obra, con inversión superior a 9 mil millones de pesos, en unidades de servicio, de las que 5 correspondieron al tercer nivel de atención, 26 al segundo nivel y 22 al primer nivel. Asimismo, se realizaron 14 acciones en unidades de servicio no médico (guarderías y Centros de Seguridad Social, principalmente).

Del total de acciones en los tres niveles de atención, 23 fueron de obra nueva con un monto de inversión ejercido de 6,285.7 millones, 5 de sustitución por un monto de 365.3 millones de pesos y 39 acciones para ampliación y remodelación, con inversión de 2,830.1 millones de pesos (cuadro 6).

Desde su creación, el IMSS ha sido el pilar de la salud y seguridad social de la población mexicana, su influencia en la calidad de vida de las personas trabajadoras estriba en las previsiones sociales que garantizan sus derechos humanos y cumple así con la protección a la familia, contribuyendo entre sus derechohabientes a reducir el gasto privado en salud.

El reto en la actualidad es reestablecer, con infraestructura complementaria, la capacidad de atención que permita la permanencia de este modelo global de seguridad



- Los sismos de 1985 y de 2017 afectaron gravemente las instalaciones del IMSS y también fueron un reto a la solidaridad, como otros desastres, al brindar atención médica a personas no derechohabientes.

social y garantice un acceso efectivo a los beneficios que el IMSS presta a la población trabajadora y sus familias.

**CUADRO 6**  
**ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA CONCLUIDAS, DICIEMBRE DE 2018-JUNIO DE 2022**

TIPO DE ACCIÓN	TIPO DE UNIDAD				TOTAL
	TERCER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	PRIMER NIVEL	OTRA <sup>1/</sup>	
Construcción (obra nueva)		9	12	2	23
Construcción (de sustitución)			5		5
Fortalecimiento <sup>2/</sup>	5	17	5	12	39
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>67</b>

<sup>1/</sup> Incluye unidades que ofrecen servicios de Guardería, Centros de Seguridad Social, Subdelegaciones, etcétera.

<sup>2/</sup> Se refiere a acciones de ampliación y remodelación de áreas de servicio como Urgencias y Cuidados Intensivos, así como instalación de Anatomía Patológica, entre otros.

Fuente: (IMSS, 2020e, pp. 9-13).

### III.5. LAS APORTACIONES DEL IMSS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA EN MÉXICO

Vianey González Rojas

Durante la época de la Revolución Mexicana, la población total en México disminuyó en 2.1 millones de habitantes. Esto se debió en gran medida al exceso de mortalidad producto de los combates, la disminución de los nacimientos y los procesos de emigración. Sin



embargo, una alta proporción de decesos fue ocasionada por las epidemias y el hambre (Gómez O, Frenk J, 2019). Ya desde el porfiriato, México se encontraba azotado por diversas enfermedades transmisibles que ocasionaron epidemias graves como la viruela, sarampión, tos ferina, escarlatina, peste, cólera e influenza, provenientes del exterior, adicional a que la atención médica se mantuvo en condiciones precarias (Cotonieto E, 2020).

Estas condiciones sociales, aunadas a la elevada mortalidad ocasionada por las enfermedades infecciosas, explican en gran medida el interés que mostraron los gobiernos posrevolucionarios por el diseño de marcos legales e institucionales en materia de salud pública que protegieran a la población mexicana (Gómez O, Frenk J, 2019). Sin embargo, el desarrollo institucional de un sistema de salud en México inició formalmente a partir del sexenio del Presidente Lázaro Cárdenas, quien impulsó el proyecto de servicios médicos rurales cooperativos y la creación de infraestructura de primer nivel de atención en diversas regiones del país (Rodríguez I, 2012). Al iniciar el gobierno cardenista, las principales estadísticas de mortalidad anual en 1935 indicaban que las defunciones se presentaban principalmente en población infantil por enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio, paludismo, tuberculosis, viruela y disentería (Rodríguez M, 2017), las cuales se encontraban estrechamente relacionadas con las malas condiciones de higiene y saneamiento, así como el hacinamiento derivado de las condiciones sociales que la población tenía en esa época.

Para atender la situación de salud de la población, se intensificaron las campañas preventivas y asistenciales, cobrando relevancia el papel de la enfermera visitadora que tenía a su cargo la impartición de educación higiénica y la difusión de la importancia de la vacunación contra la viruela, cuya aplicación era obligatoria (Rodríguez I, 2012). Dicha práctica sentó las bases de la educación para la salud comunitaria, abordando temas específicos sobre la transmisión de las enfermedades, así como la intervención en temas sociales como la educación y la vivienda, con lo cual se reafirma lo prioritario que fue en esa etapa la que posteriormente sería denominada medicina social y la atención de los problemas que se vivían día a día, en donde ya se dibujaban los esbozos de la vinculación de los aspectos socioeconómicos como la pobreza con las enfermedades más comunes.

Este Estado social que inició en el sexenio cardenista favoreció la inversión privada, al mismo tiempo que desarrolló infraestructura pública, aumentando el gasto público en obras de beneficio social y, a la vez, se crearon grandes organizaciones políticas, centrales campesinas y sindicatos obreros. Estos últimos permitieron que, después de una serie de luchas históricas impulsadas por las personas trabajadoras en el contexto de los procesos de industrialización, se sentaran las bases de la seguridad social mediante la necesidad expresa de que las y los patrones se responsabilizaran de la salud de sus personas trabajadoras ante accidentes y enfermedades, adicionalmente, que les fuera proporcionada una jubilación, protección durante la vejez y préstamos a corto plazo (Galindo A, 2005), lo cual permitiera un mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y de salud y las de sus familias.

La base constitucional de la seguridad social en México se vio materializada el 19 de enero de 1943, cuando fue aprobada la Ley del Seguro Social presentada por el entonces Presidente Manuel Ávila Camacho, la cual tenía como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo de las personas trabajadoras inscritas en el sector formal. Para dar figura a este instrumento, ese mismo día se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un

organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual inició su funcionamiento un año después (Díaz J, 2000).

El reconocimiento y garantía de este derecho a la seguridad social fue una de las primeras expresiones de justicia social, resultado de luchas históricas de la clase obrera (Rojas G, Ulloa O, 2002) que permearon el origen de la seguridad social como una responsabilidad pública (García M, 2014). En sus orígenes, el derecho a la seguridad social tenía como principal objetivo mantener a la población trabajadora sana para contribuir al adecuado desarrollo económico del país, pero no solo a través de la disminución de riesgos ocupacionales, sino mediante la instauración de todo un sistema que permitiera un bienestar social y desarrollo pleno que posteriormente involucraría una serie de derechos económicos, sociales y culturales para la población mexicana.



- Desde su creación, el IMSS se ha abocado a brindar seguridad social en todos los aspectos: económicos, sociales y culturales, como con actividades en el Centro Social y Deportivo General Anaya.

Los beneficios que otorgaba el Instituto en esa época eran: enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, senectud y muerte, accidentes en el centro de trabajo y cesantía involuntaria en edad avanzada. Para financiar dichos servicios se contemplaba (como en la actualidad) la contribución tripartita del Estado, las personas trabajadoras y patronas/empleadoras. De esta manera, se constituyeron las bases de la institución que posteriormente se convertiría en la más importante en términos de seguridad social y salud en el país y uno de los principales referentes para América Latina (Carrillo A, 2002).

Asimismo, en la práctica, la seguridad social mexicana se caracterizó por incorporar en las respectivas legislaciones y políticas una concepción distinta al enfoque limitado de la asistencia tradicional (Rojas G, Ulloa O, 2002), al poseer una visión amplia respecto a la protección ante las diversas contingencias de la vida, es decir, ante riesgos de

trabajo, enfermedades, invalidez, vejez y la incorporación de otras prestaciones sociales necesarias para el desarrollo equitativo como el servicio de Guardería.

Con la cristalización de la seguridad social, la salud pública —entendida como el conjunto de saberes y prácticas que aborda la salud de los colectivos humanos y las respuestas sociales organizadas para promoverla y mejorarla (López O, 2017)— mantuvo su atención en la medicina preventiva, mediante la organización de campañas para reducir las enfermedades infecciosas, así como el interés en la atención materno-infantil y la desnutrición en población infantil y campesina. Durante las décadas de 1940-1950, tanto las instituciones educativas como las prestadoras de servicios de salud se enfocaron en prevenir, combatir y erradicar las enfermedades transmisibles, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental. Empero, el reto para la salud pública en dicha época se encontraba en el ambiente social, situación que compartían la mayoría de los países en desarrollo (Cotonieto E, 2020). Durante el sexenio del Presidente Ávila Camacho también se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (1943), el Instituto Nacional de Cardiología (1943), el Hospital Infantil (1943) y el Instituto Nacional de Nutrición (1946), entre otros, además de un número considerable de clínicas y centros de salud (Rojas G, Ulloa O, 2002), con lo cual se refrendó el compromiso de continuar invirtiendo en infraestructura pública para el beneficio de la población.

Todavía a finales de la década de 1950 se tomaron decisiones importantes y se consideró como una acción de utilidad pública la construcción de hospitales y la aplicación masiva de programas de carácter social; la ausencia de un número considerable de personas pensionadas permitió tener excedentes financieros muy altos e invertirlos en la creación de la infraestructura pública tan necesaria para la época (Rojas G, Ulloa O, 2002).

El IMSS adoptó, en 1954, el Programa de Medicina Familiar y en 1960 lo definió como Programa de Medicina Social, cuyo objetivo fue ampliar la cobertura como principio de justicia social y democracia (Cotonieto E, 2020). Asimismo, se introdujeron nuevos tópicos al estudio de la salud-enfermedad poblacional; las teorías de la dependencia, del desarrollismo y cambio social nutrieron la perspectiva sociohistórica, económica y política del debate en salud. La tendencia medicalizadora, tecnificada, ahistórica y elitista del llamado Modelo Médico Hegemónico fue sometida a una fuerte crítica desde la perspectiva de las ciencias políticas y sociales (Rodríguez I, 2012), por lo que resultó necesario garantizar cambios en las condiciones y calidad de vida de la población si lo que se buscaba era incidir en la prevención de enfermedades, atenderlas y restablecer la salud.

En este sentido, y bajo la visión de llevar la seguridad social a la población históricamente desfavorecida, en 1973 se modificó la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación. El 25 de mayo de 1979 surgió el Programa IMSS-COPLAMAR, mediante la firma de un convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) de la Presidencia de la República para extender los servicios de salud a todo el territorio nacional (IMSS, s.f.b). Mediante esta modalidad, se incluyó a las personas sin una relación salarial formal a través de su incorporación voluntaria, con la participación del Estado como sujeto solidario, estableciéndose así un claro antecedente respecto a la búsqueda del principio de universalidad y equidad en salud.

A finales de 1968, el entonces Presidente Gustavo Díaz Ordaz promovió la iniciativa de una nueva Ley Federal del Trabajo que abrogó la de 1931, en la cual se incluyeron instrumentos relacionados con la previsión social como el trabajo de mujeres y menores

de edad, normatividad de seguridad e higiene, capacitación, riesgos en el trabajo y derechos habitacionales para las personas trabajadoras, la cual entró en vigor en 1970 (Carrillo A, 2002). Adicionalmente, hubieron hechos sociales importantes como la masacre de Tlatelolco ocurrida en octubre de 1968 que ocasionó el debilitamiento de la estabilidad política e inconformidad de la población con las medidas opresoras del Gobierno en turno; a su vez, se ponían de manifiesto dos enfoques político-económicos en materia de seguridad social: el favorecimiento legislativo respecto a la actuación del sector privado, reduciendo así la intervención del Estado y, contrariamente, las acciones de solidaridad y responsabilidad estatal para garantizar el acceso equitativo a la seguridad social (Carrillo A, 2002).



- Fragmento del mural "Por Una Seguridad Completa y Para Todos los Mexicanos", de David Alfaro Siqueiros, adorna parte del inmueble del Centro Médico Nacional "La Raza", en Ciudad de México.

Por otra parte, a nivel internacional, se llevaron a cabo importantes aportaciones a la salud pública mediante la creación de la estrategia de Atención Primaria de Salud y Participación Comunitaria, por parte de la Asamblea Mundial de la Salud, bajo el lema "Salud Para Todos en el Año 2000". Esta política internacional tuvo gran resonancia entre los ministerios y secretarías de Salud de los estados. Esto contribuyó a que, en 1978, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se celebrara una de las conferencias internacionales más esperanzadoras alrededor de la estrategia de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Alma Ata (Cotonieto E, 2020).

Sin embargo, con la llegada de la década de 1970, inició también una serie de procesos que afectaron los efectos positivos del desarrollo estabilizador en México. La estabilidad y crecimiento económico que predominó guiado por la concepción del Estado social sustentado en el pacto social —donde este desempeñaba el papel preponderante como motor del desarrollo<sup>15</sup>, permitiendo empleos estables y casi vitalicios mediante los contratos colectivos de trabajo para regular las relaciones obrero-patronales, así como pensiones solidarias y la garantía de toda una serie de derechos económicos, sociales y culturales enmarcados por la seguridad social—, se vieron afectados por las reformas constitucionales que iniciaron en la década de 1980, ante la crisis financiera y la imposición de las fuerzas del mercado que sujetaron al país a un creciente endeudamiento y dificultades para obtener recursos financieros en los mercados internacionales, terminando por aceptar

las reformas, reglamentaciones e intereses del exterior, difuminando cada vez más el poder del Estado-nación (Gutiérrez A, 2002, pp. 17-52).

En 1983, se declaró el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana como parte de las garantías individuales, quedando asentado en el Artículo 4 constitucional; si bien se estableció como una obligación del Estado garantizarlo, también abrió la competencia entre prestadores de servicios privados y públicos, a la vez que promovió la descentralización de los servicios de salud respecto al manejo de las funciones de regulación, administración del financiamiento y la prestación de servicios (Laurell C, 2011), mediante la promulgación de la Ley General de Salud en 1984. Esta contempló la articulación de acciones estatales y federales. Dichas medidas implicaban un presupuesto considerable pero, debido a la crisis económica, se hizo un recorte constante al gasto público en materia de salud, que inició en 1980 (Laurell C, 2011). De esta manera, a diferencia del periodo de crecimiento económico anterior a 1980, el déficit fiscal no benefició la expansión económica, propiciando una creciente desigualdad socioeconómica resultado de la polarización en la distribución del ingreso que concentró la riqueza nacional, extendiendo el círculo de inequidad distributiva (pobreza) (Rojas G, Ulloa O, 2002).

En términos de salud poblacional, la esperanza de vida se vio aumentada por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas. Condujo además a la creciente aparición de una serie de padecimientos crónico-degenerativos que representaron las principales causas de mortalidad en México. De esta manera, las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, aunadas a los accidentes, padecimientos cerebrovasculares, cirrosis hepática, neumonía e influenza constituyeron los principales motivos de defunción. Esto definiría el panorama epidemiológico de las próximas décadas, en el cual las enfermedades crónico-degenerativas, violencias y enfermedades infectocontagiosas siguen teniendo el peso relevante en la mortalidad nacional, con la incorporación del VIH-sida desde la segunda mitad de la década de 1980 como causal importante de defunciones. También incrementó el impacto del dengue y la desnutrición, esta última especialmente en menores de 5 años (Menéndez E, 2005).

En este contexto, en 1995 el Gobierno Federal, bajo una ideología neoliberal, inició una serie de acciones indicadas por el Banco Mundial, que entraron en vigor en 1997. Las dificultades financieras a nivel nacional, la falta de empleo y la baja en los salarios provocaron una alta emigración de la población joven en búsqueda de mejores condiciones de vida, lo que se traduce en una “exportación” del bono demográfico del país hacia los Estados Unidos; estas condicionantes dejaron a su paso la insostenibilidad de los sistemas públicos de pensiones basados en el principio de reparto solidario garantizado por el Estado, surgiendo el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y, con ello, la reforma a la Ley del Seguro Social, cuyos objetivos fueron instrumentar la privatización de la administración de los fondos de pensiones, desplazando el concepto de derechos sociales en cuanto a derechos colectivos, por los individuales, lo que abrió camino para las cuentas de capitalización individual, concretando así la reforma neoliberal del Estado en su vertiente social. Asimismo, dicha reforma estableció el preámbulo para la posterior modificación del modelo de prestaciones médicas hacia su privatización parcial (Díaz J, 2000; Rojas G, Ulloa O, 2002).

Con la reforma a la seguridad social, el área de los derechos sociales constitucionales y de las grandes instituciones de bienestar social se volvió también parte del blanco de la política privatizadora, conduciendo a un prolongado deterioro del IMSS que se manifestó en la falta de medicamentos e insumos, problemas de mantenimiento de equipo e

instalaciones, retraso en la construcción de nueva infraestructura y sustitución de equipo, e inestabilidad contractual del nuevo personal.

Asimismo, ante el desempleo generalizado la población sin seguridad social laboral aumentó exponencialmente, lo que facilitó la estrategia de creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular. Este se creó mediante la introducción del Artículo 77 bis a la Ley General de Salud, que entró en vigor en 2004. Por medio del SPSS se pretendió hacer frente a la segmentación del acceso a la atención a la salud y disminuir el gasto de bolsillo en salud de los hogares mexicanos, así como reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud, incrementando la cobertura de aseguramiento (Laurell C, 2013).

Este modelo conceptual denominado pluralismo estructurado subyació ya en la reforma del IMSS de 1995/1997 (SS, 2019); sin embargo, resultó una propuesta fallida para los objetivos planteados, derivado de que se trató de un seguro voluntario con un paquete explícito de servicios limitados y con el pago de los servicios no incluidos, financiado con subsidios fiscales federal y estatal, y con una prima familiar, con excepción de las familias más pobres. Su diseño implicó la separación entre las funciones de regulación, administración de fondos/compra de servicios y de su prestación, o sea, la apertura del mercado en salud y la promoción de la entrada de las y los aseguradores y prestadores privados (Laurell C, Cisneros A, 2015).

En términos socioeconómicos y de salud poblacional, este deterioro histórico y el panorama nacional generaron un círculo de precariedad, siendo que en 2016 43.6% de la población mexicana vivía en situación de pobreza y 7.6% en pobreza extrema; adicionalmente, en materia de salud, aumentó la brecha de inequidades entre grupos poblacionales y regiones del país, además de mantener una de las mayores prevalencias de obesidad y sobrepeso infantil en el mundo y más de 70% de las personas adultas con sobrepeso, lo que favoreció que las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, padecimientos cardiacos, cerebrovasculares, cirrosis y cáncer dominaran el panorama de la mortalidad, particularmente entre mayores de 40 años (Organización Mundial de la Salud, 2018).

No obstante, el IMSS sigue siendo el principal prestador de servicios de salud, al contar con 51% de la población total del país afiliada (Inegi, 2020), además de ser garante de la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. En este sentido, con la entrada de la etapa correspondiente a la Cuarta Transformación de la vida pública del país, se han retomado los orígenes del Instituto como piedra angular en el bienestar de la población mexicana, reivindicando los ideales revolucionarios de justicia social, mediante el ejercicio de acciones que promuevan la inclusión y la igualdad, la eliminación de los actos de corrupción y la impunidad; fomenten la confianza de las personas derechohabientes y usuarias en el Instituto e impulsen una economía para el bienestar (IMSS, 2019b).

La nueva visión del IMSS retoma de sus orígenes los valores de igualdad social y de la universalidad en el acceso a los servicios y beneficios sociales, así como de la protección social a lo largo de toda la vida, en donde el IMSS, como la institución de seguridad social más importante del país, está predestinado a desempeñar un papel crucial en este nuevo proceso. Prueba de ello fue la atención a la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), la mayor emergencia de salud pública en las últimas décadas, en donde el IMSS tuvo el papel preponderante para afrontarla, gracias a su sólida infraestructura, a su rápida capacidad de planeación y respuesta, principalmente, al compromiso y preparación de sus recursos humanos.



La reconversión hospitalaria llevada a cabo para la atención de esta enfermedad, única en la historia por la capacidad instalada y de respuesta inmediata, implicó que el IMSS redirigiera los recursos físicos, humanos y financieros para la atención del nuevo virus y aumentó la capacidad de atención para garantizar el acceso de las personas a camas y ventiladores. La pandemia implicó reconocer nuevas prioridades, por lo que fue necesario adoptar una perspectiva universal e incluyente, cuyo máximo propósito era otorgar atención médica a causa de la COVID-19 a quien lo requiriera, sin importar su condición de aseguramiento (IMSS, 2021c).

Asimismo, retomando la planeación estratégica y la acción bajo una visión de integralidad con perspectiva social y comunitaria, el Instituto ha impulsado la estrategia PrevenIMSS, que involucra la promoción y educación en salud con la prevención, detección y control de enfermedades (Inegi, 2020), estimulando la cultura del autocuidado y las elecciones conscientes en la población mexicana. De esta manera es que se promueve el cambio de enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, propio de la perspectiva medicalizada y fragmentada de la salud pública, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales desde la integralidad en salud y la determinación social, que incentiva los cambios en los estilos de vida con base en las necesidades colectivas.

- Los programas y campañas de vacunación del IMSS han sido efectivos como estrategias de prevención de enfermedades porque se enfocan a la población infantil y grupos vulnerables.



Adicionalmente, esta visión se ve plasmada en la nueva operación del Programa IMSS-Bienestar, el cual tiene por objeto contribuir a garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, mediante el otorgamiento de servicios, en los diferentes niveles de atención. Considera para ello la implementación y aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que vincula la prestación de servicios con la participación activa de la comunidad para el autocuidado de su salud, a favor de la población sin seguridad social (IMSS, 2021a). Esto fortalece la estrategia del Gobierno Federal mediante la expansión de su capacidad operativa para atender a la población mexicana sin seguridad social y converger para la creación del Sistema Único de Salud, gracias a la prestación de servicios a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, siendo un referente para la atención a la salud desde una perspectiva comunitaria.

Si bien esta prestación aborda uno de los objetivos más importantes de la seguridad social, que es mantener y recuperar la salud de la población, aún resulta un reto implementar el principio de integralidad para garantizar la cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas por la seguridad social, así como el autofinanciamiento relativo a encaminar el funcionamiento del sistema hacia el equilibrio financiero y la sostenibilidad actuarial, que fue uno de los objetivos prioritarios del IMSS en sus orígenes.

El Instituto se encuentra en un proceso de construcción bajo la visión de la existencia de sistemas de seguridad social con garantía y coadministración estatal, que tienden hacia la disminución de los riesgos sociales de la población y una garantía de un mínimo nivel de vida. Los derechos económicos, sociales y culturales son concebidos como fundamentales, sin dejar de lado un esquema que garantice la igualdad en el acceso a la salud y a la atención médica, avanzando hacia un enfoque basado en la atención primaria de la salud que promueva el bienestar individual y el de las familias y las comunidades, haciéndolas partícipes en todo el proceso y promoviendo un desarrollo aplicado a la realidad mexicana.

De esta manera es que se puede decir que actualmente transitamos de una visión de la salud pública con perspectiva biomédica basada exclusivamente en factores de riesgo proximales, a una construcción de la salud colectiva bajo modelos sociomédicos con mayor visibilidad e impulso en los momentos de crisis y reorganización de las formas de acumulación del capital, así como en coyunturas históricas caracterizadas por amplias movilizaciones populares y diversos cuestionamientos al orden social (López O, 2017), que constituyen la verdadera determinación social de la salud.



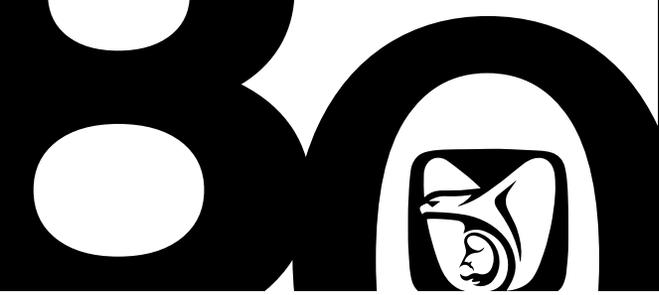
- La distribución de medicinas, vacunas y demás insumos médicos resulta crucial para atender de manera oportuna a la población derechohabiente y usuaria a lo largo y ancho de todo el país.





# CAPÍTULO IV

Las prestaciones  
económicas y sociales



**D**e manera previa a la promulgación de la Ley del Seguro Social (enero de 1943), puede encontrarse entre los ideólogos de la seguridad social una conciencia de que las políticas de prevención eran las que realmente podían dar impulso a la marcha social hacia el pleno bienestar. Como evidencia de esta idea subyacente, pueden tomarse las palabras pronunciadas en 1941 por Ignacio García Téllez, durante una campaña de promoción de la utilidad de la futura ley:

“Para la amplia realización de los fines del Seguro Social, no sería suficiente que el Instituto acudiese presuroso facilitando medicamentos a servicios profesionales a fin de reparar la salud o los daños sufridos; es más eficaz prevenir los riesgos impidiendo la excesiva fatiga, aumentando los conocimientos y la habilidad del trabajador, las condiciones de higiene en los centros de trabajo, la protección en el manejo de la maquinaria peligrosa y, sobre todo, por la educación del trabajador, que debe evitar el debilitamiento de sus facultades por el abuso de bebidas embriagantes o de placeres que agraven la inminencia de los riesgos profesionales” (García I, 1997).

#### **IV.1. LA CULTURA COMO UNA PRESTACIÓN SOCIAL**

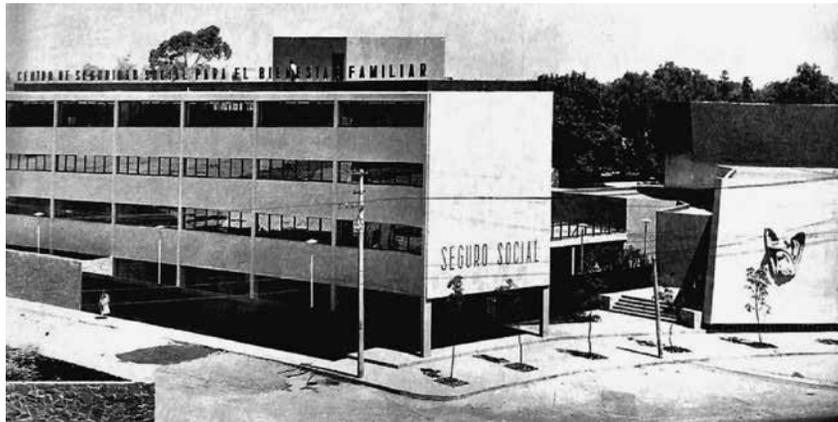
##### **Centros de Seguridad Social**

Davayane Amaro Ortega

El IMSS comenzó a otorgar servicios en enero de 1944 y, si bien las políticas de prevención no fueron las primeras en ponerse en marcha, algunas iniciativas desarrolladas en su seno tendían hacia ese camino. En este sentido debe darse importancia al apoyo que dieron las personas trabajadoras del Instituto, primeramente, por iniciativa del Prof. Eduardo Alonso Escárcega, a la campaña de alfabetización que entonces había lanzado la Secretaría de Educación Pública.

El entusiasmo fue tal, que 60 centros de alfabetización eran sostenidos por las y los empleados del Seguro Social. La participación contó con el apoyo de la Dirección General del Instituto, ya a cargo de Ignacio García Téllez, y del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), de manera que se conformó una comisión mixta para coordinar las tareas de educación. Las acciones de estos centros comenzaron a diversificarse y, además de la alfabetización, se fomentaron las actividades deportivas y el canto (Mejía P, 1997).

- Desde su creación y sus primeros años, el IMSS se dio la tarea de ampliar la acciones que favorecieron el bienestar de la población, empezando por las familias derechohabientes, con los Centros de Seguridad Social.



Para 1945, en el IMSS se comenzaron a desarrollar programas de carácter más preventivo para atender determinantes sociales que afectaban la salud de las personas trabajadoras. De esa manera, además de las campañas de alfabetización, se realizaron brigadas de capacitación para el trabajo, de nutrición e higiene, así como cursos de educación médico-higiénica.

De los 400 centros proalfabetización que llegó a fundar la Secretaría de Educación Pública, el Instituto absorbió completamente 37, y entre 1949 y 1950 los transformó en Centros de Educación Popular y de Seguridad Social. Hacia 1954, estos centros tuvieron otra transformación importante al convertirse en los llamados Clubes de la Asegurada (Ramos R, 2015). El cambio del nombre delata una transformación en la política, evidenciando el creciente interés por atender las necesidades de la población femenina, que desde 1953 tenía derecho al voto y, por tanto, a incidir en la vida política.

Los Clubes de la Asegurada no contaban con locales específicos, sino que se alojaban en pasillos y otros espacios libres de las clínicas de primer nivel. Esto motivó que algunos galenos sintieran que estas actividades entorpecían las labores médicas, especialmente porque los cursos impartidos tenían muy alta demanda.

Con el ánimo de impulsar este programa de atención a las mujeres aseguradas y beneficiarias del IMSS, durante la administración de Antonio Ortiz Mena como Director General (1952-1958), se decidió fortalecer las actividades de los mencionados clubes y para ello se les dotó de espacios propios y amplios donde funcionar.

Como parte de este plan, en 1955 se integró al IMSS la Profa. Esperanza Pomar, con la encomienda de lograr en el menor tiempo posible el ingreso de nuevas socias. A partir de enero de 1956 abrieron los primeros locales ya con el nombre de Casas de la Asegurada, como todavía se les conoce en muchas ciudades mexicanas. Una de las estrategias, impulsada por Pomar, fue llevar a cabo festivales con presentaciones de danza que tenían lugar sobre una plataforma móvil, cerca de donde se iba a instalar una nueva Casa de la Asegurada (Ramos R, 2019).

El 2 de agosto de 1956, durante el sexenio del Presidente Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958), se publicó en el Diario Oficial de la Federación una ordenanza para ser operada en el seno del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Reglamento de Servicios de Habitación, Previsión Social y Prevención de Invalidez. Con este documento quedaron establecidas las prestaciones sociales en el IMSS.

Dicho documento estipulaba en el Artículo 8 que:

El Instituto Mexicano del Seguro Social establecerá con carácter de prestaciones a cargo del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, los servicios que juzgue necesarios para la prevención de enfermedades e incapacidad para el trabajo y la difusión de conocimientos y prácticas de previsión, mediante los siguientes procedimientos:

- 1) Cursos de enseñanza oral, escrita, teórica y práctica.
- 2) Educación médico-higiénica y materno-infantil, y orientación sanitaria.
- 3) Radio, cinematógrafo y televisión.
- 4) Representaciones teatrales, conciertos, recitales y publicaciones impresas de toda índole.
- 5) Fomento de la práctica de deportes y organización de eventos y agrupaciones deportivas.

El documento establecía muy claramente que las actividades culturales formaban parte de las políticas preventivas emprendidas por el Instituto; las cuales en gran medida se llevarían a cabo en las Casas de la Asegurada.

Con la implantación del mencionado reglamento, era obligatorio que el programa de las Casas de la Asegurada se llevara a todo el país. Por ese motivo, para coordinar y dar seguimiento al programa de instalación de sus servicios, se creó el Departamento de Prestaciones Sociales y Divulgación, uno de sus primeros titulares fue Mauricio Ocampo Ramírez.



- La habilitación de las Casas de la Asegurada fue un primer gran paso para ampliar la seguridad social mediante talleres y capacitación para acercarse a las madres de familia y sus hijas e hijos.

En febrero de 1958 hubo un encuentro entre las autoridades del departamento y las directoras y socias de las Casas de la Asegurada, en el auditorio del edificio central del IMSS. Fernando Castro puso de manifiesto cómo se entendía la labor de las Casas de la Asegurada: “Brindan los medios para mejorar y difundir la cultura y la educación; son sistemas de cooperación, de construcciones positivas animadas por el amor y el desprendimiento” (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 1958).

En estos espacios se fomentaba la creación de cooperativas de consumo, clubes de lectura, bolsas de trabajo, giras culturales y campañas proempadronamiento. Hacia abril de 1958, la programación de las Casas incluía cursos de alfabetización, materias

culturales, educación médico-higiénica y orientación sanitaria, educación materno-infantil, higiene y seguridad en el trabajo, primeros auxilios, periodismo, corte y confección, tejido, juguetería y decoración, cocina y dietética, cultura de belleza, teatro guiñol, arte dramático, danza clásica, moderna y regional; música y educación física.

- Las mujeres participantes recibían, entre otros temas, instrucciones para la preparación de alimentos y para el mejor manejo de los insumos, a fin de evitar enfermedades o accidentes.



- Las actividades cotidianas eran parte de los temas abordados en estos espacios con el objetivo de generar la cultura de la prevención de emergencias domésticas entre las familias derechohabientes.



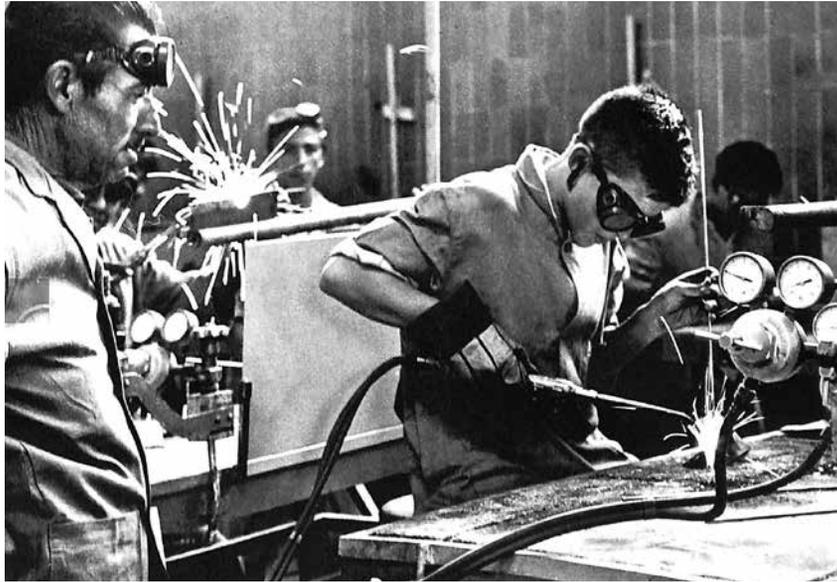


- Sin embargo, las actividades recreativas y culturales también servían para mejorar el ambiente entre la comunidad y la dinámica al interior del núcleo familiar, así como para su educación.



- Las artes, como la danza, la música o la pintura, comenzaron a apropiarse de estos espacios de convivencia y recreación en favor del talento de la población usuaria de los Centros Sociales.

- Los hombres también tuvieron cabida en las Casas de la Asegurada, donde se impartían cursos de oficios; lo que a su vez impulsaba la capacitación de las personas para el trabajo.



Para septiembre de 1958, en el último Informe Presidencial de Adolfo Ruiz Cortines, se reportaba ya la existencia de 73 Casas de la Asegurada, las cuales estaban instaladas en zonas de crecimiento industrial o zonas marginadas donde se concentraba la población obrera.

Durante el sexenio siguiente, de Adolfo López Mateos (1958-1964), y bajo la administración de Benito Coquet como Director General del IMSS (1958-1964), se procuró la consolidación del servicio de prestaciones sociales en el IMSS y convertirlo en un programa de bienestar familiar. El programa recibió un impulso sin precedentes, constituyéndose en el corazón de la política social de Coquet, transformando las Casas de la Asegurada en Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar, lo cual tuvo un claro reflejo en el Plan Nacional de Construcciones Médicas y Sociales que levantó a lo largo y ancho del país decenas de unidades de servicios en las que el Centro de Seguridad Social tenía un lugar protagónico y al cual, en muchas ocasiones, se sumaba un teatro, ya fuera cerrado con toda la infraestructura teatral moderna o un teatro al aire libre (De Anda E, 2020).

Para la consolidación de este programa, Benito Coquet nombró como jefa del Departamento de Prestaciones Sociales a Margarita García Flores, destacada política mexicana, quien había participado en la lucha por el voto de las mujeres en México y había sido una de las primeras legisladoras. García Flores organizó el programa de actividades de los Centros de Seguridad Social y Bienestar Familiar en tres ejes: 1) cuidados de la salud (higiene, prevención de enfermedades, cuidado materno-infantil y saneamiento ambiental); 2) actividades familiares del hogar (nutrición, protección del salario y orientación del consumo), y 3) actividades de iniciación cultural (alfabetización, primaria, conocimiento de la ley, etcétera).

Como parte de la consolidación de las prestaciones sociales, los llamados Centros Juveniles se transformaron, en 1962, en Centros de Adiestramiento Técnico especializados en la formación de mano de obra calificada que se requería en los centros industriales asentados en algunas regiones importantes del país. El primer Centro de Capacitación o Adiestramiento Técnico se fundó en 1962 en la Unidad Morelos, de la Ciudad de México,

con cursos técnicos orientados para la industria metal-mecánica. Enseguida se instalaron otros centros de este tipo en la Unidad Independencia, Unidad Santa Fe y Unidad Cuauhtémoc, en la Ciudad de México, así como el Centro de Capacitación de Monterrey, Nuevo León y el Centro de Capacitación de León, Guanajuato.

De manera casi simultánea, en 1964, se crearon los Centros de Capacitación Artesanal en la Unidad Independencia, en la Unidad Cuauhtémoc y en la Unidad Morelos, en el Valle de México.

Para finales de la administración de Benito Coquet, en 1964, el IMSS había levantado 61 Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar y 46 Centros Juveniles de Seguridad Social con talleres de capacitación (Coquet B, 1964). En las décadas posteriores, las diferencias entre estas unidades se desvanecerían un tanto, de manera que solo se reconocieron como Centros de Seguridad Social, de los cuales, 123 se encuentran establecidos a la fecha.

La mayor parte de la infraestructura de las unidades de prestaciones sociales se construyó en la década de 1960, pero el contenido programático de sus actividades ha variado con los años, aunque en gran medida partiendo de lo establecido. Para la década de 1970 se dio impulso a la profesionalización de la plantilla de docentes, especialmente en las áreas artísticas de danza, sin embargo, los cambios en los procesos internos de la organización han influido de tal modo que en la actualidad hay una carencia de docentes con el perfil profesional adecuado, circunstancia que constituye el reto mayor que enfrentan.

Si bien, el México actual es distinto al de las décadas de 1940, 1950 o 1960, hay determinantes sociales de la salud cuyas condiciones no han sido superadas. El acceso a la cultura es un derecho y el IMSS con las actividades desarrolladas en sus espacios coadyuvan a hacer realidad ese derecho en el afán de mejorar las condiciones de vida de la población.

## **Teatros**

**Luis Fernando Payán Medina**

La historia del Instituto Mexicano del Seguro Social está definida por la coincidencia ideológica y política de dos personajes de la historia que fueron determinantes, el primero fue el Lic. Adolfo López Mateos como Presidente de la República, quien desde el inicio de su gestión estableció la vinculación entre salud, educación y cultura, como lo muestra la frase de un discurso realizado el 1 de diciembre de 1958, cuando tomó posesión de la Presidencia: “elevar constantemente los niveles de vida del pueblo para alcanzar mayor libertad, más cultura y mejor bienestar, como atributos de la dignidad del hombre, que es el objeto esencial de las instituciones sociales”; y el segundo fue el Lic. Benito Coquet, quien fuera titular del IMSS, pues desarrolló una política que vinculaba las actividades culturales y artísticas como parte fundamental de la seguridad social; para lograr su objetivo se diseñaron y construyeron unidades que incluían instalaciones dedicadas a la salud, la capacitación para el trabajo, el deporte, la recreación y la cultura, fue entonces que se puso en marcha el Proyecto Integral de Seguridad Social, que permitiera incidir en el bienestar social de las personas trabajadoras y sus familias a partir del uso del tiempo libre.

En la parte cultural se siguieron dos estrategias:

- 1) La construcción de una infraestructura de espacios teatrales cerrados y al aire libre, además de auditorios.
- 2) La implementación de un programa para elevar el nivel cultural de la población derechohabiente y sus familias.

El proyecto fue desarrollado por el Arq. Alejandro Prieto, jefe del Departamento de Inmuebles y Construcciones del IMSS, quien determinó que se utilizarían los mejores materiales en la estructura y los acabados, lo que proporcionaría la eficiencia y el mejor servicio posible, además de que la programación de obras de teatro pudiera estar a la altura de una institución apegada a los principios de justicia social emanados de la Revolución.

Jany Edna Castellanos López, Psicóloga, Arquitecta y Doctora en Arquitectura, señala en su texto “Los teatros del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México”: “Los teatros que forman parte del patrimonio inmobiliario del IMSS en la Ciudad de México se construyeron durante la segunda mitad del siglo XX, cuando el país atravesaba por el periodo conocido como desarrollo estabilizador y la política social del Presidente Adolfo López Mateos (1958-1964) se regía bajo el concepto de progreso social. La actividad teatral se incluyó en este amplio proyecto de prestaciones sociales, para lo cual se conformó una red con la edificación de 7 teatros y 4 más que funcionaban previamente como auditorios. La mayoría fueron pensados para el centro y norte de la ciudad, lo que en aquellos años hizo posible que el buen teatro llegara a un sector amplio de trabajadores, por lo general sin acceso a espectáculos culturales”.

De la parte del diseño de la mecánica teatral se hizo cargo el Mtro. Julio Prieto, quien fuera nombrado en 1959 como Gerente General del Patronato para la Operación de los Teatros.

En este rubro se diseñaron e implementaron los mecanismos más novedosos nunca vistos en México, además de dotar del equipo de iluminación más moderno que existía, que iban a piso en tripiés, o el que se colocaba a varas proporcionando luz difusa o dirigida o concentrada, según las necesidades del diseño lumínico.

La cabina de iluminación se cambió a la parte alta y al centro de la sala y estaba dotada de controladores de intensidad de la luz, se instalaron puentes y varales, también sobre la sala se eliminó el arco de embocadura transformándolo en un marco mediante el uso de un bambalín móvil, lo que permitía aumentar o disminuir la altura del escenario y además ayudaba a aforar eficientemente las varas de iluminación.

El escenario se extendía al frente con un proscenio curvo y sobre él estaba colocada una plataforma circular móvil al mismo nivel del escenario, para permitir el cambio rápido de escenografía hasta con tres frentes, haciendo más fluida la representación; en algunos casos el proscenio tenía un sistema de elevación que funcionaba mediante gatos hidráulicos que lo convertían en un foso para la orquesta.

Al fondo del escenario se construyó un panorama semicircular, rematado de manera ochavada en la parte superior, cuyo objetivo era proporcionar un fondo muy limpio que era iluminado por un sistema de diablitas en la parte superior y baterías en la parte inferior; en algunos teatros este panorama se continuó con trastos armados con madera y manta para cerrar completamente más de la mitad del escenario.

El sistema de sustentación conocido como mecánica teatral estaba conformado por dos tipos de tiros manuales, a tiro directo y contrapesados y en algunos teatros había no solo pasos de gato en la parte superior sino también en ambos desahogos, aumentando así la cantidad de tiros y, por ende, la posibilidad de hacer muchos cambios escenográficos a vistas.

El estudio de la isóptica, en la mayoría de los Teatros es impecable, la vestidura teatral se estandarizó haciéndose de color negro y estaba dotada de por lo menos cinco calles con piernas o patas hasta de 3.00 metros de ancho, y espacios entre ellas de 2.00 o 2.50 metros que se adaptaban perfectamente a los cambios escenográficos y movimientos escénicos no solo de intérpretes sino de mobiliario y utilería. Telón de foro

y comodín como equipo estándar, además del de bocaescena que en la mayoría de los casos el sistema es a la americana, un detalle que parece menor y que actualmente se percibe como normal, fue la decisión de que todos los muros de los desahogos del escenario se pintaran de color negro para impedir cualquier punto o rebote de luz hacia la sala que pudiera hacer perder la convención e ilusión teatral.

De manera paralela al diseño y construcción de los Teatros del IMSS, el Mtro. Julio Prieto fue comisionado para poner en marcha un proyecto de puestas en escena de teatro clásico y moderno y cuyo objetivo primordial era acercar al gran público a las salas teatrales, por lo que las obras seleccionadas se basaron en el concepto Un teatro dirigido a la colectividad y no solo al individuo.

Esta estrategia cultural empezó a dar resultados poco a poco, porque además participaban los mejores actores y actrices de la época, personal diseñador de escenografía, de vestuario y de utilería, de dirección de escena y de dramaturgia moderna.

Mara Reyes comenta en su libro "Teatros del IMSS" (1964): "Respecto del repertorio, se trataba de dar a conocer, con la mayor propiedad posible, obras de todos los tiempos, desde las tradicionales de la Grecia clásica hasta las de acentuado prestigio en los últimos años".

En esa época, al lado del Mtro. Julio Prieto, se nombró al Mtro. Ignacio Retes como director artístico: "Para Retes, la mira estaba en montar obras de autores universales, comprensibles para todos los asistentes, justamente para lograr la formación de público. Fue así como el Programa de Teatro del IMSS arrancó el 19 de mayo de 1960 con la inauguración del Teatro Xola y la representación de Marco Polo de Eugène O'Neill, dirigida por Ignacio Retes" (Castellanos J, 2010).

Del mismo modo, se abrió una sección de teatro campesino, a cargo de Miguel Sabido, que tuvo como espacios de representación los 14 foros al aire libre que en Morelos había construido el IMSS como programa piloto para extenderlos a otros estados.

A 80 años de la creación del IMSS, se reconoce que la actividad teatral ha sido parte fundamental para la difusión de la cultura. Las producciones teatrales, los artistas, creativos y técnicos participantes, así como el público receptor de estos esfuerzos han sido testigos de la historia contenida en esta breve reseña de los aspectos más relevantes que dieron origen al proyecto de construcción de los Teatros del IMSS, labor que continúa con el objetivo de promover la recuperación de valores, inclusión y respeto como ejes de nuestra sociedad, mediante las artes escénicas como vehículo y parte sustantiva para el bienestar social.



- El IMSS cuenta con atribuciones legales para promover actividades culturales; como en 2020, cuando impulsó la obra Felipe Ángeles, con la Secretaría de Cultura.

- La oferta cultural y la cercanía de estos espacios hacían que familias enteras pudieran acceder a puestas en escena clásicas y exposiciones de cualquier temática, favoreciendo su instrucción.



- Los teatros del IMSS ofrecieron una visión crítica para el público, así como una fuente de trabajo alternativa para tramoyistas, vestuaristas, actores, cantantes y escritores incipientes o consagrados.



## IV.2. LAS UNIDADES HABITACIONALES Y EL DERECHO A LA VIVIENDA

En las siguientes páginas se aborda uno de los rubros de mayor impacto dentro de las políticas sociales del IMSS, en el cual, de manera notable, se conjuntan las aspiraciones de la seguridad social mexicana. Se trata del proyecto de construcción de vivienda social que el IMSS realizó a finales de la década de 1950 e inicios de 1960, en íntima relación con la consolidación de las prestaciones sociales otorgadas por el Instituto.

Para tratar el tema, en esta oportunidad se decidió retomar tres textos que fueron publicados por el propio Instituto en “Patrimonio Arquitectónico IMSS. Unidades Habitacionales”, en el marco del 75 aniversario, en 2018 y como parte de un grupo de fascículos desplegados que abordaban los inmuebles o tipologías arquitectónicas que conforman el patrimonio edificado institucional (Landa P, Rocha L, Vargas R, 2018).

Los textos fueron escritos por especialistas externos, con lo que se aporta una mirada crítica a la evocación histórica que este libro presenta.

### Vivienda del IMSS en tres tiempos

Pablo Landa

Vasco de Quiroga llegó a la Nueva España en 1531. En ese momento coexistían distintas formas de organización social y política en el continente; los españoles comenzaban apenas a dar forma a las instituciones de la era colonial. Aprovechando la coyuntura, Quiroga emprendió un experimento: compró tierras al poniente de la Ciudad de México, alrededor de un ojo de agua, y estableció el pueblo-hospital de Santa Fe. En este y otros asentamientos que fundó más adelante, Quiroga buscaba implementar la utopía descrita por Tomás Moro en su libro de 1516. Como espacios a salvo de violencia y explotación, los pueblos exaltaron virtudes de los indios como su desapego de los bienes materiales. Tras abandonar la poligamia y la idolatría, los habitantes de estas comunidades realizaron los ideales de la iglesia primitiva<sup>16</sup>.



- Con la visión de generar núcleos sociales para una sociedad ideal, el IMSS desarrolló importantes proyectos de vivienda entre las décadas de 1950 y 1960, al brindar ambientes bellos y seguros.

Según cuenta el Arq. José María Gutiérrez —coautor, junto con Alejandro Prieto, de la Unidad Independencia— los complejos de vivienda construidos por el IMSS en las décadas 1950 y 1960 fueron hechos a imagen y semejanza de los pueblos de Vasco de Quiroga<sup>17</sup>. Las unidades buscaban resolver las necesidades básicas de sus habitantes y ser ambientes seguros y bellos. Mediante la integración de vivienda económica, escuelas, jardines y centros sociales, culturales y deportivos, estos complejos contribuirían a la formación de una sociedad ideal. La visión de Gutiérrez —sustentada por publicaciones del IMSS que describen a Quiroga como “precursor de la seguridad social” (Cárdenas E, 1968)— supone que algunos de los proyectos más emblemáticos de la modernidad en México fueron inspirados por las obras de un colonizador español que imaginó que en América, lejos de las prácticas añejas de Europa, se podría restaurar la pureza atribuida a las primeras comunidades cristianas, usando la novela filosófica de Moro como guía.

Existen otras versiones sobre las motivaciones detrás de la construcción de las unidades habitacionales del IMSS. Algunos sugieren que su Director, Antonio Ortiz Mena, durante el gobierno de Ruiz Cortines, las pensaba como estrategia para construir una

clase media en México, en el marco de la visión que dio forma al “desarrollo estabilizador”<sup>18</sup> (Ortiz A, 1998). Hubo quienes imaginaron las unidades como el primer paso en la formación de un estado socialista, y otros hablan de ellas como una oportunidad más para la corrupción y el tráfico de influencias, mediante la asignación discrecional de casas y departamentos<sup>19</sup>.

A pesar de sus diferencias, todas estas visiones sugieren que las unidades del IMSS eran más que viviendas. Se trataba de conjuntos íntimamente ligados a los ideales y contradicciones del Gobierno mexicano.

- El Multifamiliar Narvarte es un claro ejemplo del objetivo de ofrecer espacios dignos y aptos para el desarrollo de las familias de las personas trabajadoras, cerca de los centros laborales.



Entre 1957 y 1965, el IMSS construyó 11 unidades habitacionales y de servicios sociales. La llamada número 1, actualmente conocida como Unidad Santa Fe, se encuentra a 4 kilómetros del pueblo fundado 425 años antes por Vasco de Quiroga. La última fue la Unidad Manzanillo.

- En las unidades habitacionales destacaba el orden y el diseño con espacios recreativos, áreas verdes y amplios andadores para el disfrute de la clase trabajadora, que veía crecer sus derechos laborales.





- Los inquilinos de las unidades habitacionales y multifamiliares del IMSS, principalmente, vieron mejorar exponencialmente su calidad de vida al ocupar estos nuevos espacios.

Se construyeron además conjuntos en Guaymas, Navojoa, Ciudad Obregón y Ciudad Sahagún. En la Ciudad de México, las unidades del IMSS son Tlalnepantla, Legaria, Tlatilco, Narvarte, Ayotla y, como joya de la corona, la Unidad Independencia, cuyo nombre conmemora el 150 aniversario del fin de la dominación española. Cada uno de estos complejos tiene su propia historia. Todos, sin embargo, activaron procesos de transformación social similares a partir de la configuración de sus espacios y mediante las relaciones que propiciaron entre sus habitantes y funcionarios públicos. Tras un proceso de privatización iniciado en la década de 1980, el IMSS ya no opera unidades de vivienda. En los antiguos complejos, la memoria de su “época dorada” sigue animando visiones de la historia de México y posicionamientos políticos.

**Inicios.** Entre 1956 y 1957, el IMSS estableció 37 Casas de la Asegurada en colonias populares de la Ciudad de México (Castro y Castro F, 1979, p. 390). Se trataba de espacios dedicados a la educación de las mujeres como estrategia para la transformación de las familias mexicanas (Revista Hoy, 1956).

La Unidad Santa Fe está organizada en torno a la Plaza de los Héroes, un espacio que congrega sus edificios públicos más importantes: una clínica médica, un teatro y un Centro de Seguridad Social, antes Casa de la Asegurada. Según cuenta la maestra Rosario, quien formó parte del grupo de docentes que inauguraron este espacio en 1957, las mujeres hacían largas filas para las clases de cocina y decenas de niñas y niños, al salir de la escuela, caminaban por el jardín central de la Unidad para llegar a la Casa de la Asegurada, donde les ayudaban a hacer tareas y participaban en actividades deportivas.

Los lunes se izaba la bandera en la Plaza de los Héroes. El Día de la Madre y el de la Niña y del Niño se realizaban festivales, en los que a menudo participaban las esposas de altos funcionarios públicos. En la Unidad Santa Fe se implementaron varios programas piloto: en sus primarias se sirvieron por primera vez desayunos escolares y, durante algunos años, personal médico de la clínica de la colonia hizo visitas a las casas para dar seguimiento al desarrollo de niñas y niños. La presencia de las instituciones del Estado en las vidas de las y los habitantes de este y otros complejos era formidable; los cambios en sus vidas fueron drásticos. Muchas personas vivían antes en vecindades, en “cuartos

redondos”. Si bien las unidades compartían ciertas características con las vecindades, como la existencia de lavaderos y tendederos comunes, así como la organización de casas y edificios en torno a patios y andadores, las diferencias eran considerables. En las unidades, los espacios domésticos tenían cuartos asignados para distintas funciones<sup>20</sup>.

Los jardines eran amplios y los servicios sociales, generosos. Para muchas y muchos, mudarse a una Unidad del IMSS implicó dejar atrás la pobreza. Muchos de quienes vivieron en las unidades del IMSS durante sus primeras décadas se reconocen como sujetos privilegiados del Estado mexicano. Su idealización del pasado esconde la desorientación que sufrieron al llegar a estos complejos y la violencia que implicó un cambio de vida tan tajante.

Doña Laura, de Unidad Santa Fe, recuerda robos, peleas entre vecinos y mano dura por parte de las autoridades. Recuerda también la soledad que, durante los primeros años, implicaba estar lejos de la ciudad; tardaba 2 horas en llegar a su trabajo. Mario recuerda llegar a la Unidad de noche y no encontrar su casa, porque todos los grupos eran iguales, con casas que “no tenían identidad”. Eventualmente, la arquitectura moderna y sus habitantes comenzaron a encontrarse: “Cuando llegamos,” cuenta la señora Pacheco, “todo estaba muy seco, lleno de polvo. Mi marido se juntó con otros señores de esta manzana para plantar árboles. A la hora de la comida guardaba un pedacito del bolillo que le ponía yo junto a su plato y salía a echárselo a los pájaros. Así se fue llenando de vida nuestra colonia”.

**Privatización.** Originalmente, las viviendas de las unidades del IMSS se ofrecían en renta. En la visión de Mario Pani (Landa P, 2014) y sus contemporáneos, esto permitiría que las familias ocuparan distintos espacios conforme cambiara su configuración. Además, ofrecer la vivienda en renta implicaba una crítica de la propiedad privada. Un estado que ofreciera a su ciudadanía todo lo que pudiera necesitar, eliminaría la compulsión de acumular bienes. Sin embargo, la mayoría de las familias permanecieron en las viviendas que les fueron asignadas originalmente. Como parte de los ajustes motivados por la crisis económica de 1982, el Presidente Miguel de la Madrid estableció un fideicomiso para vender, a precios simbólicos, las viviendas del IMSS a sus habitantes y transferir la administración de los complejos a juntas de vecinos. El gobierno de las unidades era dispendioso, con decenas de empleados que implementaban un manual de operaciones de más de 300 páginas.

En las unidades se formaron grupos que se resistían a la privatización. Algunos de sus miembros defendían una visión del Estado como benefactor que había entrado en crisis; otros simplemente buscaban seguir recibiendo un trato preferencial por parte del Gobierno. A pesar de la oposición, la venta de los complejos se consumó. El IMSS mantuvo el control de clínicas médicas, deportivos, teatros y Centros de Seguridad Social, pero abandonó el mantenimiento de viviendas, jardines, calles y otras áreas comunes. En las Unidades Santa Fe, Tlalnepantla y Ayotla, las y los nuevos propietarios de las casas comenzaron a transformarlas. Originalmente todas tenían un piso; en la actualidad tienen hasta cuatro, con fachadas y colores que esconden las líneas de su arquitectura original (Luque O, 2013). En todas las unidades —y más notoriamente, en Independencia— grupos de vecinos organizados, a menudo ligados a partidos políticos, ocuparon la posición de poder que antes correspondía al IMSS.

**Legado.** Un ex Director del IMSS comentó en una entrevista que, a mediados del siglo XX, el Instituto era “francamente soviético”. En la Unidad Tlalnepantla, una persona podía cumplir su ciclo de vida completo: nacer en su clínica médica y ser velado en su funeraria. Vivir en la Unidad Independencia era como vivir en un parque de diversiones, con alberca semiolímpica y un pequeño zoológico. Desde una perspectiva neoliberal, estas prestaciones son excesos. Podemos también interpretarlas como un reconocimiento

de que la vivienda no es un fenómeno aislado que pueda atenderse de manera independiente: las unidades del IMSS fueron un intento por pensar la política pública de manera integral. Las ciudades no son la suma de sus casas sino redes de espacios, prácticas y relaciones sociales en las que se entretienen memorias, deseos y aspiraciones.

En la actualidad, quienes acceden a una vivienda financiada a través de las instituciones del Estado se convierten en sujetos del mercado. Al firmar un crédito hipotecario consolidan su posición marginal en términos económicos y territoriales. Los esquemas de financiamiento son muy desfavorables para las personas trabajadoras y las casas, a menudo con baja calidad constructiva, se encuentran lejos de centros laborales y cívicos<sup>21</sup>.

Por el contrario, al mudarse a las unidades del IMSS, las personas beneficiarias dejaron atrás la marginalidad y se convirtieron en protagonistas de la historia nacional. Habitaban viviendas organizadas en torno a espacios cívicos y servicios públicos que funcionarios y periodistas describían como la punta de lanza de una historia de progreso (Ortiz A, 1957; Zócalo, 1957). Si bien el Gobierno de México pronto tomó otro curso, las unidades del IMSS formaron personas que actualmente participan de manera activa y exigente en la vida pública del país. Los muchos obstáculos que enfrentan estos complejos son evidencia de que la sociedad utópica que soñaron algunos hace medio siglo no logró materializarse; las historias de vida de sus habitantes invitan a creer que soñando se avanza.

### **La Unidad Santa Fe, 1953-1957**

Lorenzo Rocha

Durante los primeros 10 años posteriores a su fundación, el Instituto Mexicano del Seguro Social concentró todos sus esfuerzos y recursos en la construcción de hospitales. Pero a partir de 1950, siendo Director el Lic. Antonio Ortiz Mena, el Instituto comenzó a ampliar su espectro de servicios para la población derechohabiente, lo cual incluyó la construcción de conjuntos habitacionales, instalaciones deportivas y culturales. El objetivo del Instituto fue la procuración del bienestar general de las personas trabajadoras y sus familias, y, al mismo tiempo, la creación de las condiciones óptimas para su desarrollo físico, mental y social. Simultáneamente con la atención médica, el IMSS se abocó al impulso de programas preventivos de salud, mediante la vivienda, el deporte y la cultura.

El primer conjunto habitacional del IMSS fue en verdad afortunado, ya que para el proyecto fueron convocados dos grandes arquitectos: Mario Pani y Luis Ramos Cunningham. El conjunto, ubicado sobre Camino Real a Toluca, en Álvaro Obregón, al sur de la Ciudad de México, exploró una combinación muy elaborada entre casas bajas y bloques de apartamentos de diversas dimensiones que varían entre cuatro y seis niveles de altura, los cuales se localizan en los circuitos exteriores y centrales, sobre las vialidades vehiculares.

El elemento distintivo del conjunto es su centro social con auditorio, gimnasio, escuela, guardería y algunos comercios como una panadería, dado que el conjunto no se encontraba ligado al tejido urbano, sino en un terreno a las afueras de la ciudad. El proyecto también se distingue por su generosidad en cuanto a espacios exteriores exclusivamente peatonales, entre los que se encuentran sus jardines y corredores, además de una gran plaza con un pabellón acústico para representaciones teatrales y musicales al aire libre, diseñado por el Arq. Félix Candela. Sin duda, las y los habitantes del conjunto se encontraron en las condiciones idóneas para el fortalecimiento de sus lazos sociales y su vida en comunidad. A pesar de las sucesivas transformaciones que ha sufrido el conjunto, aún se puede afirmar que se mantienen en buen estado gran parte de sus cualidades arquitectónicas.

- Las familias beneficiadas con los proyectos de vivienda del IMSS llegaron a habitar una colonia completa: con clínica, locales comerciales, escuelas, Centro Social y áreas deportivas y recreativas.



## La Unidad Independencia

Ramón Vargas Salguero

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue instituido en 1943 con la mira de iniciar la solución, entre otras, de dos de las más graves reivindicaciones sociales que de antaño aquejaban al país: dotar de salud y proporcionar vivienda a la masa de personas trabajadoras asalariadas en los términos en que había quedado puntualmente estipulado en el texto constitucional de 1917. La dotación de vivienda no fue abordada de la manera tan apremiante como se hizo con las instalaciones nosocomiales. Esta tuvo que esperar un poco más, pero ya para la década de 1950 fueron varios los conjuntos habitacionales cuyo proyecto y construcción se llevó a cabo bajo los auspicios del Seguro Social. Fue en estos años que se construyeron los conjuntos habitacionales en Santa Fe (1954-1956), Narvarte (1954), Tlalnepantla (1954) y Legaria (1954), así como los de Ayotla y Tlatilco (1956-1957), y el conjunto de Magdalena de las Salinas.

Fueron estos antecedentes y otros más, como la experiencia brindada por los multifamiliares “Miguel Alemán” y “Benito Juárez”, que fungieron como punteros de este tipo de vivienda, los que hicieron ver la pertinencia de proyectar diversos tipos de departamentos de tal manera que en ellos encontrarán acomodo los distintos tipos de familias que los habitarían. De manera similar, se concluyó que esos grandes conjuntos habitacionales precisaban complementarse con los comercios adecuados para proporcionar los satisfactores más requeridos a fin de hacer más expedita la vida cotidiana.

Con estos antecedentes, y otros más, el IMSS clausuró esta década construyendo un conjunto de gran amplitud y altos vuelos, la Unidad Independencia (1959-1960), cuyo proyecto se le encomendó a los arquitectos Alejandro Prieto y José María Gutiérrez. Esta Unidad se ubicó en los terrenos de la antigua hacienda del Batán, en San Jerónimo. El número de departamentos y la variedad de servicios que albergó es una de las características que, de manera ostensible, lo diferencian de los que lo antecedieron. En efecto, además de las 2,500 habitaciones repartidas en edificios de cuatro o más pisos que fueron distribuidos entreverados con la abundante presencia de árboles y vegetación diversa, contó con un supermercado, tres centros comerciales, zona de comercios, gimnasio cubierto, juegos de salón, boliches, billar, baños y vestidores, albercas para adultos y para niñas y niños, cancha de fútbol, frontenis, canchas de basquetbol y voleibol, plaza cívica, oficinas administrativas y de correos, biblioteca, salón de reuniones sociales,

teatro cubierto, teatro al aire libre, cine, dos escuelas primarias, Centro de Seguridad Social para el bienestar familiar y clínica con algunas camas.

¿Cuáles fueron otros de los antecedentes que hicieron acto de presencia en la concepción de la Unidad Independencia? La corriente artística conocida como la Escuela Mexicana de Pintura. En efecto, la modalidad que esta adoptó con motivo de la construcción de Ciudad Universitaria fue la de pugnar por la integración plástica. Integración que, en la realización cumbre de la Arquitectura de la Revolución, alcanzó una de sus magnas presencias, misma que prosiguió en el Centro Médico Nacional (1956) y que en la Unidad Independencia se manifestó en las esculturas de Luis Ortiz Monasterio, los relieves de Federico Cantú y los murales de Eppens.



- El diseño de la Unidad Independencia del IMSS, ubicada en la Alcaldía Magdalena Contreras, sigue siendo un referente arquitectónico en materia de seguridad social para México y para el mundo.

### IV.3. MURALISMO Y ARQUITECTURA. HISTORIA DEL PATRIMONIO CULTURAL DEL IMSS

Davayane Amaro Ortega

En los siguientes párrafos se abordan, de manera general, las obras y los momentos clave en la conformación del patrimonio cultural que orgullosamente alberga el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin embargo, son apenas pequeños atisbos a la historia por demás compleja e interesante que corre paralela a la propia trama histórica de la institución.

Es muy probable que la idea de incorporar obras artísticas en los inmuebles haya circulado primeramente en las esferas de la Dirección General del Instituto sugerida por los arquitectos titulares de los departamentos de Construcción, quienes, a su vez, no eran ajenos a las ideas que rondaban los círculos artísticos sobre la utilidad de incorporar pintura en los muros de las instituciones públicas, para hacer llegar al pueblo los mensajes revolucionarios. Asimismo, debieron conocer las propuestas experimentales de integración plástica que implicaba la convivencia intrínseca de la arquitectura con la escultura y la pintura<sup>22</sup>.

Apenas un año después de fundado el IMSS, durante la gestión de Ignacio García Téllez como Director General, 1944-1946, y a la par que se ponían en marcha los servicios del Instituto, se dio inicio al primer plan de construcciones de inmuebles propios, el cual continuó durante la administración de Antonio Díaz Lombardo, de 1946 a 1952.

Una de las primeras construcciones fue la Maternidad 1, ubicada en la calle Gabriel Mancera en la Ciudad de México; unidad médica en la cual el Arq. Guillermo Quintanar, como titular del Departamento de Construcciones del IMSS, comisionó en 1946 el primer mural del Instituto. Esta pintura inicial estuvo a cargo de los muralistas Pablo O'Higgins y Leopoldo Méndez, artistas de gran compromiso social, quienes eran partícipes de la llamada Escuela Mexicana de Pintura y Escultura<sup>23</sup>.

La pintura mural de Méndez y O'Higgins llevó por título "La maternidad y la asistencia social", lo que demuestra que la figura simbólica de la madre fue primordial desde los orígenes de la iconografía institucional. Esta pintura, elaborada para el vestíbulo de Consulta Externa de la mencionada Maternidad 1, tenía como tema la transformación de las prácticas tradicionales riesgosas ligadas a los alumbramientos, hacia una práctica médica moderna con énfasis en la figura de los médicos profesionales, el uso de instrumental y de espacios apropiados para atender las complicaciones del parto, como símbolos de esperanza hacia el futuro. La finalidad de esta obra y del hospital que la albergaba era incidir en el descenso del alto índice de mortalidad materno-infantil de la época. Su mensaje era propagandístico, buscaba generar un sentimiento de confianza en la institución y en las técnicas modernas de atención médica.

Los cambios en las necesidades del servicio llevaron a la sustitución del inmueble que albergó la Maternidad 1 por otros de mayor capacidad en el mismo predio, como lo es el Hospital "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro"; por lo que, en fecha incierta, la primera pintura mural del IMSS desapareció. Sin embargo, gracias a la documentación de archivos e imágenes históricas, se conserva su memoria con una idea clara de su temática y apariencia.

La presencia de esta primera obra artística y las que se realizaron en los años siguientes son indicios de que su presencia no solo es fruto de las ideas artísticas que compartían arquitectos y pintores, sino también de que, desde los inicios del IMSS, la idea que subyace es alentar un estado de bienestar en las familias derechohabientes y eso implica proveer servicios de salud y proporcionar elementos para su desarrollo emocional e intelectual.

La creación de las más importantes obras monumentales del IMSS, que forman el orgullo y corazón de su patrimonio cultural, siempre estuvo ligada a proyectos arquitectónicos de gran envergadura. Simultáneamente a la creación de inmuebles para el servicio médico, el IMSS puso en marcha el proyecto de creación de su edificio central, en Av. Paseo de la Reforma de la Ciudad de México, inaugurado el 13 de septiembre de 1950, durante la administración de Antonio Díaz Lombardo.

El proyecto fue encargado en 1946 al renombrado Arq. Carlos Obregón Santacilia (1896-1961), quien era reconocido por ser autor de obras emblemáticas de la época posrevolucionaria, como la adaptación del Monumento a la Revolución y la sede de la Secretaría de Salud, construida casi 20 años atrás (1929), a tan solo una cuadra del predio elegido para edificar la correspondiente al Seguro Social.

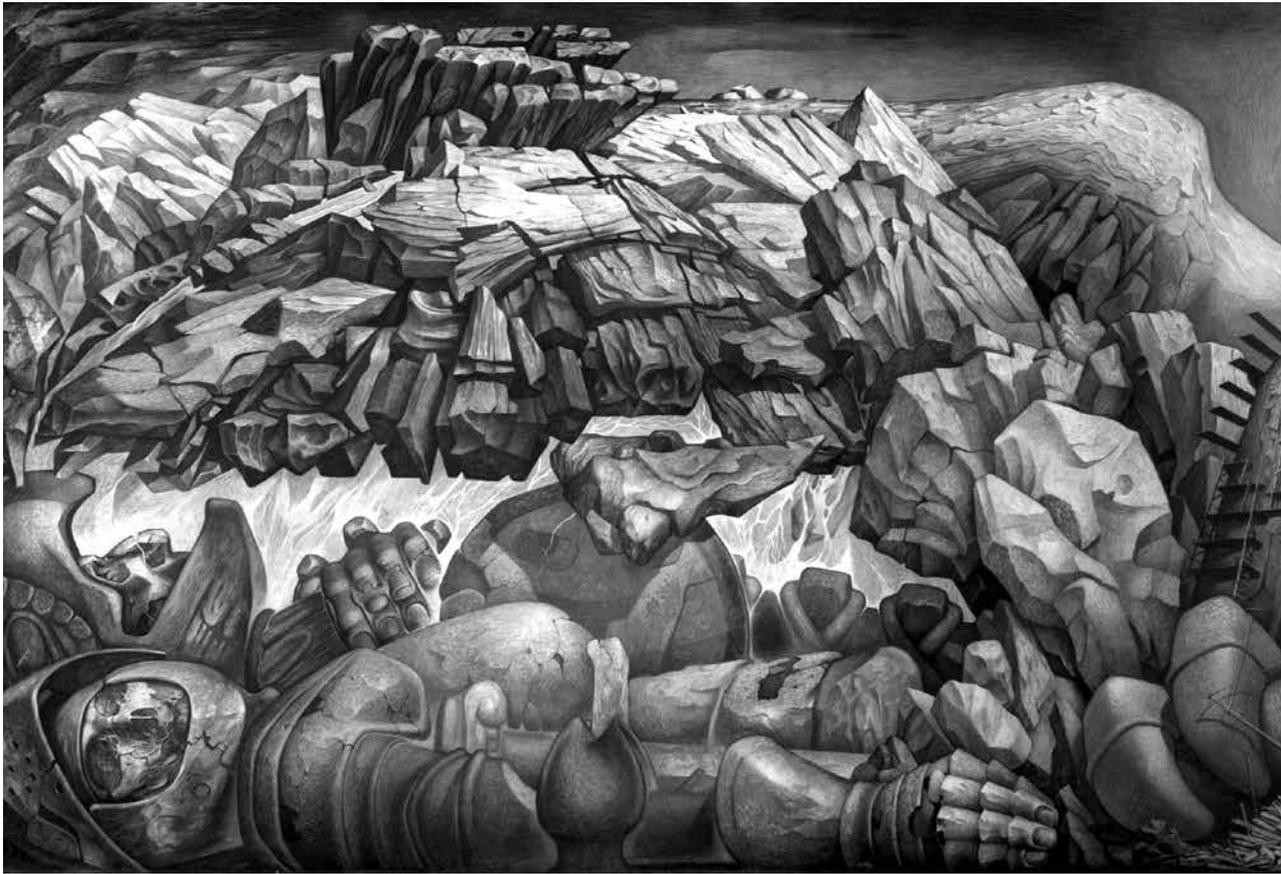
El edificio del IMSS, construido entre 1946 y 1950, se distinguió por su estilo moderno y funcionalista, a diferencia de otras obras del Arquitecto que recurren a referencias virreinales o al estilo *art déco*. En este caso, el inmueble abarca una manzana completa, lo que le permite levantarse exento, sin edificios colindantes y desplegar su originalidad.

En su origen, la modernidad del edificio del IMSS se mostraba en estar construido como un volumen vertical de más de nueve niveles, que para la época significaba ser uno de los más altos de la ciudad, estar conformado por plantas libres, es decir sustentadas en columnas y sin muros divisorios, y especialmente en ostentar una fachada completa de cristal, primera en su tipo en la Ciudad de México<sup>24</sup>.

La antesala del teatro fue, en origen, ornamentada con fotomurales de la fotógrafa mexicana Lola Álvarez Bravo, alusivos a la vegetación mexicana. Por otra parte, en los jardines de la guardería se colocó una escultura de Germán Cueto denominada "Tragabolas", en una versión vaciada en concreto.

Para la fachada principal y el muro del vestíbulo, Obregón Santacilia tuvo especial cuidado en invitar al artista Jorge González Camarena, con quien había colaborado anteriormente en otros edificios y era particularmente cercano. Debajo del pórtico, en los flancos del ingreso principal, se situaron dos altos relieves con temáticas confrontadas de acuerdo con el pensamiento binario de la época. Por un lado, "El trabajo" representado por una figura masculina hincada, rodeada de elementos alusivos a la construcción, como un mazo, una soga, cuerpos geométricos y por encima de ella un par de fuertes manos que sostienen una plomada. En el lado contrario, "La Maternidad" representada por una mujer sentada, rodeada de figuras infantiles, y en la parte superior un par de puños confrontados que forman una mazorca y en la palma un grano de maíz, elementos que ponían un énfasis claro en el rol asignado a la mujer como procreadora.

En el vestíbulo principal, para el muro por encima de los elevadores, a González Camarena se le encargó pintar un mural cuya temática debía ser la seguridad social; sin embargo, el pintor decidió modificarla y realizó una alegoría de México, representado como una montaña en construcción, cimentada simbólicamente en la fuerza telúrica de la guerra de Conquista, representada por dos figuras tendidas en la base, un caballero águila mexicana y un soldado español. La montaña labrada tiene la forma de un águila colosal, representación de México.



Como parte del plan de construcción de hospitales, que se emprendió a mediados de la década de 1940 con Ignacio García Téllez al frente del Instituto, se planteó la necesidad de levantar el primer gran hospital de zona en las inmediaciones del desarrollo industrial más importante de la Ciudad de México. Para ello, en 1944 se llevó a cabo un concurso del que resultó ganador el proyecto del Arq. Enrique Yáñez de la Fuente.

El llamado Hospital “La Raza” del IMSS, comenzó su edificación en 1945; sin embargo, a causa de la escasez de materiales provocada por la Segunda Guerra Mundial, tuvo un avance lento, por lo que hubo una primera inauguración en 1952, pero entró en plenas operaciones hasta 1954, ya durante la gestión de Antonio Ortiz Mena como Director General (1952-1958). Enrique Yáñez propuso la contratación de dos genios de la pintura mexicana para realizar murales en el interior del edificio: Diego Rivera y David Alfaro Siqueiros; asimismo, para la explanada exterior se propuso la realización de una escultura diseñada por el artista colombiano Rodrigo Arenas Betancourt.

El mural “El pueblo en demanda de salud”, de Diego Rivera, fue realizado para el acceso principal del hospital por lo que era el encargado de recibir con grandilocuencia a las personas derechohabientes. Diego pintó con base en colores sintéticos, sobre un aplanado de cemento, cal y polvo de mármol, aplicado a bastidores de hierro. El mural tiene la peculiaridad de que en la parte superior el muro se vuelve cóncavo mientras en la parte baja está formado por un friso realizado en mosaico de ónix, mármol y otras piedras.



- El vestíbulo del edificio central del IMSS, localizado en Av. Paseo de la Reforma #476, está decorado por un gran mural de Jorge González Camarena, quien pintó un águila devorando una serpiente.

El pintor incluyó algunos de los elementos que fueron constantes en la actividad artística del muralista como su fascinación por el mundo prehispánico y la reivindicación de la justicia social. Una de las ideas en las que el artista quiso poner énfasis es que el acceso a la salud debía entenderse como un derecho, por lo que en la sección superior del mural enfatizó que parte de los fondos del Seguro Social provenían de las cuotas de los trabajadores<sup>25</sup>.

La pintura está organizada en dos grandes secciones, cada una limitada en un extremo por grandes árboles, uno alusivo a la vida y otro a la muerte. En el centro están divididas por la imagen de la diosa Tlazoltéotl y una reproducción de los folios del primer libro de botánica mexicano, conocido como “Código de la Cruz Badiano”, el cual recogió la sabiduría herbolaria de los mesoamericanos.

Cada sección alude a un momento de la historia de la medicina en México; por un lado, las prácticas prehispánicas que van desde la atención a parturientas hasta la realización de ciertas prácticas quirúrgicas y por otro, el mundo moderno con el uso de nuevas tecnologías, microscopios, quirófanos y rayos X, que permiten mayor eficacia en el diagnóstico. En la parte superior, en la sección moderna, la masa del pueblo que da sus aportaciones exige la seguridad social. Al centro del mural se ubica la imagen dominante de la diosa prehispánica vinculada a la sexualidad, los alumbramientos, a la medicina y madre del maíz joven.



- El acervo cultural del IMSS cuenta con el mural Por Una Seguridad Social Completa y para Todos los Mexicanos, de David Alfaro Siqueiros en el Centro Médico Nacional "La Raza".

Por su parte, David Alfaro Siqueiros trabajó, para el vestíbulo del auditorio, un mural envolvente cuyo título es "Por una seguridad social completa y para todos los mexicanos". Yáñez y Siqueiros colaboraron juntos en el diseño del espacio y a los muros reales del edificio adosaron una estructura de hierro que se recubrió con paneles de madera que fue el soporte de la pintura mural. La característica principal del espacio es su planta ovoide con paredes curvas que continúan hasta el plafón, proporcionando a la superficie la forma de una concha.

Si bien el contrato inicial establecía que el mural debía pintarse en 6 meses, Siqueiros demoraría más de 3 años en concluir el mural. El tema inicial solicitado por el IMSS fue la "Apoteosis de la vida y la salud: canto a la ciencia", del que se esperaba un tratamiento eufórico y de gama brillante que exaltara el cuerpo humano en su estado de



mayor vitalidad (Alfaro D, 1951). Pero el muralista cambió la temática por algo de mayor complejidad y más acorde a su pensamiento político, la marcha de los mexicanos por una seguridad social completa y para todos.

El mural consta de tres grandes secciones. En la primera, un grupo de hombres espera alrededor de un obrero herido en un accidente de trabajo; en la segunda un conjunto de mujeres y niños marchan hacia un mundo nuevo basado en una mejor alimentación. Como elemento central, un grupo de obreros, médicos y estudiantes marchan hacia el futuro estado de bienestar. Entre las secciones aparece la figura del sol representada por Prometeo y en la parte superior, en una sociedad futura, el uso pacífico de la energía atómica<sup>26</sup>.

El muralista se sintió muy satisfecho con los resultados de esta gran pintura sobre todo en cuanto a dos conceptos esenciales para él: la integración plástica y la perspectiva poliangular. Siqueiros creía en la necesidad de unir armónicamente las artes visuales a la arquitectura, no como decoración sobrepuesta sino en un sentido integral. En cuanto a lo segundo, pensaba que el pintor debía considerar el desplazamiento del espectador por el espacio y tomar en cuenta los cambios que ello producía en la visualización de la obra, por lo que intentó lograr imágenes que rotaran con el movimiento del espectador.

Posiblemente, esta pintura mural sea la obra más relevante del patrimonio cultural institucional, tanto por sus cualidades estéticas, como por los logros del artista respecto a sus propias expectativas, lo que la hace una de las mejores obras dentro de su propia producción y la más grandiosa dentro del acervo del IMSS.

En la historia institucional, el periodo de mayor efervescencia constructiva fue la administración de Benito Coquet Lagunes como Director General de 1958-1964. En dicho periodo, tuvo lugar la mayor expansión de los servicios a nivel nacional y no solo en cuanto a cobertura médica, sino especialmente con la construcción de unidades y conjuntos de servicios sociales, de relevancia en todo el país.

Durante la administración de Coquet, algunos artistas tuvieron especial relevancia al ser ejecutores de varias obras por encargo de la institución para sus nuevas construcciones. En este sentido, destacan Federico Cantú Garza, Luis Ortiz Monasterio y Ernesto Tamariz, con una predilección hacia la escultura monumental. En aquellos momentos, la elección de los artistas estuvo menos en los escritorios del Departamento de Construcciones o en los despachos de los arquitectos que proyectaban las obras, y más en la oficina del Director General, quien tenía un vínculo especial con Federico Cantú.

A este artista de origen regiomontano, primeramente, le encargaron dos pequeños murales para el edificio central de Av. Paseo de la Reforma. Estas obras fueron realizadas con la técnica del fresco sobre muros falsos, en fecha desconocida, pero cerca de 1958. Los temas fueron “La maternidad” y “Las Enseñanzas de Quetzalcóatl”, temáticas recurrentes en la obra de Cantú.

Debido a los sismos que continuamente asolan la Ciudad de México, el primero fue desprendido y removido de su ubicación original, en el último piso del inmueble, durante la restauración que se hizo del edificio central posterior al terremoto de 1985. En la actualidad, la obra se conserva en muy buenas condiciones en la antesala del Teatro Reforma “Juan Moisés Calleja”.

- Tras desastres naturales, como el sismo de 1985, el IMSS ha sido un instrumento fundamental del Gobierno Federal para el acopio y el reparto de víveres para la protección de la población afectada.



Por otra parte, el mural alusivo a Quetzalcóatl desapareció a consecuencia de algún sismo poco tiempo después de su realización y solo se conoce a través de fotografías. Sin embargo, el tema y, de manera general, la composición fueron retomadas por Cantú poco tiempo después para el gran bajo relieve en piedra que ejecutó en el Centro Médico Nacional de la Ciudad de México (Cantú F, 1984).

Además de las obras mencionadas, Cantú realizó para el IMSS entre 1958 y 1964 los siguientes relieves murales: para el Hospital General Regional de León, Guanajuato, uno con el tema "Las Enseñanzas de Hidalgo"; para la fachada del gimnasio de la Unidad de Servicios Sociales Cuauhtémoc, otro que aborda el tema de la peregrinación mexicana y la fundación de la Ciudad de México, inspirado en el código denominado "Tira de la peregrinación"; para la fachada del Teatro Independencia en la unidad habitacional del mismo nombre, un gran relieve que representa deidades de la mitología mesoamericana y homenaja a los artistas del pasado prehispánico. Asimismo, para la fachada oriente del edificio social de la Unidad Habitacional Independencia, actualmente Escuela de Enfermería, así como para la fachada del Centro de Seguridad Social en San Luis Potosí, un bajo relieve con el emblema del IMSS.

Además de sus murales, la presencia de Cantú en el patrimonio cultural del IMSS destaca especialmente por su obra escultórica de bulto, a través de sus variadas interpretaciones del emblema institucional, la figura de una mujer amamantando y un águila protectora a sus espaldas, que fue diseñando en 1944.

Cantú realizó para el IMSS por lo menos tres versiones de esta composición talladas en piedra: una para el exterior de la unidad de servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional "La Raza", otra para el exterior de la Unidad de Medicina Familiar de las calles Gabriel Mancera y San Borja en la colonia Del Valle, en la Ciudad de México y una más aleadaña al Hospital General también en el CMN "La Raza". Esta última, "Maternidad IMSS", si no es la mejor lograda de las tres, sí es la más apreciada y conocida por todos como "Madonna IMSS". Lo anterior, debido a que fue ampliamente replicada en distintas combinaciones de materiales como bronce, cantera y bronce, piedra sintética, etcétera, para engalanar gran parte de las unidades médicas y sociales que el IMSS levantó a lo largo y ancho del país.

Una obra más de Cantú, que vale la pena destacar por ser quizás la de más bella factura, es una pequeña escultura labrada en piedra que tiene como tema la familia, representada por una mujer indígena con dos niños pequeños que funden sus cuerpos en un estrecho abrazo. Esta obra, ubicada en los jardines del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", la conocemos como "La madre indígena". Para fortuna del IMSS, entre su acervo artístico se conservan dos bocetos para esta obra, que fueron adquiridos por el Instituto en la década de 1990 a la muerte del artista, junto con otro amplio número de dibujos y esculturas de pequeño formato, bocetos y modelos de las obras monumentales.

Durante la gestión de Benito Coquet, también se distinguió un gusto por los temas históricos y heroicos, lo cual se hizo patente no solo en aspectos como el programa de teatro clásico que se desarrolló, sino también en las preferencias para los encargos del patrimonio artístico.

En este marco, al escultor Ernesto Tamariz le fueron encargadas durante el periodo diversas esculturas de ese carácter<sup>27</sup>. Para el exterior de la Unidad de Congresos del Centro Médico, Tamariz realizó sendas efigies de Platón e Hipócrates. En la Unidad de Servicios Sociales Morelos en San Juan de Aragón, otra de las zonas industriales de la Ciudad de México, el artista realizó una escultura de José María Morelos y Pavón. Para la



Unidad Cuauhtémoc en Naucalpan, así como para el Centro de Seguridad Social en Xalapa, Veracruz, se esculpieron dos versiones del héroe tlatelolca Cuauhtémoc, con tratamientos distintos, uno apacible a la manera de gobernante y otro en acción como gran guerrero. Finalmente, Tamariz modeló un relieve circular con la efigie de Emiliano Zapata, cuyo vaciado en bronce fue distribuido en numerosos centros del IMSS ubicados en comunidades rurales de los estados de Morelos, Jalisco y Nayarit, entre otros.

Como parte del amplio plan de construcciones emprendido por el IMSS en la administración de Benito Coquet, se construyó la serie de unidades habitacionales, entre las cuales destaca la Unidad Habitacional Independencia. Para su amplia explanada cívica, ubicada frente al teatro, el escultor Luis Ortiz Monasterio, amigo cercano de Federico Cantú, realizó un conjunto de tallas en piedra de temática nacionalista. En el centro de la explanada se yergue la figura de Miguel Hidalgo, quien rompe cadenas como símbolo libertador. Alrededor de este, una fuente alberga la escultura de una gran serpiente emplumada; en sus cercanías, una figura humana es la personificación de Quetzalcóatl; más allá se ubica la talla tridimensional del águila parada en el nopal y devorando la



- Las figuras de héroes nacionales, como El Padre de la Patria, Miguel Hidalgo y Costilla, están presentes también en las fachadas, explanadas y murales, como este ubicado en el vestíbulo de la CISS.

serpiente; las pilastras del teatro al aire libre fueron talladas con representaciones de serpientes emplumadas, tal cual aparecen en la ciudad maya de Chichen Itzá y finalmente en la zona que remata la explanada se encuentra una fuente con emblemas de Tláloc, deidad mesoamericana del agua.

En el extremo sur poniente del predio El Batán, colindante con la Unidad Habitacional Independencia, el Arq. Alejandro Prieto construyó el conjunto destinado a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su centro de estudios. El espacio más emblemático del conjunto es el edificio destinado a alojar el auditorio circular; en cuyo vestíbulo el muralista Juan O’Gorman, con ayuda de Roberto Berdecio, pintó un magnífico mural llamado “Hidalgo Libertador”, dedicado al héroe mexicano como liberador de la esclavitud en América.

Simultáneamente a la construcción de la Unidad Independencia, en el centro de la Ciudad de México se levantaba el Centro Médico Nacional. Este no fue un proyecto originalmente iniciado por el IMSS. Sin embargo, para 1960, al Instituto que ya había demostrado la gran capacidad de su Departamento de Construcciones, se le encomendó la adquisición de dicho complejo hospitalario, su conclusión y puesta en marcha.

- La fachada del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" es una muestra de historia labrada en piedra de la evolución de la Medicina en México, del muralista José Chávez Morado.



La obra había sido emprendida en 1955 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y la Lotería Nacional para la Asistencia Pública (Lotería), con un proyecto coordinado por el Arq. Enrique Yáñez. Desde sus inicios, se contemplaba un ambicioso plan de integración plástica con la participación de destacados artistas. Cuando el IMSS retomó la construcción, al proyecto artístico se integraron artistas que ya habían colaborado en otras instalaciones institucionales como Federico Cantú, Ernesto Tamariz y Luis Ortiz Monasterio.

Para el espejo de agua, ubicado en lo que fue el acceso principal, Ortiz Monasterio realizó una colosal variante del emblema del IMSS, en talla directa. Esta escultura monumental se distingue por incorporar en el tratamiento de las plumas del águila y en el cabello de la madre la influencia del estilo mexica. De igual manera, para flanquear el acceso se tallaron en piedra dos enormes columnas cuyo fuste representan atados de cañas y su capitel lo forman águilas de bronce con alas desplegadas como listas para emprender el vuelo y en la base, en actitud vigilante, ocelotes directamente tallados en las canteras (Ortiz L, 2011).



Si bien el proyecto de integración plástica en el Centro Médico Nacional fue concebido por otra institución, su incorporación al IMSS enriqueció de manera inigualable el patrimonio cultural institucional. No son suficientes estas páginas para abordar con detalle la historia de dicho proyecto artístico, concebido por el Arq. Enrique Yáñez y el museógrafo Federico Gamboa en 1957 y realizado principalmente en 1958; baste por ahora con enunciar los proyectos más relevantes<sup>28</sup>.

En la variante escultórica sobresalen los relieves monumentales, que hasta 1985 cubrieron las casetas de elevadores en las unidades de Neumología y Cancerología, realizados por Francisco Zúñiga. Estas obras fueron realizadas en aluminio y al estar pensadas para coronar las azoteas de los edificios, el artista buscó que el volumen fuera perceptible a la distancia, mediante marcados relieves que producen fuertes claroscuros. El proyecto original era de seis casetas, de las cuales solo se conservan dos.





- Al igual que “La Raza”, el Centro Médico Nacional “Siglo XXI” es adornado por otra pieza del muralista Siqueiros: Apología de la Futura Victoria de la Ciencia Médica contra el Cáncer (1958).

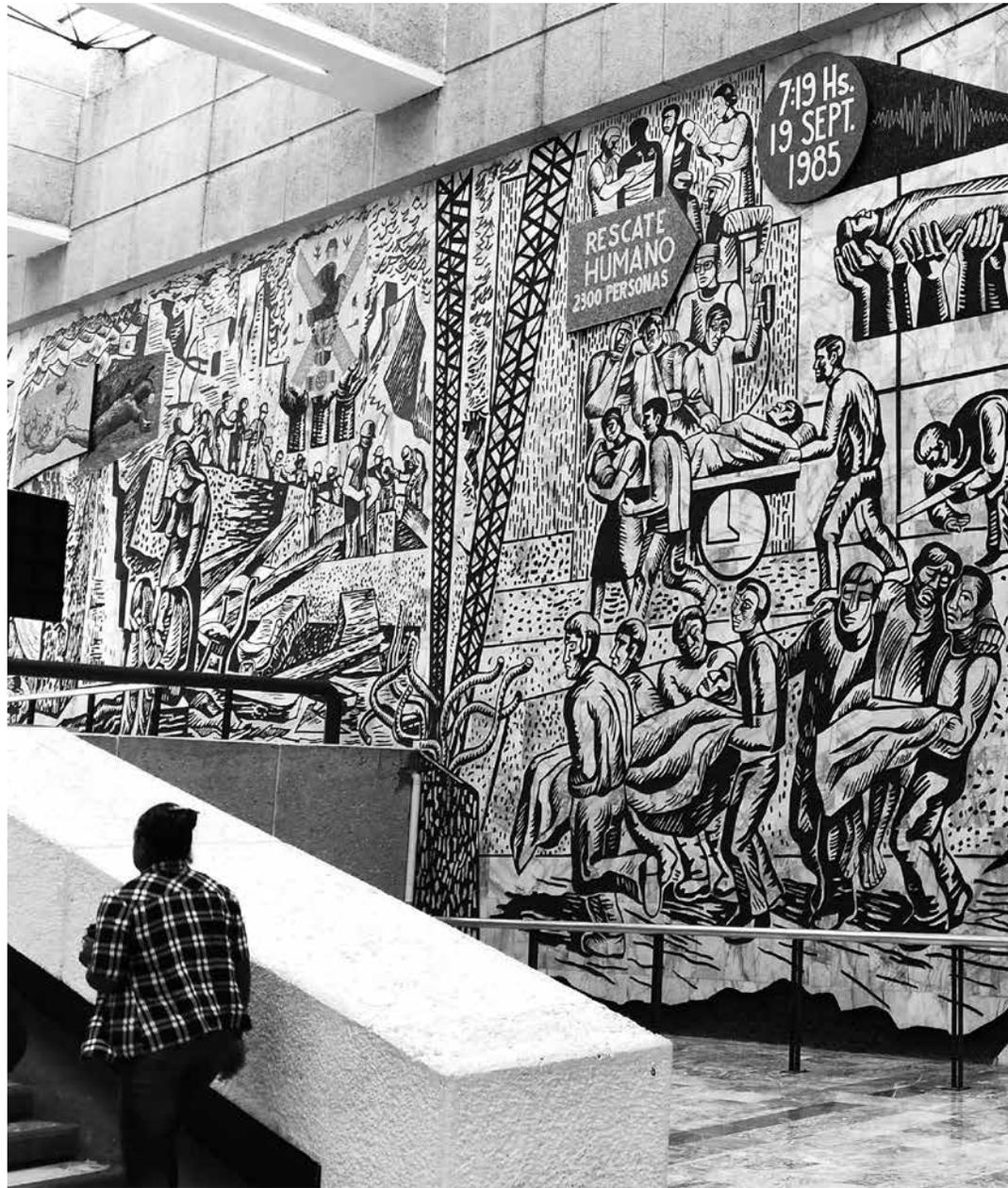
Para el interior del Hospital de Neumología y Cirugía de Tórax, Luis Nishizawa pintó un mural inspirado tanto en la mitología prehispánica, como en las precarias condiciones de los trabajadores modernos, para interpretar el tema del aire como fuerza vital. El edificio que lo albergó, fue demolido a causa del sismo de 1985; sin embargo, a través de un arduo trabajo de rescate por parte de técnicos del INBA, la pintura pudo ser desprendida, restaurada y reubicada en un nuevo emplazamiento dentro del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

En 1958, la utopía de integrar racionalismo arquitectónico, confort y valor estético parecía materializarse en el centro hospitalario. Como parte del proyecto, el Arq. Enrique Yáñez ofreció el vestíbulo del Hospital de Cancerología a David Alfaro Siqueiros. En esta ocasión, el tema desarrollado por el muralista fue la lucha de la humanidad contra el cáncer desde el tiempo prehistórico. El título completo de la obra, “Apología de la futura victoria de la ciencia médica contra el cáncer. Paralelismo histórico de la revolución científica y la revolución social”, nos aclara que el artista desarrolló una analogía entre la búsqueda de la salud y la lucha por la justicia social.



La primera escena aborda el periodo antiguo con una humanidad asolada por las plagas y las pestes, en la sección media una multitud de variadas culturas antiguas simbolizan la medicina empírica y la medicina mágica; en la siguiente escena, médicas y médicos de todos los países y razas, y la representación de la llamada “bomba de cobalto”, aluden a la medicina moderna y su perfil científico en su lucha contra el cáncer. En un extremo, el artista plasmó su visión del futuro, donde los seres humanos celebran la derrota del cáncer, simbolizado por dos monstruos que huyen, gracias a la ciencia médica<sup>29</sup>.

A pesar de la grandeza de las obras mencionadas, la que para Enrique Yáñez verdaderamente significó el triunfo de la integración entre la arquitectura y las artes plásticas fue el edificio de aulas del Hospital General, actualmente Hospital de Especialidades. Para las fachadas de este edificio exento de perfil escultórico, formas ondulantes y base porticada, el muralista José Chávez Morado diseñó un friso dividido en 10 grandes escenas con el tema de la Evolución y futuro de la ciencia médica.



- En 1989, el muralista José Chávez Morado plasmó en el vestíbulo del CMN "Siglo XXI" la obra monumental: Homenaje al Rescate, que retoma la solidaridad mexicana tras el sismo de 1985.

El artista contó con la colaboración de los escultores Tomás Chávez Morado, su hermano, y Jorge Best, para materializar su diseño con un resultado en el que se utilizaron distintos niveles de alto y bajo relieve y canteras de diferentes colores. El relieve mural representa la historia de la medicina en México desde los tiempos prehispánicos hasta el siglo XX.

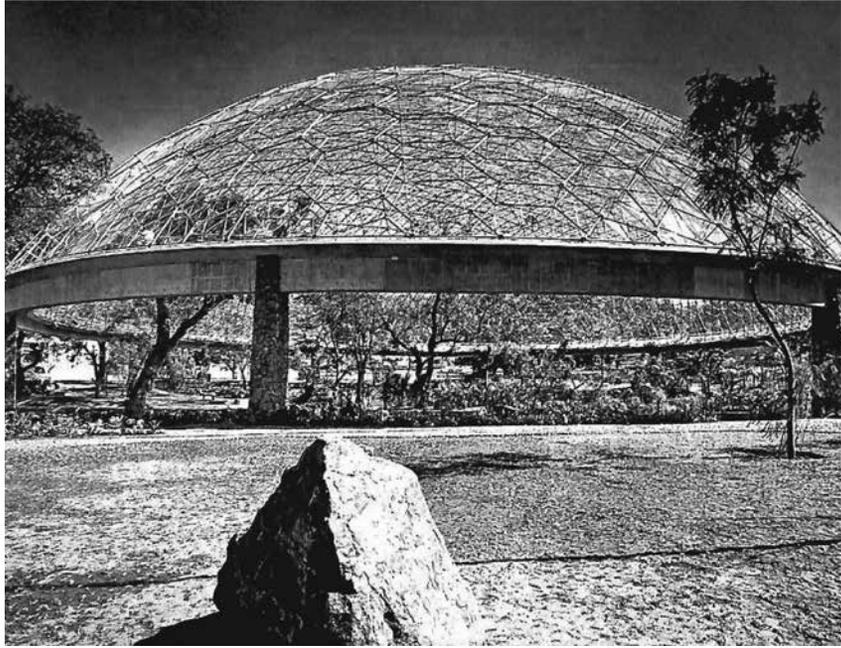
Si bien fue en la Ciudad de México en donde el IMSS concentró su mecenazgo de obras artísticas. En muchas de sus unidades foráneas se recibieron ejemplares de la escultura "Maternidad IMSS" de Federico Cantú, como ya fue mencionado, así como relieves de la figura de Zapata de Ernesto Tamariz y Luis Ortiz Monasterio.



En materia mural destacan: en el Hospital Regional No. 1 de Chihuahua, un mural en mosaico vítreo de la autoría de Jorge González Camarena bajo el título “Revolución Constructiva”; un mural en cerámica de Luis Nishizawa en la unidad médica de Celaya, Guanajuato, bajo el título “El nacimiento de la vida”; relieves murales de Ernesto Tamariz en la explanada de la Unidad de Servicios Sociales de Xalapa con personificación de Quetzalcóatl y de las culturas Olmeca y Totonaca; en el Centro Vacacional Oaxtepec, un relieve mural en piedra de Luis Ortiz Monasterio titulado “Cauhtémoc en la Defensa de México-Tenochtitlan” y el ya mencionado relieve “Enseñanzas de Hidalgo” de Federico Cantú en León, Guanajuato.



- Los Centros Vacacionales del Instituto también cuentan con arquitectura emblemática, como lo es el domo del jardín de Oaxtepec, que regala impresionantes vistas a sus visitantes.



- El Mtro. Fermín Revueltas también dejó parte de su obra en los vitrales en el Hospital Colonia de Ferrocarriles del IMSS, en Avenida Manuel Villalongín, en Ciudad de México.



En las décadas posteriores a 1970, si bien el IMSS no dejó de levantar importantes edificaciones, en la mayoría de los casos el encargo de obras artísticas fue más circunstancial y menos apegada a proyectos de integración plástica. En el caso especial de la escultura, en más de una ocasión la presencia de obras nuevas deriva de un ánimo conmemorativo. No obstante lo anterior, se realizaron importantes peticiones a notables artistas tanto en la línea pictórica como de escultura monumental.

Cabe hacer sucinta mención de las pinturas de Guillermo Ceniceros para el Hospital de Especialidades donde se abordan por primera vez temáticas ecológicas; Mario Orozco Rivera para el salón del Consejo Técnico en el edificio central; Tosia Malamud, única mujer en recibir encargos artísticos por parte del IMSS, con sus esculturas referentes a la familia o la maternidad para varias unidades médicas, así como esculturas de Ernesto Mallard, Miguel Hernández Urvan, Julián Martínez, Sebastian, Leonardo Nierman, Jorge Marín, entre otros y varias pinturas murales de Daniel Ponzanelli.

Mención especial merece la reconstrucción del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, provocada por el terrible sismo del 19 de septiembre de 1985, que dañó severamente el orgulloso complejo médico de la década de 1960. En esta oportunidad, el proyecto del Arq. Mario Schjetnan, incorporó todas las obras artísticas, rescatadas heroicamente del centro original e incorporó obras nuevas de artistas como Adrián Brun, Jesús Ruiz Mejía, Federico Cantú Fabila y especialmente un mural de José Chávez Morado (1988-1989).

El muralista guanajuatense, quien colaboró sin interés económico, realizó una obra de gran envergadura y simbolismo “Homenaje al rescate”, bajo relieve tallado en mármol donde resalta el dolor de quien lo pierde todo, pero también la esperanza y lucha del pueblo mexicano que resurge de la tragedia y se levanta para construir y avanzar hacia un mundo mejor.

#### **IV.4. GUARDERÍAS IMSS**

##### **Los inicios**

Adriana Cruz Miranda

El servicio de Guardería dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social tiene una historia que vale la pena conocer; resulta innegable que saber sobre su origen, su evolución a través de los años y su presente nos permite planear lo que se desea para su futuro.

Los antecedentes del servicio de Guardería en México se remontan a 1837; el primer establecimiento de este tipo del que se tuvo noticia se ubicó en las instalaciones del actualmente desaparecido Mercado del Volador donde adaptaron un espacio para cuidar a las hijas e hijos de las madres que trabajaban en él. En 1869, la Emperatriz Carlota Amalia fundó El Asilo San Carlos, donde las hijas e hijos de las mujeres trabajadoras recibían alimentos y cuidados durante la jornada laboral de sus madres. En 1929 se creó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, la cual instituyó y manejó 10 Hogares Infantiles que en 1937 cambiaron su denominación por Guarderías Infantiles (Domínguez E, 1961).

La primera guardería para madres trabajadoras del IMSS fue instalada en 1947 en un inmueble que se ubicaba en las calles Rosales y Colón, en la colonia Guerrero de la Ciudad de México, dando atención a 150 niñas y niños. Al determinarse la construcción del edificio central ubicado en Av. Paseo de la Reforma, fue instalada en el patio de este, convirtiéndose en la Guardería No. 0001 del IMSS. Las primeras guarderías del IMSS, en la década de 1950, fueron construidas alrededor de los hospitales.

En 1960 se inauguró la Guardería Madres IMSS No. VI en el Conjunto Habitacional Unidad Independencia, construido por el IMSS, en la alcaldía Magdalena Contreras de la Ciudad de México. Es así como, privilegiando siempre a las mujeres trabajadoras que necesitaban de cuidados para sus hijas e hijos y el bienestar de estos menores de edad, continuó la expansión del servicio de Guardería.

En 1962, tras la reforma a la Ley Federal del Trabajo, se determinó que el IMSS debía proporcionar el servicio de Guardería Infantil, situación que logró cristalizarse en 1973 tras la reforma de la Ley del Seguro Social, que mejoró las prestaciones existentes y creó una nueva rama de seguro: el de Guarderías. Se consolidó el servicio de Guardería como una prestación social, como parte de un seguro obligatorio que no genera cargo económico a la población usuaria, permitiendo el acceso al servicio a toda madre trabajadora asegurada y no solamente a aquellas que laboraran en el Instituto.

Lo anterior, ayudó a impulsar la participación de la mujer en la vida productiva de nuestro país, bajo mejores condiciones, sin menoscabo de la atención que le brinda a sus hijas e hijos, teniendo la certeza de que se encuentran no solamente cuidados en un entorno seguro, sino además que cuentan con una alimentación completa y un desarrollo pedagógico que impactará favorablemente en su formación como ser humano.

El Instituto anunció los primeros días de julio de 1974, las direcciones de las 31 guarderías que se ubicarían en el Distrito Federal, ahora Ciudad de México, y que iniciarían actividades en la segunda quincena de julio, y solicitó a las madres trabajadoras aseguradas y personas interesadas localizar la más cercana a su domicilio.

## **Evolución de los esquemas de guarderías del IMSS**

**Adriana Cruz Miranda y Víctor Manuel Pérez Robles**

Para 1982, el IMSS contaba con 84 guarderías en operación entre los dos esquemas existentes: Madres IMSS (8), para las trabajadoras del Instituto, y Ordinario (76), para trabajadoras aseguradas. Sin embargo, de estas 84, solamente 36 se ubicaban en 18 Delegaciones estatales (ahora Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, OOAD), cubriendo únicamente 29 localidades diferentes.

En el sexenio de 1983-1988 se definieron las políticas para la apertura de nuevas guarderías del IMSS en inmuebles rentados y remodelados (Presidencia de la República, 1983), logrando que en 1983 y 1985 se rentaran 46 casas habitación a nivel nacional; la realidad en ese entonces fue que la demanda del servicio iba en crecimiento y la cobertura resultaba insuficiente. Esto sin contar que los esquemas anteriormente mencionados implicaban grandes inversiones iniciales y de operación, que limitaban al Instituto las posibilidades de crecimiento sostenido.

Ante esta situación, con el objetivo de establecer nuevas estrategias que permitieran una expansión más rápida del servicio, en 1983 el Instituto decidió implementar un programa experimental que consideraba dos nuevos modelos de atención: la Guardería Comunitaria o Estancia Infantil, con capacidad de atención de 16 a 50 niñas y niños, en un inmueble proporcionado por la comunidad y con personal de la localidad, y la Guardería en Hogares, con capacidad de 3 a 15 niñas y niños, donde se capacitaba a madres con ciertas aptitudes específicas para que pudieran brindar atención a las niñas y los niños.

De ellos, el esquema de Guardería Comunitaria fue el único que fructificó, cambiando de nombre a Guarderías Participativas. El número de unidades de este esquema para 1990 era de 177, con una capacidad instalada de 11,892 niñas y niños. En 1995, de acuerdo con el Programa Nacional para el Bienestar y la incorporación al desarrollo

de las personas con discapacidad, se puso en práctica la normatividad para atender en guarderías del esquema participativo a menores que presentaran discapacidades leves y se hizo extensivo este programa a las guarderías del Esquema Vecinal Comunitario. Estas guarderías operaron originalmente bajo convenio de subrogación, con prestadores de servicios que poseían guarderías o jardines de niños particulares con las características inmobiliarias, legales y de funcionamiento operativo estipuladas por el Instituto.

La incorporación de las y los trabajadores eventuales del campo a la seguridad social, bajo un esquema integral de prestaciones, significó la concreción de múltiples esfuerzos encaminados a brindar a este grupo social mejores condiciones de bienestar. En 1995, tras la expedición de reformas a la Ley del Seguro Social, se reconoció a las y los trabajadores del campo como sujetos de pleno derecho al Régimen Obligatorio que la Ley establece para toda persona que labora bajo una relación de tipo obrero-patronal.

La primera guardería en el campo surgió el 15 de junio de 1999 en el estado de Baja California, en la localidad Ejido Real del Castillo Nuevo, donde existen personas trabajadoras agrícolas de la propia localidad, así como jornaleros que provienen de diversos estados de la República. Una de las principales características de este esquema es que el servicio se otorga de acuerdo con el ciclo agrícola, con un horario que depende de la hora en que la mayoría de las trabajadoras y trabajadores agrícolas asisten a su jornada, aproximadamente de las 06:00 hasta las 18:00 horas. En general, las guarderías están ubicadas dentro del mismo espacio destinado para viviendas de las personas trabajadoras agrícolas y cuentan con todo lo necesario para brindar atención de calidad.

Ante las perspectivas financieras del IMSS para 2002, y después de 5 años de operación del Esquema Vecinal Comunitario, se evaluó la operatividad de dicho esquema buscando variantes que, sin detrimento de la calidad en el servicio, fueran económicamente más viables, tanto para el Instituto como para el prestador del servicio, y que conservaran íntegramente los programas rectores del servicio de Guardería en materia educativo-asistencial, nutricional y de fomento a la salud.

Sin apartarse de los principios fundamentales del Esquema Vecinal Comunitario, el convenio de subrogación de servicios se sustituyó por un contrato de prestación de servicio regulado por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

A partir de estas innovaciones, con el mismo espíritu de poder contar con más capacidad instalada para el servicio de Guardería y con una mayor eficiencia en los recursos destinados para tal fin, en la sesión ordinaria del H. Consejo Técnico, celebrada el 13 de noviembre de 2002, se aprobó la operación de dos nuevas variantes del Esquema Vecinal Comunitario, que implicaron menores costos en la instalación y administración de las guarderías, sin incidir en los programas educativo, nutricional y de salud que se aplican en las unidades. Estas variantes fueron la transición para que, a partir de 2004, el propio Consejo Técnico aprobara el Esquema Vecinal Comunitario Único que homologó todas las modalidades de prestación indirecta del servicio de Guardería con las siguientes características principales:

- El personal docente y administrativo depende laboralmente del prestador y debe cumplir los requisitos académicos y el perfil psicolaboral establecido para cada categoría por el IMSS.
- Los requerimientos básicos de mobiliario y equipo que debe poseer el prestador están indicados por servicio y cantidades, de acuerdo con el número de infantes a atender en la relación de equipo y material que el IMSS establece.
- El servicio se proporciona en inmuebles en posesión de los prestadores cuya infraestructura reúne las consideraciones y características establecidas por el

IMSS, se ubican en las zonas de mayor demanda, predeterminadas por el Instituto y evitando zonas de riesgo.

- La administración está a cargo de los prestadores de servicio, mediante contratos.



- El servicio de Guardería empezó como una prestación para mujeres trabajadoras del IMSS, pero sus beneficios han crecido hasta aplicarse a hombres trabajadores con hijas e hijos en edad preescolar.

Con el fin de garantizar los espacios suficientes para atender la demanda de servicio a nivel nacional, así como una política de verdadera inclusión, surgió en 2004 el esquema de Guarderías Integradoras, primer modelo en el país en proporcionar atención y cuidado a niñas y niños sin y con discapacidad leve y moderada, en instalaciones construidas *ex profeso*, con una plantilla de personal especializado.

Finalmente, para 2017, surgió el esquema de Guarderías en Empresa, permitiendo la celebración de convenios de subrogación del servicio de Guardería con las y los patrones, conforme lo autorizado por la Ley del Seguro Social, para la instalación de centros de atención infantil en sus empresas, para las hijas e hijos de su personal. Este esquema favorece la estabilidad laboral, colocando a las empresas en un nivel mayor de compromiso hacia sus personas trabajadoras, así como a su responsabilidad social.



- Las guarderías del IMSS han formado a generaciones de hijas e hijos de personas trabajadoras con cuidados, educación preescolar, alimentación saludable y monitoreo constante de la salud.

En 2020 se propuso y aprobó, por el H. Consejo Técnico del IMSS, la estrategia de implementación del Nuevo Modelo Mixto de Colaboración del Servicio de Guardería en el IMSS, donde se prioriza un enfoque social, así como la participación de las madres, los padres y la comunidad, para garantizar un adecuado desarrollo infantil. Esto, mediante convenios de subrogación del servicio de Guardería con Asociaciones Civiles conformadas por empresas y contrato con organizaciones de la sociedad civil y financiamiento por organizaciones crediticias de carácter social.

Actualmente, el Instituto continúa proporcionando la prestación del servicio de manera directa, con inmuebles y personal propio en los esquemas:

- Ordinario: las guarderías están identificadas con la letra G, al 1 de agosto de 2022 se contaba con 121 guarderías con capacidad instalada de 26,546 niñas y niños.
- Madres IMSS: las guarderías están identificadas con la letra M, al 1 de agosto de 2022 se contaba con 8 guarderías con capacidad instalada de 1,616 niñas y niños.

De manera indirecta, otorga el servicio mediante guarderías administradas por terceros, por medio de contratos de prestación del servicio o convenios de subrogación, en los esquemas:

- Vecinal Comunitario Único: las guarderías están identificadas con la letra U, al 1 de agosto de 2022 contaba con 1,153 guarderías con capacidad instalada de 201,750 niñas y niños.
- En el campo: las guarderías están identificadas con la letra C, al 1 de agosto de 2022 contaba con 5 guarderías con capacidad instalada de 586 niñas y niños.
- En empresa: las guarderías están identificadas con la letra E, al 1 de agosto de 2022 contaba con 5 guarderías con capacidad instalada de 851 niñas y niños.
- Integradoras: las guarderías están identificadas con la letra Y, al 1 de agosto de 2022 contaba con 32 guarderías con capacidad instalada de 8,340 niñas y niños.
- Reversión de cuotas: al 1 de agosto de 2022 contaba con 1 guardería con capacidad instalada de 117 niñas y niños.

En total, se cubrieron 239,786 lugares. Lejos quedaron los inicios del servicio de Guardería en el IMSS, cuando en 1977 se contaba con apenas 55 guarderías con capacidad instalada de 12,420 niñas y niños (IMSS s.f.d).

### **Las guarderías del IMSS, en busca de la mejora continua**

Aurora Bautista Márquez, Ismael Ruiz Fraga y Adriana Cruz Miranda

Todas las guarderías tienen servicios homologados, por lo que independientemente del esquema, las niñas y los niños reciben la misma atención con calidad, calidez y en un marco de respeto a sus derechos. En la actualidad, las guarderías del IMSS prestan el servicio a niñas y niños de 43 días de nacidos hasta los 4 años<sup>30</sup>, apegadas a los siguientes servicios, mismos que cuentan con sus actividades establecidas en la normatividad del IMSS:

- Pedagogía. El programa pedagógico promueve el desarrollo integral de niñas y niños al impulsar la formación de vínculos afectivos sanos, favorecer su autonomía y la adquisición de capacidades, con pleno respeto a las diferencias y los derechos. Las acciones pedagógicas responden a las características, necesidades e intereses de las niñas y los niños en el marco de los programas oficiales de la Secretaría de Educación Pública (SEP). Promueven la formación de hábitos higiénicos y de alimentación, así como habilidades lingüísticas, lectoras, pensamiento matemático y expresión artística, que influyen a lo largo de la vida.

- Alimentación. Se provee una alimentación sana, variada y suficiente, de acuerdo con la edad de las niñas y los niños y su desarrollo. Se impulsa una política de cero azúcares añadidas, para prevenir el sobrepeso y la obesidad en la edad adulta.
- Fomento a la salud. Incluye la vigilancia del estado de salud de las niñas y los niños, ello implica la identificación oportuna de signos y síntomas de enfermedad o lesiones físicas que requieren atención médica. También da seguimiento periódico al peso, talla, perímetro cefálico y esquema de vacunación conforme a la Cartilla Nacional de Salud, incluyéndose, además, la vacuna contra la varicela y hepatitis A.
- Administración. El servicio de Guardería requiere personal suficiente, organizado y debidamente capacitado a fin de asegurar que este se provea con calidad, conforme a lo dispuesto por el Instituto y la legislación correspondiente. Toda guardería también debe cumplir con el abastecimiento oportuno de materiales e insumos necesarios y condiciones óptimas de limpieza; así como la conservación y seguridad que son supervisadas por el IMSS al menos cuatro veces al año. Es importante destacar que el servicio de Guardería del IMSS dispone de las medidas y protocolos de seguridad necesarios para salvaguardar la integridad física de las niñas y los niños en la guardería.



- Desde 1973, el programa de las Guarderías del IMSS ha evolucionado, elevando la calidad de la enseñanza y la atención brindada, así como la rehabilitación para menores con discapacidad.

En los años recientes, buscando siempre elevar el estándar de calidad del servicio de Guardería en beneficio de las niñas y niños que asisten a ellas, enfocándose en lograr un impacto positivo en el desarrollo integral de las niñas y niños al integrarlos durante la

primera infancia a programas de alto valor educativo, nutricional y de salud en entornos seguros, el Instituto ha emprendido una serie de cambios normativos e impulsado acciones dentro de las que podemos destacar las siguientes:

**Actualización normativa del área de Pedagogía en guarderías del IMSS.** A finales de 2010, se emprendió la actualización de la normatividad del área de Pedagogía; esto consistió en rediseñar tres documentos: 1) Instructivo de operación para la aplicación de actividades asistenciales en el sistema de guarderías, 2) Instructivo de operación para la aplicación del programa educativo en el sistema de guarderías y 3) Introducción a la Guía Técnica del Programa Educativo para el Servicio de Guarderías del sistema IMSS. La iniciativa culminó con un documento denominado Procedimiento para la Operación del Servicio de Pedagogía en Guarderías IMSS, mismo que entró en vigor a partir de 2011. Dicho procedimiento integró las instrucciones específicas por proceso y la descripción de las actividades educativo-asistenciales y pedagógicas, por rango de edad. Se organizó en seis fascículos por sala de atención para orientar el desarrollo de las diferentes acciones, y se ha ido actualizando periódicamente hasta 2022.

**Educación inicial y educación preescolar en guarderías del IMSS.** En 2016, el Instituto puso en marcha la iniciativa de garantizar el derecho a la educación inicial y preescolar de las niñas y los niños que asistían a las guarderías. Esto contribuyó a la emisión del documento oficial por parte de la autoridad educativa local a todos las niñas y niños que concluían su educación preescolar. La educación inicial y preescolar forman parte de la educación básica y, al impartirla, se cumple con el derecho constitucional que tiene toda persona de recibir educación, así como con la obligatoriedad de la educación básica. En las guarderías del IMSS se aplican los programas oficiales emitidos por la SEP, el Programa de Educación Inicial se proporciona hasta los 3 años y está dirigido a lactantes y maternas, mientras que el Programa de Educación Preescolar aplica para las niñas y los niños a partir de los 3 años.

**Evaluación del desarrollo de la niña y el niño.** El desarrollo infantil es un proceso activo y único que se expresa por la continuidad y por los cambios en las habilidades motoras, cognitivas, psicosociales y del lenguaje con adquisiciones cada vez más complejas (Martins J, Ramallo M, 2015), y la evaluación de este proceso permite detectar si un niño se comporta, reacciona y se relaciona de acuerdo con los parámetros considerados “normales” por estar en concordancia con lo que se espera que haga según su edad (Costas C, 2009). Por ello, en 2005, el Instituto diseñó un proceso normativo para evaluar el desarrollo de las niñas y los niños que asisten a las guarderías, el cual se actualizó en 2011, diseñándose entonces la Evaluación del Desarrollo del Niño (EDN), cuyas aplicaciones anuales actualmente oscilan entre 300 mil y 900 mil. Esta herramienta permite identificar a las y los niños que logran las conductas esperadas para su edad y a quienes podrían llegar a presentar alguna alteración en el desarrollo y deban referirse al área médica.

**Lectura en voz alta en Guarderías del IMSS.** Para enriquecer las acciones pedagógicas que se llevan a cabo en las guarderías, el IMSS diseñó el programa de Lectura en voz alta en guarderías IMSS que se implementa desde 2018, a través del cual se lee a las niñas y los niños desde los 43 días de vida hasta su egreso de la guardería, al menos 15 minutos diarios. Como parte del diseño, el programa fue avalado por la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Cultura y, desde su implementación, la Coordinación del Servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil (CSGDII) da seguimiento y asesoría sobre la importancia de leer a las niñas y los niños. Además, se generaron herramientas adicionales para el personal y madres y padres de familia, tales como infografías<sup>31</sup> y un video tutorial<sup>32</sup>.



**Esquema alimentario en guarderías del IMSS.** La nutrición en la primera infancia es determinante para la salud y el adecuado desarrollo de las niñas y los niños, de ahí que a lo largo de su historia el Instituto siempre ha impulsado que la alimentación en las guarderías se apege a los mejores estándares nacionales e internacionales, a fin de generar un beneficio directo y a largo plazo a las y los niños que asisten a las guarderías, así como impulsar hábitos de vida saludable también en sus familias.

En noviembre de 2012 se efectuó un primer cambio en el esquema alimentario en guarderías, el cual consistió en incluir una mayor variedad de frutas y verduras, la eliminación total de embutidos y bebidas con alto contenido de azúcares, como jugos o bebidas industrializadas, así como la reducción del uso de grasas y sal. También se diseñó el módulo Planeación y Control de Alimentos como parte del Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG), el cual es una herramienta tecnológica del IMSS que usan las guarderías para la organización de los insumos para la elaboración de los alimentos. Con base en las recomendaciones nacionales e internacionales, así como los nuevos desarrollos en materia de nutrición, se efectuó un segundo cambio del esquema alimentario que entró en vigor en mayo de 2016 y que se mantiene hasta la fecha.

Sus principales características son:

- Actualización de los requerimientos nutrimentales por grupo de edad.
- Inclusión de granos integrales.
- Refuerzo de la ingesta de verduras y frutas.
- Consumo exclusivo de agua simple.
- Adecuación de los 30 menús vigentes y la adición de 10 nuevos menús, lo que dio como resultado un mosaico con menús para 8 semanas, para dar mayor variedad a las comidas de las guarderías.
- Tiempos de alimentación intercambiables, es decir, con aportes nutrimentales equivalentes para que cualquier desayuno de los 40 menús pueda ser sustituido por otro desayuno sin que se modifique el aporte nutrimental del día y brindar el mismo aporte calórico requerido según la edad.



- La alimentación saludable ha sido parte fundamental del servicio de Guardería, pues contribuye al óptimo desarrollo de las niñas y los niños. A diario se brindan más de 203 mil raciones.

**Lactancia materna.** Desde 2018, y de manera ininterrumpida, se ha trabajado en el fomento y promoción de la práctica de lactancia materna, desarrollando e incluyendo en la normatividad una guía específica para brindar orientación a todas aquellas madres que quieran asistir a alimentar a su hija o hijo, o decidan llevar su leche para que le sea ministrada posteriormente. A la fecha se encuentra en desarrollo una colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) y la SEP, enfocada en la elaboración y difusión de contenidos y cursos referentes a la lactancia materna (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2021b).

**Mecanismo de participación social (IMSS, s.f.e).** Forma parte de la estrategia del IMSS para la mejora de la calidad del servicio y seguridad en las guarderías. Fue diseñada en 2010, en colaboración con Transparencia Mexicana A. C., y establece un método de participación en el que las madres y los padres de familia observan el cumplimiento de la operación. En 2015 obtuvo el Primer lugar de las Américas en los premios de Gobierno Abierto de la iniciativa multilateral Open Government Partnership (IMSS, 2015b).

**Comunicación con madres y padres (IMSS, s.f.a).** El Instituto, buscando estrechar el vínculo con padres y madres usuarias del servicio de Guardería, puso en marcha un micrositio donde semanalmente se publican infografías sobre salud infantil, nutrición, Pedagogía, etcétera.

**Consejo de madres y padres de guarderías.** Los Consejos iniciaron su operación en marzo de 2021, su objetivo principal es contar con un órgano colegiado que permita fortalecer la participación social de las y los trabajadores usuarios del servicio de Guardería, transparentar la operación de estas y fungir como una figura facilitadora para la gestión entre la guardería, la sociedad civil, el IMSS y con instituciones cuyas actividades estén relacionadas con el servicio de Guardería. Es un órgano de información con cuatro pilares que son: consulta, opinión, participación y vigilancia.

**Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG).** El SIAG surge en septiembre de 2004 y desde su inicio desempeña un papel central en la reducción de los tiempos de ejecución y la estandarización de los procesos del servicio de Guardería. Se actualiza conforme se renueva la normatividad. Esta herramienta facilita que las unidades administren sus actividades cotidianas, como: el registro de asistencia de las niñas y los niños y el personal mediante huellas dactilares; generación de los estadísticos; el seguimiento del peso, la talla y las vacunas de las y los niños; la capacitación del personal y la vigilancia del indicador de personal. Permite a los centros de atención dar seguimiento y monitorear los procesos de una manera sencilla, así como simplificar algunos aspectos de la supervisión por parte de los Departamentos de Guarderías de los OOAD, responsables de verificar la operación. Con el objetivo de modernizar y actualizar el manejo de tecnologías y servicios digitales en las guarderías, se desarrolló el SIAG WEB, iniciando su implementación gradual en las guarderías en 2021. La ventaja principal con la que cuenta esta actualización del sistema es simplificar y agilizar los procesos administrativos, contando con información en tiempo real para la toma de decisiones e incrementando la seguridad de los datos.

#### **Verificación del cumplimiento en guarderías y satisfacción de las personas usuarias.**

El IMSS se apoya principalmente en dos herramientas para verificar el cumplimiento de la normatividad: la supervisión-asesoría integral y las encuestas de satisfacción. El proceso de supervisión tiene como objetivo el verificar la operación del servicio de Guardería e identificar las áreas de oportunidad para establecer las acciones preventivas y correctivas. Para facilitar el levantamiento, registro y análisis de la información se cuenta con los módulos de planeación y supervisión en el SIAG.



Estas actividades se encuentran normadas mediante el Procedimiento para la Supervisión de la Operación del Servicio de Guardería, mismo que ha evolucionado en el transcurso de los años con la finalidad de hacer más dinámicas, robustas y efectivas las supervisiones; además, también han sido empleados instrumentos para ejecutarlas (Cédula para supervisión). Finalmente, en 2021 se incluyeron mecanismos de capacitación y evaluación para homologar criterios en supervisiones. Desde 2012, se han realizado en promedio más de 5 mil supervisiones al año y en el país, durante los últimos 10 años, se ha mantenido el nivel de calidad en el servicio en los centros de atención infantil a no menos de 90%. En lo que corresponde a la encuesta de satisfacción de las personas usuarias, esta es otra herramienta fundamental del monitoreo y la supervisión, ya que mide de manera cuatrimestral la percepción de la calidad del servicio, funcionando como un indicador del desempeño anual de las guarderías. Durante los últimos 10 años, la media del índice de satisfacción ha sido de 97%.

**Manifestaciones de opinión.** Desde 2012 se da seguimiento y atención a las quejas que se reciben. Para fortalecer la comunicación con las personas trabajadoras usuarias y población en general, se pusieron a disposición diversos canales de comunicación para recibir sus quejas y opiniones sobre la prestación del servicio. En 2019 se emitieron los Lineamientos para la Atención de Manifestaciones de Opinión del Servicio de Guardería, contando con su última actualización en 2022; su objetivo es establecer políticas y actividades para la recepción, atención, seguimiento y cierre en el SIAG de las manifestaciones de opinión, en torno a la operación del servicio de Guardería.

**Mejora continua.** Con la finalidad de establecer un proceso para incrementar la calidad en las guarderías del Instituto, en 2009 se emitió el Procedimiento de Mejora Continua para Preservar la Atención Infantil, sustituyéndolo en 2012 por el Procedimiento para Identificar Áreas de Oportunidad en la Prestación del Servicio. Dicha normatividad ha sido actualizada constantemente, creando herramientas en las guarderías para determinar la causa raíz (origen de un problema) de las áreas de oportunidad<sup>33</sup> y así, realizar las acciones correctivas necesarias. La actualización de 2020 adicionó la formalización de los Comités de Calidad (CC)<sup>34</sup> en los centros de atención, con la finalidad de establecer y dar seguimiento a la aplicación de estas acciones. En 2022 se automatizó una herramienta para las sesiones de los CC, lo que permite evaluar su correcta ejecución, así como los seguimientos internos correspondientes.

**Estándares de seguridad en guarderías del IMSS.** Salvaguardar la integridad de las niñas y los niños en las guarderías es una prioridad para el Instituto; por ello, la CSGDII trabaja continuamente en diseñar acciones de prevención, protección y actuación para situaciones de emergencia, así como desarrollar una cultura de seguridad y protección civil. Las medidas de seguridad para la prevención, la alerta, los simulacros, los distintos tipos de riesgos y la respuesta a eventos relacionados son fundamentales para asegurar la integridad de la población en las guarderías. La última actualización de los Estándares de Seguridad para Guarderías del IMSS de junio de 2022 concentra los componentes básicos necesarios en materia de seguridad en las guarderías, los cuales se revisan de manera semestral mediante la aplicación de la Cédula de verificación de medidas de seguridad en guarderías del IMSS.

## **Las guarderías del IMSS, más que el cuidado y atención a la niñez**

Erika Teresa Suárez Saavedra y Aurora Bautista Márquez

Si bien el servicio de Guardería tiene como finalidad cubrir los cuidados de las hijas e hijos, en la primera infancia, durante la jornada laboral de las personas trabajadoras, mediante

acciones pedagógicas, alimentación sana y seguimiento a la salud por parte de personal calificado en instalaciones seguras y funcionales; resulta innegable que la existencia de este servicio impacta a un nivel mayor que únicamente los cuidados. Como ejemplo de lo anterior, podemos mencionar las siguientes acciones:

**Otorgamiento del servicio de Guardería para padres (varones).** Anteriormente, el servicio de Guardería solo se proporcionaba a las madres trabajadoras, excluyendo como beneficiarios a los varones, salvo casos excepcionales. Esto podría considerarse como una implicación de que el cuidado de las hijas e hijos es responsabilidad exclusiva de las mujeres. Esta práctica no favorecía la corresponsabilidad de los padres en la atención de sus hijas e hijos ni fomentaba la posibilidad de que la mujer se desarrollara plenamente a nivel profesional. Por ello, mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de octubre de 2020, se reformaron los Artículos 201 y 205 de la Ley del Seguro Social, con el propósito de procurar el cumplimiento del principio constitucional que prescribe que mujeres y hombres sean tratados de igual manera frente a la ley, lo cual necesariamente implica que ambos gocen —en su calidad de personas trabajadoras aseguradas— de los mismos beneficios que brinda la seguridad social.

Es decir, la reforma a los citados artículos amplió el derecho de acceso al servicio de Guardería a todas las personas trabajadoras aseguradas para sus hijas e hijos, independientemente de su estado civil y el estatus de su patria potestad o custodia exclusiva. Es importante destacar que el Instituto, a partir de septiembre de 2019, en cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución por Disposición 8/15 del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) y realizando una interpretación pro-persona del Artículo 201 de la Ley del Seguro Social, llevó a cabo las gestiones necesarias en el nivel normativo y operacional para otorgar el servicio de Guardería a las personas trabajadoras, sin considerar su género.

**Otorgamiento del servicio de Guardería a personas trabajadoras del hogar.** El IMSS se encuentra enfocado en ejercer las acciones necesarias para implementar un régimen especial que garantice el acceso a la seguridad social a las personas trabajadoras del hogar, a fin de que sean incorporadas en igualdad de condiciones que el resto de las y los trabajadores, por lo que, al estar afiliadas por la o el patrón, igualmente se ven beneficiadas con el Seguro de Guarderías para sus hijas e hijos. Así, mediante decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 2020, se publicaron las Reglas de Carácter General de la Prueba Piloto Fase II para la Incorporación de las Personas Trabajadoras del Hogar al Régimen Obligatorio del Seguro Social, con la intención de establecer facilidades administrativas para contribuir a garantizar a las personas trabajadoras del hogar el derecho a la salud y la seguridad social.

**Guarderías Integradoras.** Como se mencionó previamente, las Guarderías Integradoras proporcionan atención y cuidado a niñas y niños sin y con discapacidad moderada, en instalaciones construidas ex profeso, con una plantilla de personal especializado (médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, terapeutas), bajo un enfoque integral de carácter educativo-asistencial. A partir de 2018, y conforme al cambio de paradigma de integración a inclusión, que caracteriza el modelo social de la discapacidad vigente, en la totalidad de los centros de atención infantil bajo responsabilidad del Instituto, se proporciona atención y cuidado a niñas y niños con y sin discapacidad, siempre que cumplan con las condiciones de salud especificadas, mediante la implementación de los ajustes razonables que cada caso requiera. Las Guarderías Integradoras ofrecen, adicionalmente a los servicios que el resto de los centros de atención infantil del IMSS proporcionan, actividades para apoyo terapéutico que complementan el programa de



rehabilitación o de terapia que recibe la niña o el niño con discapacidad de forma externa a la guardería.

- Las guarderías del Seguro Social ayudan al cuidado de las personas recién nacidas durante toda la primera infancia, desde los primeros 43 días de vida hasta que cumplen 4 años de edad.



## El año 2020: la lucha contra lo desconocido cuidando a nuestros niños y niñas

Aurora Bautista Márquez y Vesta Louise Richardson López Collada

Desde su fundación en 1943, siendo el principal promotor de la salud y el bienestar integral de las y los trabajadores, el IMSS ha participado en la elaboración e integración de diversos protocolos de seguridad sanitaria, así como en su implementación y seguimiento, a fin de prevenir y cortar las cadenas de contagio de enfermedades infectocontagiosas en las unidades médicas y centros de trabajo. De ahí que, ante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, el Instituto mantuvo y fortaleció su carácter público y social al priorizar también la continuidad de las prestaciones sociales esenciales para la actividad económica nacional como es el servicio de Guardería, que beneficia a las personas que se encuentran en los supuestos previstos por Ley.

Para apoyar la reincorporación paulatina a la actividad económica de aproximadamente 190 mil personas trabajadoras usuarias del servicio de Guardería, y contribuir a su bienestar, el de su núcleo familiar y su comunidad, los centros de atención infantil del IMSS, después de una breve suspensión, iniciaron su reapertura en junio de 2020, con una serie de medidas para prevenir la transmisión del virus SARS-CoV-2 basadas en la evidencia científica disponible.

Para esto fue necesario desarrollar un documento guía destinado a apoyar en la implementación de acciones para un reinicio seguro de operaciones en las guarderías, que limitara la transmisión del virus SARS-CoV-2 en niñas, niños y personal.

La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, a través de la Coordinación del Servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil, conformó un panel consultivo multidisciplinario de expertos en salud pública: Nutrición, fomento de la salud, Pedagogía, Pediatría, enfermedades infecciosas, Ingeniería en sistemas, Derecho y Administración para la elaboración de recomendaciones concretas basadas en la evidencia disponible recopilada a través de la revisión sistemática de la literatura científica disponible.

Se compilaron las recomendaciones para la reapertura de guarderías en una guía de observancia obligatoria para el personal y personas trabajadoras beneficiarias de los centros de atención infantil, documento que ha sido actualizado de manera periódica conforme al avance del conocimiento de la enfermedad.

A través de la Guía para el Reinicio de Actividades de Guarderías IMSS por Término de la Suspensión por COVID-19 y de los Lineamientos y Plan de Acción en Guarderías del IMSS ante la Presencia del Nuevo Coronavirus se han proporcionado ininterrumpidamente recomendaciones para el cuidado de la salud, lo que ha permitido el retorno seguro a la operación a lo largo de la emergencia sanitaria causada por el virus SARS-CoV-2.

### **Retos de las guarderías a 80 años del IMSS**

Vesta Louise Richardson López Collada

Como parte de las estrategias prioritarias del Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024 (PIIMSS), y en alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el Instituto ha planteado la necesidad de fomentar que las guarderías IMSS sean centros de excelencia en el desarrollo infantil. Para ello, ha enfocado esfuerzos en fortalecer el conocimiento y capacidades del personal de los OOAD y de las guarderías, así como de las trabajadoras y trabajadores usuarios, tanto en materia de normatividad como de desarrollo infantil. De esta manera, constantemente se trabaja en el diseño e impartición de cursos y capacitaciones, presenciales en el caso de que las condiciones sanitarias lo permitan o en línea de manera permanente<sup>35</sup>.

Es innegable que uno de los mayores retos a los que se enfrenta el IMSS es la ampliación de la capacidad de atención para las hijas e hijos de trabajadoras y trabajadores asegurados. Para ello, el Instituto se encuentra laborando constantemente en estrategias de expansión del servicio de Guardería, concentrando actualmente sus esfuerzos en la promoción de los esquemas: Integradoras, en el Campo y Empresariales.

El servicio de Guardería, siempre buscando sentar las bases formativas para un pleno desarrollo humano, continúa creciendo con los más altos estándares de seguridad y servicios de calidad que aseguren el bienestar de las niñas y los niños.



- Durante su paso en la guardería, las niñas y los niños reciben estimulación para socializar y para elevar los niveles de vida de la población en general con ejercicio y actividades artísticas.

## **IV.5. SEGURIDAD EN EL TRABAJO. EL IMSS EN LA INDUSTRIA**

Rebeca Velasco Reyna, Gabriel Alejandro Real Ornelas, Ricardo Alonso Rivera Beltrán, Claudia Gorian Montealegre y Marco Antonio Gutiérrez Escamilla

El Instituto Mexicano del Seguro Social, como la principal institución del sistema de seguridad social en México (Echeverría S, Dávila J, 2012), responde a las necesidades de la población a través del cumplimiento a los ordenamientos legales y de la Ley del Seguro Social (LSS), que en el Artículo 2 señala que: “La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo” (IMSS, 1995).

Para coadyuvar en el logro de este objetivo, la LSS establece en el Capítulo III sección VI del Seguro de Riesgos de Trabajo, artículos específicos que están relacionados con la prevención de riesgos de trabajo en las empresas afiliadas y centros laborales del propio Instituto, los cuales de manera general abordan los aspectos siguientes:

- Proporcionar servicios de carácter preventivo, con el objeto de evitar la realización de riesgos de trabajo entre la población asegurada.
- Promover y apoyar la aplicación de acciones preventivas de riesgos de trabajo en las empresas afiliadas y centros laborales del propio Instituto.
- Realizar programas para la prevención de los accidentes y las enfermedades de trabajo.
- Realizar las investigaciones que estime convenientes sobre los riesgos de trabajo y sugerir a las y los patrones las técnicas y prácticas convenientes a efecto de prevenir los accidentes y enfermedades de origen laboral.
- Verificar el establecimiento de programas o acciones preventivas de riesgos de trabajo en las empresas afiliadas.

De la misma forma, en el Capítulo IV sección VI del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en su Artículo 110 se establece que los servicios de Medicina Preventiva del IMSS podrán llevar a cabo programas de difusión y promoción a la salud, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico-sociales, al igual que el Capítulo V, Artículo 39, inciso a) del Reglamento Interior del Trabajo del Contrato Colectivo de Trabajo 2019-2021 del IMSS, el cual refiere que se establecerán de manera continuada programas de divulgación dirigidos al personal de servicio del Instituto sobre técnicas para la prevención de riesgos de trabajo, y el inciso c) indica que se dictarán y distribuirán instructivos pertinentes. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, se producen cada año 250 millones de accidentes de trabajo y 160 millones de enfermedades profesionales; asimismo, 3 mil personas mueren en el trabajo cada día a consecuencia de este tipo de accidentes mortales (Organización Internacional del Trabajo, 1999). Por ello, es de suma importancia subrayar la prevención de riesgos de trabajo como programas estratégicos a desarrollar en las empresas afiliadas y centros laborales IMSS.



- De forma constante, el IMSS participa con actividades como simulacros y capacitación para que las personas sepan cómo reaccionar y evitar riesgos en caso de alguna emergencia como sismo o incendio.

Por lo anterior, el Instituto, a través de los servicios preventivos en seguridad y salud en el trabajo integrados por personal médico y de ingeniería, los Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad (Crestcap) y la Red Nacional de Laboratorios de Salud en el Trabajo y Ambiental, realiza las actividades siguientes:

- Diseñar y otorgar cursos de capacitación (básicos, monográficos y diplomados) en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- Desarrollar diagnósticos o estudios y programas preventivos de seguridad y salud en el trabajo conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, en empresas con alta tasa de incidencia de riesgos de trabajo, con el objetivo de reconocer, evaluar y establecer de manera conjunta con la empresa afiliada o centro laboral del IMSS, las medidas de control que permitan proteger la salud y bienestar de las y los trabajadores asegurados.
- Intervenir a las Comisiones de Seguridad en el Trabajo, con el objetivo de integrarlas, actualizarlas y realizar las acciones pertinentes para su operación y funcionamiento en el reconocimiento de actos y condiciones inseguras y el establecimiento de medidas de prevención, así como las actividades que se señalan en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011.
- Evaluar, de forma instrumentada, los agentes contaminantes del ambiente laboral y, de manera metodológica, factores de riesgo ergonómico, con la finalidad de verificar los niveles, concentración o grado de riesgo y, en su caso, establecer los controles necesarios para limitar la exposición del personal para la protección de su salud.
- Realizar la investigación de probables accidentes y enfermedades de origen laboral, con la finalidad de coadyuvar en su dictaminación y establecimiento de la relación causa-efecto-trabajo-daño, así como para instaurar en conjunto con los centros laborales las medidas de prevención necesarias para evitar riesgos de trabajo similares (Bestratén M, 2011).

- Realizar estudios técnicos especializados para el otorgamiento de prestaciones a las personas trabajadoras expuestas a radiaciones ionizantes y contaminantes biológicos, de conformidad con el Contrato Colectivo IMSS-SNTSS.
- Desarrollar dictámenes periciales técnicos en apoyo al área jurídica del Instituto, con el objetivo de identificar y, en su caso, evaluar los factores de riesgo a los que estuvo expuesto el personal con motivo de su trabajo, a fin de que en las Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje se pueda establecer si existe relación causa-efecto-trabajo-daño.
- Realizar asesorías a empresas afiliadas a través de plataformas digitales institucionales en temas relacionados con la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, y la vigilancia de la salud en el trabajo.

- Personal del IMSS participa en el diseño de estrategias para la constante capacitación y desarrollo de habilidades en los centros de trabajo, lo que mejora la cultura de la prevención y la productividad.



Estos servicios preventivos en seguridad y salud en el trabajo del IMSS comenzaron en 1985, llamados anteriormente Brigadas de Salud y Seguridad en el Trabajo, las cuales tenían la finalidad de realizar acciones de prevención y promoción de la salud y seguridad en el trabajo en empresas afiliadas; asimismo, en 1989 se incorporaron a la Coordinación de Salud en el Trabajo como personal Técnico de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el cual en la actualidad se transformó en Especialistas en Seguridad en el Trabajo, siendo más de 350 a nivel nacional y sumándose en la actualidad más de 70 médicas y médicos de Salud en el Trabajo.

Este personal desempeña actividades de capacitación y asesoría en materia de prevención de riesgos de trabajo, evaluación de contaminantes del medio ambiente y factores de riesgo ergonómico y psicosocial, estudios técnicos para apoyar la dictaminación de probables riesgos de trabajo y su prevención, así como el desarrollo de diagnósticos o estudios y programas de seguridad y salud en el trabajo que tienen la finalidad de prevenir riesgos de trabajo y fomentar lugares de trabajo seguros y saludables.

Estas acciones, llevadas a cabo a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, han fortalecido y liderado la cultura de prevención de riesgos de trabajo en México. Asimismo, el Honorable Consejo Técnico del IMSS aprobó, mediante Acuerdo ACDO.944/86 del 23 de julio de 1986, la creación de los Centros Regionales de Investigación y Capacitación para la Salud y Seguridad en el Trabajo (CRICSST) a fin de consolidar y reforzar las acciones del Programa de Salud y Seguridad para las Personas Trabajadoras de las Empresas (IMSS, 1986), en 1989 cambiaron su nombre con fundamento en el Artículo 252 de la

Ley del Seguro Social, a Crestcap, desempeñando con ello cursos básicos, monográficos y diplomados en materia de prevención de riesgos en el trabajo. Actualmente se cuenta con 13 Crestcap distribuidos a nivel nacional, a través de los cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social es líder en capacitación y difusión en materia de prevención de riesgos de trabajo en las empresas afiliadas en México.



- Los Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad (Crestcap) contribuyen a vigilar e implementar acciones preventivas en los centros de trabajo en todo el país.

Igualmente, en 1965 se fundó el primer Laboratorio de Salud en el Trabajo, localizado en la Ciudad de México, que fungió como un laboratorio de apoyo al Departamento de Riesgos de Trabajo de la entonces Subdirección General Médica, con la finalidad de complementar políticas vigentes, prevención de riesgos de trabajo y clasificación de empresas por grado de riesgo. En particular, sus funciones consistían en apoyar las actividades del personal médico y de ingeniería para la detección de agentes químicos causales de enfermedades de trabajo y para definir las medidas de control tendientes a su prevención.

- El personal de Salud en el Trabajo tuvo que adaptarse rápidamente para continuar su labor durante la pandemia por COVID-19, pues era indispensable que parara la menor cantidad de sectores y estar a salvo.



En esa época era muy frecuente la intoxicación aguda por plomo, teniendo como función importante, además de la detección, el diagnóstico y monitoreo del tratamiento tanto en el contexto laboral como extralaboral. En 1976 se autorizó la integración de tres laboratorios más, localizados estratégicamente en Jalisco, Nuevo León y Veracruz, iniciando operaciones en 1976, 1977 y 1979, respectivamente, con la finalidad de ampliar la cobertura de los servicios a todo el país. En 2001, los laboratorios se descentralizaron y pasaron a formar parte de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.

Actualmente, los cuatro laboratorios están en un proceso de reingeniería tecnológica y de mejora continua, consolidándose como la Red Nacional de Laboratorios de Salud en el Trabajo y Ambiental, siguiendo el objetivo de mantener acciones primordialmente preventivas en empresas afiliadas y centros laborales IMSS, fortaleciendo su sistema de gestión de calidad en los estándares internacionales ISO 15189 y 17025, e incluyendo funciones de investigación aplicada para la prevención de riesgos de trabajo.

La participación del Instituto a través de los años en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST) en México ha sido clave en los programas de prevención de riesgos que desarrolla e implementa para sus empresas afiliadas y centros laborales IMSS, la participación en foros y congresos nacionales e internacionales en materia de prevención en seguridad y salud en el trabajo, y la colaboración en publicaciones de artículos de investigación a través de la Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo.

Asimismo, destaca la colaboración del IMSS en diferentes organismos nacionales e internacionales como son:

- La Comisión Consultiva Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (Coconasst) en la cual se participa en el diseño de políticas nacionales en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, proponiendo reformas a los reglamentos, normas y recomendaciones a las medidas de prevención de riesgos de trabajo en las empresas.
- El Comité Consultivo Nacional de Normalización de Seguridad y Salud en el Trabajo en donde se colabora en la elaboración de los proyectos de normas oficiales mexicanas, así como la promoción para su cumplimiento en materia de seguridad y salud en el trabajo.

- La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), en las actualizaciones de normatividad relacionadas con salud ambiental.
- La Comisión Americana de Prevención de Riesgos de Trabajo donde se impulsan acciones para consolidar una cultura preventiva en seguridad y salud en el trabajo en los países miembros de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) por medio de la investigación, docencia y asistencia técnica, con el apoyo del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- La Organización Internacional del Trabajo con la cual se llevan a cabo proyectos de colaboración en materia de prevención de riesgos de trabajo donde se busca fomentar una cultura de prevención en el mundo, contribuyendo en publicaciones, artículos de investigación y formación de especialistas en SST; entre otros.



- El 2 de mayo de 2022, el IMSS presentó el Programa Entornos Laborales Seguros y Saludables (ELSSA), que busca mejorar el bienestar de las personas trabajadoras.

Los programas en prevención de riesgos de trabajo que desarrolla e implementa el IMSS son estratégicos para la reducción de accidentes y enfermedades de trabajo en México. En 2020, el país enfrentó una de las peores enfermedades que no existía en México ni en el mundo, la COVID-19 provocada por el virus SARS-CoV-2. En mayo de 2020, el Presidente Andrés Manuel López Obrador instruyó al Instituto la creación de un equipo para un sano retorno de las y los trabajadores a la nueva normalidad, el cual fue liderado por el Dr. Mauricio Hernández Ávila, Director de Prestaciones Económicas y Sociales, teniendo como vocales a representantes de la Secretaría de Economía, Secretaría del Trabajo y Previsión Social y la Secretaría de Salud.

Por lo anterior, el Instituto, a través de la Coordinación de Salud en el Trabajo (CST) y en colaboración con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), desarrolló la plataforma Nueva Normalidad: [nuevanormalidad.gob.mx](http://nuevanormalidad.gob.mx) conocida actualmente como la plataforma ELSSA/NN: [elssa.imss.gob.mx](http://elssa.imss.gob.mx) la cual permite a las empresas afiliadas y centros laborales IMSS realizar su registro y autoevaluación en apego a los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas publicados en el Diario Oficial de la Federación. Esto contribuyó a desplegar, en julio de 2020, el Programa de asesoría a empresas afiliadas y centros laborales IMSS para el retorno saludable al trabajo ante COVID-19, uno de los programas preventivos más importantes que el Instituto realizó hacia las empresas con la finalidad de coadyuvar a disminuir el riesgo de contagio del SARS-CoV-2 entre las personas trabajadoras. Desde el inicio de este programa y hasta

el 31 de julio de 2022 se han otorgado 122,812 asesorías en beneficio de la salud de las personas trabajadoras.

En diciembre de 2020 se implementó un sistema de alertas ante COVID-19, el cual consiste en el envío de un correo electrónico a aquellas empresas que presentan un incremento de incapacidades temporales para el trabajo (ITT) por infecciones respiratorias, de acuerdo con el comportamiento esperado del historial de la empresa. Este sistema de alertas tiene el objetivo de apoyar a las y los patrones para la toma de acciones preventivas y oportunas en sus centros de trabajo. Al 26 de julio de 2022 se emitieron 392,780 correos de alertas con recomendaciones de apoyo a las empresas afiliadas, a través de la plataforma ELSSA/NN.

- El Gobierno Federal instruyó al IMSS a desarrollar una estrategia para el sano retorno de las personas trabajadoras a lo que se denominó la nueva normalidad, tras la pandemia por COVID-19.



Durante la implementación de este programa, se han desplegado diferentes estrategias como: el Distintivo de Seguridad Sanitaria, el cual es un reconocimiento para las empresas que realizaron su autoevaluación en la plataforma ELSSA/NN y que cuentan con monitor ante COVID-19 en su centro de trabajo, que recibió capacitación en el curso Formación de Monitores para el Retorno Saludable alojado en la plataforma educativa CLIMSS; asesorías a empresas turísticas con el fin de orientar a las empresas que prestan servicios relacionados con el turismo y emitir recomendaciones en apego a los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas y coadyuvar a disminuir el riesgo de contagio ante COVID-19 durante temporadas de alta afluencia de personas; entre otros.

Por otro lado, se desarrollaron los criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad (Shamah T, *et al*, 2020), debido a que no era específico el concepto de persona en situación de vulnerabilidad que se manejaba en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas, publicado el 29 de mayo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación. Dichos criterios se definieron y publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 27 de julio de 2020. Con estos criterios se redefinió de 10 a 2 millones de personas trabajadoras en condiciones de vulnerabilidad, protegiendo así el empleo y los ingresos de las familias mexicanas, favoreciendo la reactivación económica y disminuyendo la discriminación. Estos criterios se actualizaron el 1 de junio de 2021.

Actualmente se llevan a cabo la estrategia Entornos Laborales Seguros y Saludables (ELSSA), el Programa Nacional de Vigilancia Toxicológica y Ambiental, y el Programa Nacional de Capacitación en SST.

Debido a la pandemia por COVID-19 se identificó que la salud de un número importante de trabajadoras y trabajadores no se encontraba en condiciones adecuadas, toda vez que 10 millones de personas en edad productiva presentaban alguna condición de vulnerabilidad. De acuerdo con la encuesta Ensanut 2018 (Velasco R, *et al*, 2021), en México existen:

- 8.6 millones (10.3%) de personas de más de 20 años con diabetes mellitus.
- 15.2 millones (18.4%) de personas de más de 20 años con hipertensión arterial.
- 75.2% de las personas tienen sobrepeso u obesidad.
- 19.5% de las personas mayores de 20 años han presentado dislipidemia.
- 29% de las personas mayores de 20 años realizan menos de 150 minutos a la semana de actividad física.

Debido a lo anterior, se desarrolló la estrategia ELSSA que se aprobó por el Honorable Consejo Técnico del Instituto el 26 de enero de 2022 y el cual tiene el objetivo de generar acciones para favorecer entornos laborales seguros y saludables enfocados en los principales problemas de salud por riesgos de trabajo y enfermedad general, favoreciendo una cultura de prevención en las empresas (IMSS, 2022a). Para poner en marcha esta estrategia, el Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto, Director General del Instituto, llevó a cabo el 2 de mayo de 2022 el evento Lanzamiento de la estrategia ELSSA, en Monterrey, Nuevo León, en el cual participaron representantes del Gobierno Federal, estatal, cámaras empresariales, sindicatos de personas trabajadoras y organismos internacionales.



- El 27 de agosto fue presentado en Palenque, Chiapas, el Programa ELSSA para el sector Turismo con apoyo de Layda Sansores, de Campeche; Carlos Joaquín González, de Quintana Roo; Rutilio Escandón, de Chiapas, y Tatiana Clouthier, de Economía.

En este evento se firmó el Acuerdo Nacional por la Salud, la Seguridad y el Bienestar de las Personas Trabajadoras, logrando con ello un dato histórico y un avance en materia de prevención en SST en México. Esta estrategia surgió como un esfuerzo conjunto en el que el Gobierno, personas empleadoras y personas trabajadoras integran estrategias para impulsar la salud y el bienestar, en todas sus dimensiones, desde los centros de trabajo; asimismo, va alineado a la visión del Instituto pospandemia, la cual es el fortalecimiento de un abordaje integrado hacia la población derechohabiente, con una atención médica de mayor cobertura y calidad, y una prevención de enfermedades crónico-degenerativas robusta, mediante la construcción de entornos más seguros que promuevan estilos de vida saludable en esos ámbitos en los que viven y se desarrollan las trabajadoras y los trabajadores.

Para ello, la estrategia da a las personas empleadoras diferentes recursos necesarios para apoyar la implementación de ELSSA:

- Listados de verificación ELSSA: cuestionarios que ayudan a conocer las acciones que pueden implementar para transformar el centro de trabajo en un entorno laboral seguro y saludable.
- Tablero informativo: donde se puede visualizar la evolución de las incapacidades temporales para el trabajo correspondientes a la empresa, la cual ayuda a observar el impacto de las acciones realizadas en la estrategia ELSSA y tomar decisiones para mejorar la salud y el bienestar de las personas trabajadoras.
- Materiales y herramientas ELSSA: acceso a diferentes materiales de apoyo como fichas técnicas de prevención, guías, infografías, etcétera, así como herramientas digitales que ayudan a las personas empleadoras a evaluar los factores de riesgo ergonómicos, los factores de riesgo psicosocial y el entorno organizacional favorable.
- Asesorías por personal de Salud en el Trabajo: asesorías gratuitas por parte de los servicios preventivos en seguridad y salud en el trabajo sobre las líneas de prevención de accidentes en mano y tobillo, prevención de trastornos musculoesqueléticos en espalda, vigilancia de la salud en el trabajo y prevención de enfermedades de trabajo relacionadas con factores de riesgo psicosociales en el centro laboral.
- Asesorías por personal de Bienestar Social: asesorías gratuitas en la línea de promoción de la salud y el bienestar en los centros de trabajo.



- Con el programa ELSSA, el IMSS orienta, capacita y da acompañamiento a las empresas en cuatro ejes: para mejorar la salud y el bienestar de las personas trabajadoras, y evitar accidentes de trabajo.

El Programa Nacional de Vigilancia Toxicológica y Ambiental surgió de la necesidad de realizar acciones para prevenir efectos a la salud derivados de la exposición a agentes contaminantes presentes en los centros de trabajo y de que en México exista, a nivel federal, una Red Nacional de Laboratorios de Salud en el Trabajo y Ambiental con capacidad técnica para realizar la medición de sustancias químicas en el ambiente laboral y en la sangre, orina y aire exhaladas por personal expuesto. De esta manera se puede evaluar el nivel de exposición en todos los niveles, desde que la sustancia química llega al ambiente de trabajo hasta su salida del cuerpo, y analizar cómo cambian estos niveles en función de distintas condiciones de las empresas mexicanas y de las intervenciones que se realicen. Esto permite obtener las mejores prácticas que

demuestren efectividad en reducir su concentración ambiental y/o su entrada al cuerpo, mismas que serán documentadas a través de tableros digitales y publicadas en forma de guías para que la información pueda permear en otras empresas y de esta manera masificar la prevención basada en evidencia.

La pertinencia de programas de esta naturaleza ha sido demostrada en otros países donde con su implementación han logrado reducir el impacto de la exposición a sustancias químicas, por ejemplo, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional en Estados Unidos (NIOSH, por sus siglas en inglés) (Cummings K, *et al*, 2018) reportó que las muertes atribuibles a neumoconiosis han mostrado una tendencia hacia la baja. Durante el periodo de 1968 a 2000 se registró una disminución de la tasa de mortalidad de 36% para la neumoconiosis de los mineros del carbón y de 70% para la silicosis y otras neumoconiosis; mientras que en el periodo de 1999 a 2018 se registró una disminución de 40%. Los programas implementados incluyeron la creación de centros especializados en la prevención de estas enfermedades, como el Respiratory Health Division, The National Personal Protective Technology Laboratory y el Industrial Hygiene Analytical Laboratory.



- El IMSS investiga de forma permanente las afectaciones a la salud por la exposición a sustancias químicas en los centros laborales, para proteger a la población trabajadora de todos los sectores productivos.

Cabe mencionar que en la actualidad nos enfrentamos a nuevas afecciones a la salud relacionadas con la exposición a sustancias químicas (Carles C, *et al*, 2019), por ejemplo, la endemia de enfermedad renal crónica reportada en varios estados de la República, o el cáncer por exposición a sustancias químicas, entre otras; además, cada año se siguen

reportando en promedio mil casos nuevos de neumoconiosis (IMSS, 2019a). El aumento en estas enfermedades seguirá contribuyendo a los gastos en atención médica para el Instituto; lo anterior, denota la importancia de contar con un programa que evalúe estas medidas con las condiciones de las empresas mexicanas y apoye a evaluar la efectividad de las medidas que las empresas implementan, lo que dará la oportunidad a la industria de hacer el análisis de costo-beneficio para mejorar sus procesos y, de manera consecuente, las condiciones de seguridad y salud de la población trabajadora.



- Con el Programa ELSSA, el personal de las empresas recibe capacitación para identificar riesgos toxicológicos en los centros de trabajo y sobre la forma de evitar accidentes o enfermedades.

El objetivo del programa es generar acciones para prevenir daños a la salud por la exposición a agentes contaminantes del medio ambiente laboral y a los factores de riesgo presentes en los centros de trabajo, a través de su medición y del análisis de biomarcadores de exposición, por medio del uso de equipo de campo de higiene industrial por los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo y de la Red Nacional de Laboratorios de Salud en el Trabajo y Ambiental; lo anterior, mediante evaluaciones del medio ambiente laboral acordes a la NOM-010-STPS-2014, el monitoreo biológico de la exposición de tóxicos en sangre, orina o aire exhalado de acuerdo con la NOM-047-SSA1-2011 y la herramienta para autoidentificación del riesgo por la exposición a sustancias químicas.

Este programa tiene grandes beneficios para las personas trabajadoras, ya que generará acciones para disminuir la exposición a sustancias químicas que contribuyen al desarrollo o empeoramiento de las enfermedades crónicas, a la prevención de enfermedades de trabajo y a tener diagnósticos certeros en casos de intoxicaciones por productos químicos. Por lo anterior, el país se alinea directamente a contribuir en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, directamente en el Objetivo 3 que es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, impactando específicamente en la meta 3.9 la cual refiere que para 2030 se tendrá que reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire,

el agua y el suelo. Asimismo, se alinea a los artículos del Convenio 187 de la Organización Internacional del Trabajo, concretamente a lo estipulado en el Artículo 1 por ser un programa nacional destinado a mejorar la seguridad y salud en el trabajo; al Artículo 2 ya que el programa está destinado a prevenir enfermedades ocasionadas por el trabajo, y al estar alineado a la estrategia ELSSA, contribuirá a conseguir de manera progresiva un medio ambiente de trabajo seguro y saludable, y al Artículo 3 al ser una herramienta para evaluar los peligros del trabajo, dando como resultado un programa alineado a la visión tanto institucional como internacional con la finalidad de promover una cultura de prevención en seguridad y salud en el trabajo en el país.



- Un equipo interdisciplinario elabora diversos listados de verificación ELSSA, que son cuestionarios que ayudan a conocer las acciones que pueden ser implementadas para transformar los centros de trabajo.

El Programa Nacional de Capacitación en SST busca mejorar el desempeño de las personas trabajadoras a través del desarrollo de habilidades y competencias (Siliceo A, 2004), que mejoren, de manera sustancial, la implementación de medidas preventivas y correctivas en las empresas, esto coadyuvará de manera importante en la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo y en la generación de cambios positivos que incidan en la salud de las personas trabajadoras, a partir de la estandarización e incremento de la oferta educativa que el Instituto otorga en materia de prevención en SST de manera presencial, en línea y virtual.

Lo anterior, se despliega a través de los servicios operativos de prevención en seguridad y salud en el trabajo y los 13 Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad. Una de las estrategias para implementar y fortalecer una cultura de prevención de accidentes y enfermedades de trabajo en las empresas es intervenir de manera directa en el desarrollo de la población trabajadora (Flores J, 2012), principalmente a mandos medios (personal supervisor), personal encargado de los servicios preventivos de SST, así como las y los integrantes de las Comisiones de Seguridad e Higiene, buscando mejorar los conocimientos y habilidades en materia de prevención de riesgos de trabajo para que, al ser implementadas las medidas de prevención en las empresas, se mejoren las condiciones de trabajo (ambiente de trabajo) y la conducta del personal.

Por ello, este programa coadyuva de manera importante a mejorar los entornos laborales a partir del incremento de personal capacitado en materia de prevención de riesgos de trabajo. Cursos como manejo seguro de máquinas y herramientas, operación

de las comisiones de seguridad e higiene o diplomados en seguridad y salud en el trabajo, han hecho que personas trabajadoras, profesionistas y empresarias se sensibilicen en materia de seguridad y salud en el trabajo y se implementen medidas de prevención en las empresas afiliadas y centros laborales IMSS.

Así es como el Instituto, a sus 80 años, sigue contribuyendo y promoviendo la prevención en seguridad y salud en el trabajo en las empresas en México, a través de sus servicios preventivos en seguridad y salud en el trabajo, los Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad y los laboratorios de salud en el trabajo y ambiental. En el Instituto se reconoce la importancia de la prevención y promoción a la salud y el esfuerzo que año tras año se realiza para mantener una cultura de seguridad y salud en el trabajo en las empresas, una cultura de autocuidado en las personas trabajadoras y una cultura de capacitación y formación de las personas trabajadoras, profesionistas y empresarias, contribuyendo y beneficiando a toda la población mexicana, siendo un actor clave en el cambio a fomentar entornos laborales más seguros y saludables en México.

#### **IV.6. DE FÁBRICAS Y JARDINES PREHISPÁNICOS A ESPACIOS DE ESPARCIMIENTO: CENTROS VACACIONALES**

Nidia Serrano Vivas y María del Rosario de Fátima Pereira Ek

Los Centros Vacacionales del IMSS se han caracterizado por ser espacios de recreación y esparcimiento para las familias, aportando una serie de beneficios para la salud mental y física de las personas, además de fomentar valores morales, sentido de comunidad y favorecer la calidad de vida de la población.

Cada Centro Vacacional encierra una serie de atractivos naturales, culturales, históricos y arquitectónicos que, en su conjunto, forman un cuadro vivo de un tramo de historia de los lugares y regiones en las que se ubican, de las personas que formaron parte de sus inicios y de su transformación.

##### **Centro Vacacional La Trinidad**

Guillermo César Garduño Patiño y Mirna Ivonne Rodríguez Lozada

La industria textil fue un factor económico y social propio y determinante para diversas regiones del país, por lo que muchas fábricas se instalaron en antiguas haciendas, no solo porque podían utilizar parte de la infraestructura ya instalada para la producción agrícola, sino principalmente porque podían disponer de la abundante y barata mano de obra residente en esos lugares (Gutiérrez C, 2000, p. 53).

En 1879, Manuel Martínez Conde de nacionalidad española, solicitó a la comunidad de Santa Cruz en el estado de Tlaxcala un lugar para instalar una empresa. La comunidad donó una extensión de 67 hectáreas de tierras con el compromiso de que la empresa diera trabajo a las y los habitantes de la comunidad, además de una cooperación a la iglesia para sus festividades.

Solo un año después (1880), comenzó la construcción de lo que sería La Fábrica Textil “La Trinidad”, con la participación de habitantes de la localidad y de pueblos circunvecinos contratados como albañiles y en 1884 se inauguró la escena fabril donde laboraron varios cientos de personas trabajadoras, obreras y empleadas. Cada una de ellas la recorrió cotidianamente atravesando por la puerta de la entrada principal que les conducía a los diferentes departamentos, habitaciones en las que podían vivir con sus familias sin pagar ningún servicio, depósitos de agua donde se podía pescar; talleres, establos, escuela,

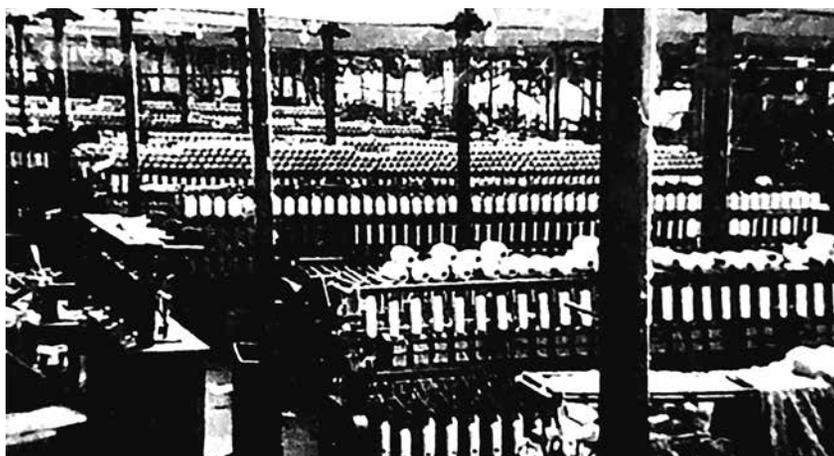
capilla y tienda de raya donde se surtían de los artículos de primera necesidad a precios bajos. Este lugar constituyó un punto de reunión para el trabajo, el estudio, los festejos y costumbres religiosas; un lugar incluso para la vida familiar (Gobierno del Estado de Tlaxcala, 1991).

El espacio arquitectónico de finales del siglo XIX es una construcción de estilo ecléctico (con influencias europeas, particularmente inglesas y ciertas tendencias del porfiriato), que representó en su momento el desarrollo del sector industrial, una fuente importante de generación de empleo, y la bonanza de la región por espacio de 84 años (Gálvez G, 2019).



- El inmueble de la antigua Fábrica Textil "La Trinidad", construido con arquitectura ecléctica en Tlaxcala y emblema del sector industrial de la época, alberga ahora un Centro Vacacional del IMSS.

La fábrica fue, durante muchos años, una de las más importantes del estado de Tlaxcala, la materia prima que utilizaba se consideraba de la mejor por lo que se produjo un número variado de telas<sup>36</sup>, algunas muy populares por su calidad y diseño como la mezclilla azul trinidad, que era tan de buena calidad que las demás fábricas dejaron de producirla porque no podían competir con esta y el algodón, el cual transformaron en distintas telas como manta, franela, imitación de casimir, sarapes, toallas, colchas, entre otras. Por otra parte, la maquinaria tuvo como antecedentes el huso y el malacate, posteriormente se utilizaron los telares manuales y el telar de pedales que durante muchos años fueron considerados los mejores; sin embargo, esta se renovó parcialmente y con el tiempo se tornó obsoleta.



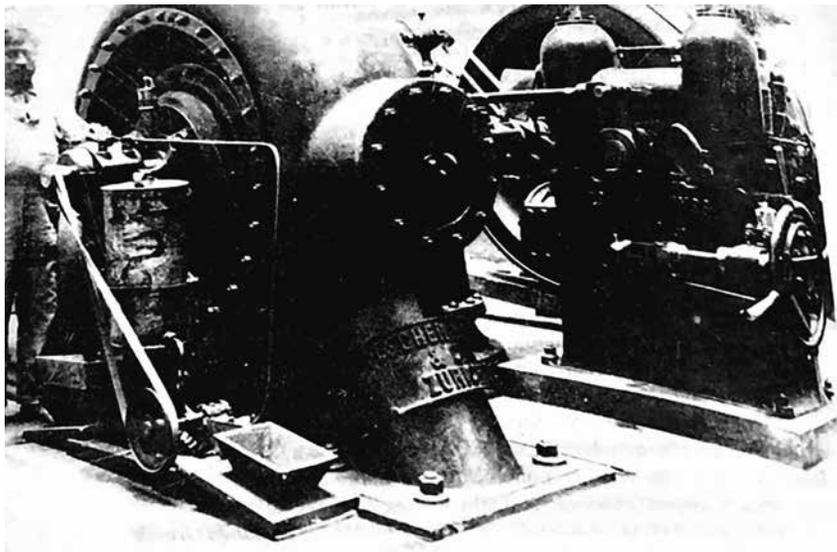
- La fábrica de hilos y telas fue una de las más reconocidas por la calidad de sus materiales y sus diseños, como ocurrió con la mezclilla azul trinidad, que las demás fábricas dejaron de producir.

La generación de energía (hidráulica) era producida por la caída de agua del río Tequixquiatl que movía la gran turbina de procedencia suiza y hacía que toda la maquinaria funcionara; posteriormente, se crearon canales de agua que formaban parte del sistema hidráulico de La Trinidad y así multiplicaron la producción. El 29 de abril de 1909, se inauguró una turbina de mayor potencia que daba corriente a 2 dinamos que eran para el alumbrado de 472 lámparas que quedaron instaladas a inicios del mismo año.

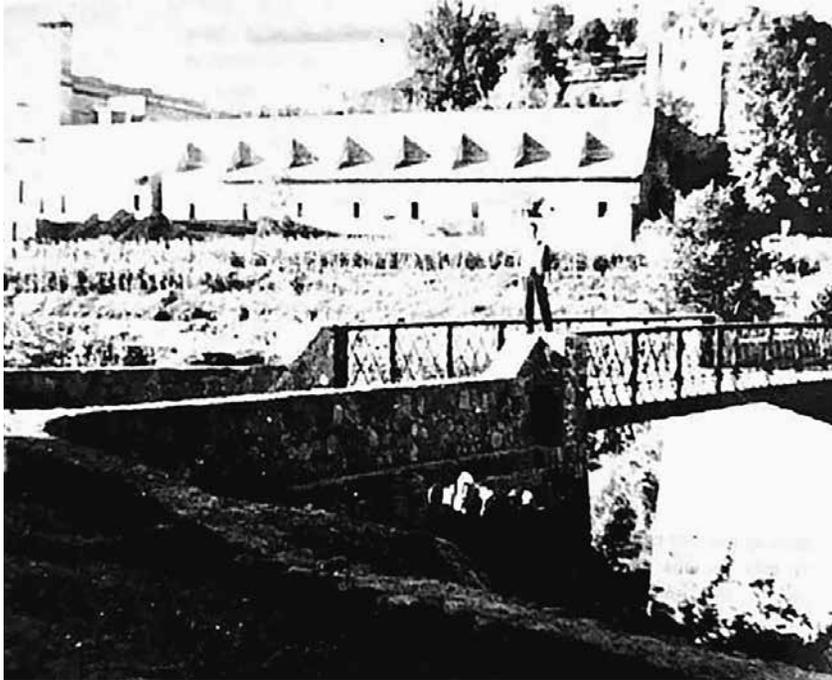
- La fábrica se abatecía con generación propia de energía, pues esta era producida por la caída de agua del Río Tequixquiatl, cercano al inmueble construido sobre un terreno de 67 hectáreas.



- La energía eólica provenía de una gran turbina, de procedencia suiza, movida por el afluente natural, que corría a un costado de la antigua fábrica de hilos y telas.



En cuanto a la arquitectura del lugar, su capilla dedicada a la Santísima Trinidad se edificó en 1888, como lo indica su fachada de estilo neogótico. Tras un asalto a la fábrica que tuvo lugar el 7 de enero de 1912, se construyeron torreones como medio de defensa, rasgo característico del inmueble. Adicionalmente, dado que en ese entonces no había carreteras, el algodón llegaba en furgones de ferrocarril. Entre la estación del ferrocarril de Santa Cruz y el lugar en el que se instaló la fábrica había una barranca muy profunda y grande, por lo que, para solucionar el problema Manuel M. Conde mandó tender rieles y se construyó el “puente rojo” mandado hacer en Inglaterra y que hasta la fecha existe.



- Posteriormente, se crearon canales de agua en las cercanías que formaban parte del sistema hídrico de La Trinidad, para abastecer la corriente necesaria y mantener el ritmo de su producción.

A partir del 8 de agosto de 1942, La Trinidad se mantuvo cerrada durante 23 meses por una huelga derivada de conflictos laborales. Posteriormente, ante la crisis definitiva de la industria textil, en 1968 cerró definitivamente sus puertas, habiendo estado en actividad textil por 84 años.

Años después, el Instituto Mexicano del Seguro Social, por mandato del entonces Presidente de la República Mexicana, José López Portillo, remodeló y acondicionó el inmueble para que en abril de 1982 fuera inaugurado como Centro Vacacional.

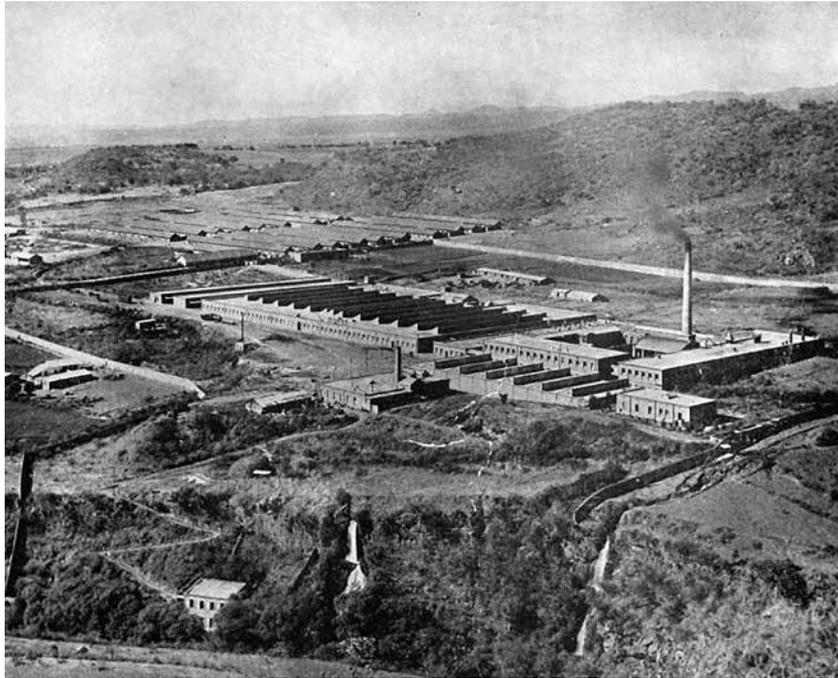
Actualmente, cuenta con una superficie total de 770 mil metros cuadrados, de los cuales 240 mil metros cuadrados son áreas construidas con 192 habitaciones distribuidas en 6 hoteles, 1 auditorio, salas de trabajo, canchas deportivas, área de balneario y campamento, restaurante, locales comerciales, juegos infantiles, estacionamiento y áreas verdes. También cuenta con un museo que abrió sus puertas al público el 27 de noviembre de 1997, con la finalidad de dar a conocer el desarrollo histórico de la industria textil y la vida cotidiana de la sociedad obrera del siglo XIX a través de máquinas, herramientas, muebles, fotografías y documentos de la época.

### **Centro Vacacional Atlixco-Metepec**

Sergio Arturo Farias Gutiérrez y Javier Eduardo Garcini Ugalde

La Compañía Industrial de Atlixco, S. A. (CIASA) se fundó en 1899 en la época de Porfirio Díaz por un grupo de empresarios extranjeros y nacionales que residían en la Ciudad de México y que tenían inversiones en otras empresas. Su representante y artífice, el español Luis Barroso Arias, adquirió la hacienda de San Diego Metepec, en Atlixco-Puebla de más de 1,305 hectáreas para erigir las instalaciones de la fábrica de hilados, tejidos y acabados de algodón Metepec (Castellanos M, 2018).

- Por su ubicación estratégica en Tepletalcingo, municipio de Santa Cruz Tlaxcala, la fábrica se volvió un referente económico importante tanto para habitantes de Tlaxcala como de Puebla.



La construcción de la factoría dio comienzo en 1900 e inició operaciones el 15 de septiembre de 1902, volviéndose base de la economía poblana al producir más de 65 artículos diferentes gracias a la aplicación de la energía hidráulica del agua proveniente de los manantiales de San Baltasar y el río Cantarranas en los procesos de fabricación, además de la utilización del agua en el blanqueo y estampado de las telas. Las cualidades de este vital insumo permitían obtener una excelente calidad en el acabado de los productos, por lo que competían con los estándares de las producciones de países como Canadá, Estados Unidos e Inglaterra.

- La Trinidad se convirtió en una importante fuente de trabajo para la región, pero con fama internacional por la calidad de los acabados de sus materiales y sus producciones.



Al mismo tiempo que se construyó la fábrica, al poniente de la plaza central se edificaron las viviendas denominadas “caserío obrero”, conformadas por 13 bloques en forma rectangular con 48 casas a dos aguas cada uno. La meta era la creación de un lugar para las familias de los 2 mil obreros de origen campesino que se requerían para operar las grandes máquinas y que contara con escuela, iglesia, hospital, teatro, tienda, lavaderos, panadería, carnicería; también disponían de un nixtamal, zapatería, peluquería y cantina, entre otros.

El 4 de diciembre de 1906 inició la primera huelga obrera de la historia nacional y, posteriormente, llegó una gran crisis durante la transición de poder de Porfirio Díaz, motivo por el cual la fábrica fue saqueada por 200 revolucionarios el 7 de febrero de 1911, al mando de Juan Cuamatzin. Durante la Revolución Mexicana se modificaron las condiciones de trabajo y para 1912 se acordó el primer Contrato-Ley de la historia de México, el cual, entre otras cosas, estableció que ningún obrero trabajaría más de 8 máquinas cardadoras y que la jornada máxima de trabajo se reducía de 14 a 10 horas; posteriormente, en 1922, se unieron los obreros de Metepec a la CROM.

En 1933, el ferrocarril de la Compañía de San Rafael y Atlixco S. A., que unía a la fábrica con el gran mercado de la Ciudad de México, fue sustituido por una cooperativa de camiones de pasajeros que llegó a tener hasta 15 unidades. Con el transcurso de los años, la base obrera mediante su sindicato adquirió casas propias, en 1940 inauguraron la escuela “Belisario Domínguez” y en 1950 construyeron el Sanatorio Metepec con 200 camas.

Después de huelgas, en las que se exigía una mayor remuneración, en 1964 la empresa y el sindicato acordaron que la CIASA cedería la fábrica como indemnización a las personas obreras.



- Tras movilizaciones sociales posrevolucionarias y del porfiriato, la Compañía Industrial de Atlixco, S. A., cedió la fábrica a las personas trabajadoras en títulos de acciones, a manera de indemnización.

Con el fin de administrar la fábrica, el sindicato formó una cooperativa, pero en la quiebra no pudieron salir de ella y en 1967 la fábrica cerró definitivamente (Castellanos M, 2019). Tras su cierre, el Gobierno Federal expropió la fábrica para que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creara un centro de rehabilitación. En 1980 inició el proyecto de conversión y lejos de demoler la fábrica, se restauró el proyecto presentado al Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) que recibió el segundo lugar del

Premio Nacional Manuel Toussaint, correspondiente al Campo de Arte y Restauración, Conservación y Difusión del Patrimonio Arquitectónico.

Una vez concluida la restauración y su conversión como Centro de Rehabilitación funcionó como tal hasta 1986, cuando el IMSS decidió dar un giro a las instalaciones para convertirlo en Centro Vacacional. Actualmente, el inmueble que ocupa el Centro Vacacional ocupa una superficie de 209,346 metros cuadrados, de los cuales 45,825 metros cuadrados están contruidos con 13 villas y 197 habitaciones distribuidas en 5 hoteles de diferentes capacidades, 1 auditorio, salas de trabajo, canchas deportivas, restaurantes, zona de balneario y campamento, locales comerciales, canchas deportivas, estacionamiento y áreas verdes.

Es considerado patrimonio cultural de monumentos, al hacer referencia a la desaparecida vida obrera del siglo XX. Este nombramiento se hizo público el 15 de septiembre de 2002, en el marco del centenario de la construcción del caserío obrero de 1902.

En contexto con lo anterior, en 1988 se inauguró al interior del Centro Vacacional el Museo Industrial Metepec (MIM), con el objetivo de restaurar y preservar el acervo histórico de la función de la segunda fábrica más importante del país durante la Revolución Mexicana, la vida sindical y política, y el caserío industrial. También cuenta con una biblioteca, hemeroteca, fonoteca, videoteca, filmoteca, planoteca, fototeca, el archivo histórico de Metepec y una sala de consulta para personas investigadoras.

En 1999, la CROM de Atlixco donó el archivo de la CIASA al Departamento de Investigaciones Históricas del Movimiento Obrero (DIHMO), adscrito a la Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y se trasladó al Museo Industrial de Metepec (MIM) (Azcárate M, 2016).

Posteriormente, en 2000, la BUAP y el IMSS firmaron un convenio de colaboración para formalizar y regular la existencia del MIM, estableciendo que a la institución le corresponde la gestión del patrimonio museográfico y documental, en tanto que al Seguro Social, a través del Centro Vacacional, la salvaguarda del inmueble.

### **Centro Vacacional Oaxtepec “Lic. Adolfo López Mateos”**

Jaime de Jesús Gómez Roch y Pedro Méndez Zúñiga

El alcance e impacto que el Centro Vacacional ostenta para el turismo social en México está basado en la importancia que esta zona geográfica, rodeada de exuberante naturaleza y pródigos manantiales, tuvo desde tiempos remotos para las sociedades asentadas en estos suelos.

Durante la época prehispánica, alrededor de 1440, el Huey Tlatoani Moctezuma Ilhuicamina instaló en este sitio el primer jardín etnobotánico más grande de toda Mesoamérica (Paz R, 2019), el cual representó un espacio de esparcimiento para la élite mexica que propició la siembra de plantas medicinales y de ornato que fueron traídas de diversos territorios que se encontraban bajo la dominación azteca.



- Desde la época prehispánica, Oaxtepec se convirtió en un importante centro creativo, pues contaba con el primer jardín etnobotánico y el más grande de toda Mesoamérica, por orden de Moctezuma.

Su instalación involucró un minucioso proyecto de paisaje liderado bajo la iniciativa de Tlacaélel, hermano y consejero de Moctezuma Ilhuicamina, mismo que le advirtió: “...en la provincia de tierra caliente como es Cuauhnáhuac, en el cerro de Oaxtepec, del que tengo noticias que posee abundantes fuentes y tierras muy fértiles, sería justo que mandes se haga en la parte de arriba del cerro, una pila muy grande de piedra donde se recoja el agua... para que luego, bajando por apantli, con ella se pueda regar toda la tierra que alcance en Oaxtepec... y que luego envíes gente y hagas traer árboles de todos los géneros de hierbas para que formen con las plantas de Oaxtepec, un gran jardín que sirva de recreación y desenfado tuyo, y para la cura y salud de tu pueblo” (Lozoya J, 1995).

Oaxtepec como palabra, proviene de la voz náhuatl donde *huaxin*: guaje, *tepetl*: cerro, y *c*: lugar, lo cual podría interpretarse literalmente como “en el cerro de los guajes” o “lugar del cerro de los guajes” (Vela E, 2022); lo anterior, derivado a que en esta zona geográfica del estado de Morelos existe la presencia de una especie arbórea del género *Leucaena leucocephala*, familia de las leguminosas popularmente conocida como guaje.

Desde aquellos tiempos, Oaxtepec ya era considerado un sitio para el descanso y la recreación, por lo que en 1521 Gonzalo de Sandoval, primer español en conocer y descansar en estos suelos, pidió a Hernán Cortés conocer por él mismo este territorio, quedando sorprendido de su esplendor.

El jardín de Oaxtepec continuó hasta el imperio de Moctezuma Xocoyotzin. Se considera que en la época de la colonia aún existían vestigios de este, pues se utilizaban plantas con propiedades curativas para el Hospital de Oaxtepec (Hospital de la Santa Cruz), que funcionó hasta mediados del siglo XVIII<sup>37</sup>.

El 28 de noviembre de 1964, el entonces Presidente de la República Mexicana, Adolfo López Mateos, impulsó un cambio trascendente para el pueblo de Oaxtepec, fiel a la palabra empeñada en 1957 durante su campaña electoral, donde prometió la creación de un núcleo vacacional regional.

El proyecto se concretó 19 meses después de haber sido ideado, destacando la participación de los arquitectos Alejandro Prieto Posadas y José María Gutiérrez Trujillo. Bajo el régimen del Lic. Gustavo Díaz Ordaz, el Centro Vacacional Oaxtepec abrió sus puertas al público en general el 6 de julio de 1966 con cerca de 350 personas trabajadoras, emergiendo como modelo de bienestar social a todas las clases sociales de México.

Durante la gestión del Dr. Ignacio Morones Prieto como Director General del IMSS, se planteó un modelo de reactivación para el Centro Vacacional que consistió en la implementación de zonas de balneario y el reforzamiento del modelo de hospedaje en cabañas, con lo que la demanda de servicios se incrementó exponencialmente.

- El proyecto de habilitar el Centro Vacacional Oaxtepec, en Morelos, se concretó en julio de 1966 y rápidamente se convirtió en un punto turístico de gran afluencia de bañistas y visitantes.



Un par de años después, Oaxtepec fue testigo de un momento histórico ya que alrededor de 1,200 atletas de diversas partes del mundo arribaron al Centro Vacacional, motivados por la organización de la Villa Juvenil de los Juegos Olímpicos.

Este proyecto se convirtió en un referente para la creación de nuevos Centros Vacacionales para el Instituto Mexicano del Seguro Social, y es con el respaldo del Lic. Luis Echeverría Álvarez, quien asumía la Presidencia de México, cuando las y los trabajadores del Centro Vacacional Oaxtepec lograron su independencia del Banco Nacional de Obras y Servicios (Banobras) para pertenecer al Instituto Mexicano del Seguro Social, marcando el rumbo de una clase trabajadora al servicio de la seguridad social en México.

Posteriormente, en la década de 1970, ante la demanda internacional de servicios de primer nivel, se instaló un modelo integral para servicios de convenciones transformando las salas de trabajo que funcionaban como talleres de capacitación obrera y el modelo de hospedaje de albergue permutó con éxito a un nuevo esquema de hotelería. De esta forma, el Centro Vacacional se convirtió en sede de la Primera Reunión Bilateral México-Estados Unidos, lo que consolidó la evolución socioeconómica de la región.

Con el arribo del Lic. José López Portillo a la Presidencia de México, este complejo turístico registró un incremento importante de visitantes, lo cual hizo necesaria la implementación de nuevos proyectos, consolidándose la instalación de la zona comercial del tianguis a un costado de la entrada principal, la creación de una zona de balneario y esparcimiento recordada como zona dominguera, un lago emblemático y una zona de campamento que complementarían el modelo de recreación y sano esparcimiento.

La trayectoria histórica impuesta por el Centro Vacacional IMSS Oaxtepec en los últimos 40 años es un importante testimonio de la evolución del turismo social en México; la reestructuración de sus instalaciones, la mejora continua de sus servicios, la capacitación sistemática para elevar sus estándares de calidad, el acceso a las tecnologías de la comunicación, el ingreso a una nueva era digital y su participación inherente dentro de una economía global en constante cambio, son evidencia palpable del compromiso de una institución que fortalece día con día las prestaciones económicas y sociales en México (Avilés B, 2014).

Actualmente, este complejo, con una superficie total de 120 hectáreas, cuenta con un área construida de 140,403 metros cuadrados distribuida en casas, cabañas y habitaciones de hotel de diferentes capacidades, área de balneario y campamento, auditorio y salas de trabajo, instalaciones deportivas, locales comerciales, estacionamiento y extensas áreas verdes.

### Centro Vacacional Malintzi

Guillermo César Garduño Patiño, Mirna Ivonne Rodríguez Lozada y Verónica Camacho Téllez

Tras la consumación de la conquista de Hernán Cortés al pueblo azteca, la Malinche falleció de causas extrañas, razón por la cual los nativos indígenas llevaron el cuerpo a muchos escondites para evitar que los españoles lo retomaran nuevamente.

En su huida, los indígenas lograron llegar a Tlaxcala y divisaron en el horizonte un gran monte, conocido en tiempos remotos como Matlalcuéytl (diosa del agua, la de las faldas azules), después de un largo camino llegaron a una cueva en donde enterraron el cuerpo de la Malinche y al salir cerraron la entrada con grandes rocas. Años después, los indígenas que acudieron a la laguna de Acuitlapilco, de frente pudieron ver que en la cresta de aquel cerro se lograba apreciar la silueta de la difunta, por lo que nombraron al cerro “Malintzin” para honrarla y venerarla.



- El Centro Vacacional Malintzin debe su nombre al volcán localizado entre los territorios de Tlaxcala y Puebla, así como a la leyenda del avistamiento del cuerpo del personaje histórico La Malinche.



- Con este proyecto recreativo, el IMSS buscó impulsar el turismo en Tlaxcala para mostrar a las familias de las personas derechohabientes la riqueza cultural y arquitectónica de la entidad.

La historia de estos bosques es sumamente significativa, pues Hernán Cortés obtuvo de ellos la madera para hacer las balsas con las que conquistó parte de Tenochtitlán. Este Parque Nacional se asienta en los estados de Tlaxcala y Puebla a lo largo de 16 municipios en el eje neovolcánico transversal. Su extensión es de 46,112 hectáreas y alberga uno de los elementos volcánicos más antiguos en México con 4,462 metros de altitud; es un museo vivo de flora y fauna locales, con 937 especies descritas (decenas de ellas endémicas) como el chupaflor canelo, el zumbador mexicano, el chipe rojo, el zorzal mexicano, el murciélago mula, el saltaparedes, el enebro azul, el vencejo nuca blanca y el mirlo pinto, entre otras.

Su vegetación más representativa incluye bosques de alta montaña, de encino, oyamel, pastizales y vegetación inducida (cultivos agrícolas). Para protegerlo de invasiones y desmontes para la agricultura y pastoreo, y ante la pérdida del hábitat de múltiples especies silvestres causada por la llegada del ferrocarril a principios del siglo XX, Matlalcuéyatl fue decretado Parque Nacional el 6 de octubre de 1938. Forma parte de las cuencas del río Atoyac y Guadalupe, de ahí su importancia para el abastecimiento de agua en los estados de Tlaxcala y Puebla, a partir de los mantos freáticos de la región.

El 29 de abril de 1982, como parte de las premisas del Instituto Mexicano del Seguro Social para proveer prestaciones sociales a la población en general y la visión de dotar de una promoción turística al estado de Tlaxcala<sup>38</sup>, se inauguró el Centro Vacacional al norte del Parque Nacional “La Malinche” dentro del polígono 1 (área designada como uso



público), un espacio recreativo-familiar que inició operaciones el 22 de mayo del mismo año. Geográficamente corresponde al municipio de Huamantla, Tlaxcala, y se ubica a una altura aproximada de 3,100 metros sobre el nivel del mar.

Las instalaciones cuentan con una superficie total de 20,200 metros cuadrados, de los cuales 5,200 metros cuadrados son áreas construidas con 46 cabañas tipo inglés, salas de trabajo, canchas deportivas, restaurante, minisúper, zona recreativa, área de campamento, juegos infantiles, ejercitadores al aire libre, spa, amplio estacionamiento y 15 mil metros cuadrados de áreas verdes.

El acuerdo de coordinación mediante el cual se transfiere la administración del Parque Nacional a los gobiernos de los estados de Tlaxcala y Puebla se firmó el 18 de octubre de 1995 y salió publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 1996.

Recientemente, como parte de las estrategias implementadas por el IMSS para fomentar el deporte, se inauguró la pista de atletismo, obteniendo la certificación internacional No. S-99-0006 de la World Athletics, Órgano de Gobierno del atletismo a nivel mundial.

La vegetación forestal boscosa que cubre la montaña, así como la fauna de animales silvestres especiales, ha ubicado a este Parque Nacional como el onceavo con mayor extensión de los 67 decretados a nivel nacional, cubriendo además todas las características de los parques nacionales que se ha convenido establecer en los lugares de mayor belleza natural (El Informador, 2010).

## IV.7. EL DEPORTE EN EL IMSS

Héctor García Antonio

Hablar del deporte en el IMSS invita a reflexionar en las profundas raíces que dieron origen al Instituto, lleva a la memoria de 80 años de historia caracterizada por la suma de esfuerzos realizados para posicionar al Seguro Social como semillero de atletas con gran reconocimiento dentro del ámbito deportivo, como nuestros medallistas olímpicos Felipe Muñoz, Carlos Girón, Jesús Mena y Fernando Platas.

La historia del IMSS muestra la evolución de toda una actividad sistemática e institucionalizada que lo ha llevado a ser reconocido como entidad deportiva nacional con la infraestructura más grande del país, al contar con 456 instalaciones deportivas en toda la República Mexicana.

A lo largo de 80 años, el deporte en el IMSS compila las historias de generaciones de niñas, niños y adolescentes que crecieron en el Instituto, que utilizaron los Centros de Seguridad Social en su beneficio, impulsaron su carrera, los aprovecharon para convivir con sus familias y tejieron una red de amistades, pues las actividades que se imparten en estos Centros motivan a grandes y pequeños y les llenan de energía, y fomentan la integración familiar y social, al ser un espacio de convivencia y desarrollo. La actividad física y el deporte promueven el carácter, la cultura del esfuerzo, la cohesión social y el bienestar no solo físico sino social; por lo que, al fomentarlos, se promueve una mayor calidad de vida, lo cual representa el inicio de un nuevo rumbo institucional.

### Sus orígenes

En 1952, en una clínica del IMSS en la Ciudad de México, un grupo de médicos comenzó a llamar a las madres para darles consejos pediátricos que pudieran mejorar la salud de sus hijas e hijos, iniciándose la promoción de actividades recreativas y deportivas para la población derechohabiente, dando origen a la Casa de la Asegurada.

En 1955, con Antonio Ortiz Mena al frente del IMSS, se inauguró el Parque de Beisbol del Seguro Social, ubicado en lo que ahora es el centro comercial Parque Delta en la Ciudad de México, sobre la avenida Cuauhtémoc. México organizaba los II Juegos Panamericanos y comenzó con el pie derecho.

El estadio, con capacidad para 25 mil personas, fue inaugurado con una serie internacional entre los Gigantes de Tokio contra una selección mexicana de profesionales, que antecedió al torneo de beisbol de los Juegos Panamericanos y, posteriormente, a su uso por parte de la Liga Mexicana de Beisbol.

Erigido como un símbolo del México moderno, el Parque del Seguro Social fue visitado por el comisionado de las Grandes Ligas, Ford Frick, para confirmar la capacidad de una institución como el IMSS para instalar un alumbrado perfecto, cuando muchos parques en Estados Unidos carecían del mismo para sus juegos nocturnos.

Desde entonces y durante cinco décadas, este estadio fue el máximo escenario en el país para el “rey de los deportes”. Beto Ávila, primer mexicano en ganar un campeonato de bateo en la Liga Americana jugando para los Indios de Cleveland y ganar una Serie Mundial, llegó a jugar con los Tigres de la capital en el Parque del Seguro Social.

En 1957, las ligas infantiles de beisbol nacional utilizaron el Parque del Seguro Social para el desarrollo de sus campeonatos, pero fue hasta 1958, con el Presidente Adolfo López

Mateos, que se tomaron medidas para fortalecer la integración familiar y comunitaria con la intención de propiciar el acceso de las actividades recreativas, deportivas, educativas y culturales; convirtiendo las Casas de la Asegurada en Centros de Seguridad Social. En estos espacios comenzó a surgir la idea de que, para mejorar la salud de la clase trabajadora, se requería más que contar con servicio médico y se le dio mayor impulso al deporte.

Este fue el primer antecedente de las Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva que el IMSS desarrollaría con el tiempo. En esa misma época, el Instituto recibió por primera vez la solicitud para portar el logotipo en un uniforme deportivo, por parte de diversos equipos dedicados al montañismo, voleibol y softbol.

### **Desarrollo de la infraestructura**

Bajo el liderazgo del Director General, Benito Coquet Lagunes, el Instituto extendió en 1959 la cobertura de servicios a las clases más marginadas, imposibilitadas para retribuir ese servicio, otorgando una luz de esperanza a miles de mexicanas y mexicanos, entre los que se incluyeron quizás los deportistas más humildes de todos: los boxeadores.

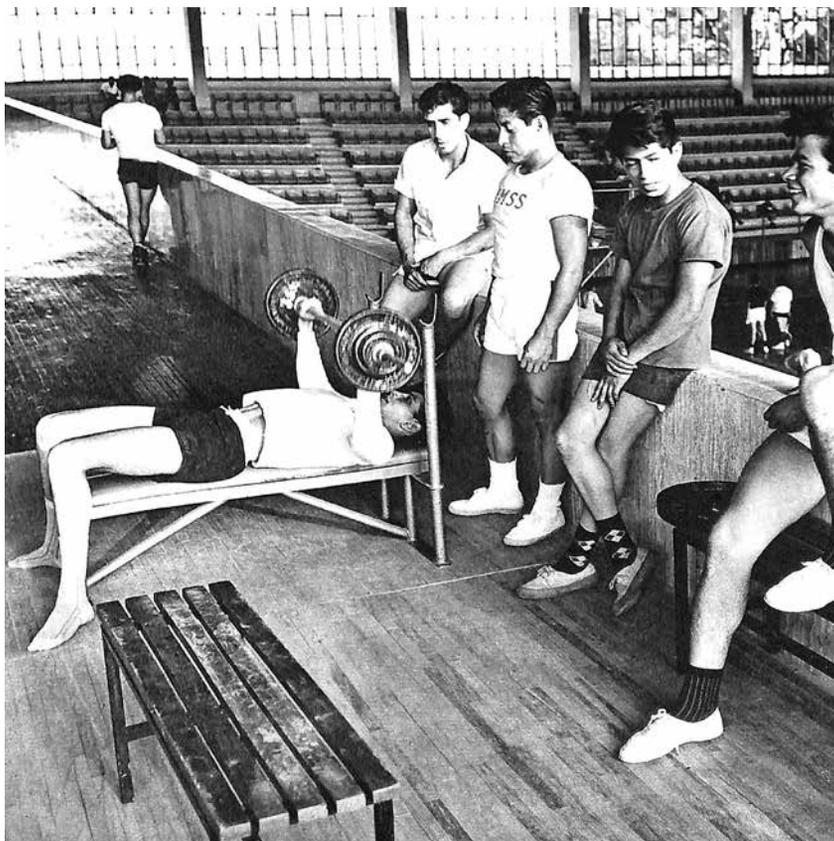
El escritor y periodista Luis Spota, al frente de la Comisión de Box del entonces Distrito Federal, acordó con Adolfo López Mateos, llamado “Presidente, amigo de deportistas”, la afiliación de los pugilistas al Seguro Social. Fue así como, el 20 de abril de 1959, se realizó la firma del primer convenio del Instituto con el deporte, marcando un hito en la historia de las prestaciones sociales, pues nunca un país había ofrecido un seguro médico a sus deportistas.

Este convenio trajo beneficios para miles de familias de los púgiles, que se beneficiaron con esta prestación. Durante más de cinco décadas, el IMSS atendió a centenares de esposas de boxeadores y sus hijas e hijos, a cambio de la pequeña contribución que hacían a través de sus actuaciones en la Ciudad de México. Campeones como Vicente “El Zurdo de Oro” Saldívar, Rubén “El Púas” Olivares Ávila, Romeo “Lacandón” Anaya Malpica y José Isidro “Pipino” Cuevas González ayudaron a incrementar el fondo para pagar el Seguro Social con sus actuaciones en la metrópoli mexicana y permitieron que miles de pugilistas, quienes jamás alcanzaron su gloria, al menos pudieran contar con servicio para sus curaciones y atención médica para su madre, padre y descendientes.

En 1960, con la construcción del Hospital “La Raza” y del Centro Médico Nacional, se incorporó a los criterios de organización la necesidad de cambiar las condiciones que afectaban directamente la salud de la población. Esta nueva visión llevó a la creación de la Dirección de Higiene para la Salud, de la que derivaría el Departamento de Educación Física y Deporte que, junto con la construcción de nuevos hospitales, empezaría a cambiar la concepción sobre la salud, dando paso a la necesidad de incluir la prevención de enfermedades a través de la activación.

Con la iniciativa del Director General, Benito Coquet, y el respaldo del Presidente Adolfo López Mateos, al comenzar la década de 1960 se incrementó sustancialmente la infraestructura deportiva. La Unidad Cuauhtémoc, construida en 1960, representó el primer gran proyecto urbanístico que trataba de recuperar el concepto del Deportivo Plan Sexenal para impulsar la práctica del deporte a nivel masivo. Las grandes aglomeraciones urbanas requerían desarrollo deportivo para garantizar una sana convivencia y esparcimiento social. Los periódicos la anunciaron como un proyecto descomunal, tanto por el espacio como por la cantidad de servicios que brindaría.





- Las instalaciones del IMSS rápidamente se volvieron atractivas para adolescentes y jóvenes, lo que derivó en un semillero y escaparate de talento deportivo que requería guía e impulso.

Era la época en la que muchas casas carecían del servicio de baño privado, por lo que la construcción de dos albercas para derechohabientes del IMSS era motivo de admiración.

Vendrían luego la Unidad Independencia, inaugurada también en 1960, y la Unidad Morelos, en 1962. Por primera vez se garantizaba el acceso para que las grandes masas pudieran practicar un deporte allí, a la vuelta de su casa. En nuestro país no se conocía el concepto de que en el deporte la masividad atraería la calidad, un término acuñado en los países socialistas, de los que poco o nada conocíamos en México, pero el IMSS había sembrado una semilla de la cual germinarían los más prestigiados entrenadores y deportistas de México de las siguientes dos décadas.

### **Un campeón olímpico**

Cuenta el entrenador nacional de clavados Jorge Rueda que su padre, peón de obra, solía llevarlo a ver el avance de la construcción de la Unidad Morelos. El humilde trabajador dibujaba en el aire, para su hijo, el espacio donde estarían la alberca y el gimnasio, mientras el pequeño Jorge se imaginaba esa poza azul en la que quería pasar el resto de su vida (IMSS, 2015a, p. 45).



- En un México en pleno desarrollo urbano y con zonas carentes de servicios públicos, como el agua potable o el drenaje, contar con una alberca cerca de casa era un privilegio para jóvenes, niñas y niños.

Las instalaciones del Seguro Social rompieron el dominio de los clubes privados, como el Deportivo Chapultepec y la YMCA, los cuales habían aportado a las primeras grandes figuras del deporte mexicano, como Joaquín Capilla. A los boxeadores los producían los cientos de gimnasios que existían en la capital, a los tiradores de pistola y escopeta, esgrimistas y jinetes, el Ejército Nacional.

Los equipos del IMSS se convirtieron en los invitados incómodos del deporte mexicano. Hay quienes recuerdan con alegría a las decenas de madres de familia llevando en sus bolsas de mandado las tortas, la toalla y el traje de baño de sus hijas e hijos para las competencias, rompiendo el paisaje elitista en muchos escenarios deportivos.

La designación de México como sede olímpica, anunciada en 1963, ofreció nuevos bríos a la actividad deportiva del país e inauguró horizontes desconocidos para los profesores que laboraban en las instalaciones deportivas del Seguro Social, como fue el caso de Arturo Rivera, mejor conocido como “El Cavernas”, entrenador en la Unidad Independencia, quien descubrió en el deportivo privado Vanguardia a un muchacho llamado Felipe Muñoz y se lo llevó a las instalaciones del Seguro Social. El chico, siempre quejoso de la temperatura del agua porque estaba muy fría o caliente, se ganó su mote legendario del “Tibio”, se pasó entonces a la Unidad Morelos, donde se convirtió en la gran figura de la nueva generación y con muchas reticencias fue invitado a unirse a los entrenamientos del equipo de natación de México, que se preparaba en el Centro Deportivo Olímpico Mexicano para los Juegos de 1968.

En 1964 fue inaugurado el Centro Vacacional Oaxtepec, sede de la concentración de la Selección Mexicana de Natación, donde se encontraban “El Tibio” Muñoz, Victoria Casas, Marcia Arriaga y Alfonso Álvarez. Afortunadamente, otro niño que entrenaba en la

Unidad Morelos, de nombre Carlos Girón, era incentivado por su novel entrenador, Jorge Rueda, para formar parte de la ceremonia inaugural de la competencia de clavados de los Juegos Olímpicos.

Nadie puede calcular el impacto que tuvo entre la comunidad deportiva del Seguro Social la Medalla de Oro lograda por Felipe Muñoz en la prueba de 200 metros estilo de pecho. Es imposible cuantificar las lágrimas derramadas por millones de connacionales cuando se cantó el Himno Nacional y el efecto que esto dejó en cientos de niñas, niños y adolescentes que al día siguiente salieron a jugar a ser campeones olímpicos. La única prueba material de ese impacto fue la monumental estatua de bronce colocada en la entrada de la Unidad Morelos, a la que se unió luego la de Carlos Girón, cuando se convirtió en subcampeón olímpico en los Juegos de Moscú 80 (IMSS, 2015a, p. 45).

- La actividad física pasó de pasatiempo para los más pequeños de la casa a ser una disciplina de varias generaciones, incluso, una profesión para los talentos que destacaron en su deporte.



El Instituto perpetuó la personalidad de su más grande estrella deportiva, realizando anualmente el Festival Acuático Felipe “Tibio” Muñoz.

Carlos Girón, Francisco Rueda y Salvador Sobrino integraron una de las mejores selecciones de clavados del IMSS, la cual produjo una medalla olímpica y varios entrenadores de la disciplina, sin olvidar al gran Jesús Mena, quien consiguió la medalla de bronce en trampolín.

El IMSS no solo ha sido escuela de deportistas, también de grandes directivos que luego se proyectaron a nivel nacional como Nelson Vargas e Ivar Sisniega.

El plan maestro había logrado otro de sus grandes objetivos. El IMSS seguía siendo una cantera inagotable de talento, demostrado en la rudeza de las pruebas internacionales. Otros en cambio, vieron en Seúl 88 la última oportunidad de su vida deportiva. Tal es el caso de Ivar Sisniega, quien se posicionó como el mejor pentatleta mexicano de la historia y puso fin a su carrera para estudiar una Maestría en Europa (IMSS, 2015a, p. 111).

Otro ejemplo es el olímpico Raúl González, quien fue nombrado presidente de la Comisión Nacional del Deporte (1988-1994), creada por el Presidente Carlos Salinas de Gortari para tratar de mejorar los resultados deportivos de México. En 1991, ingresó su currículum a un comité que evaluaba una reestructuración del área deportiva del Seguro Social. El IMSS tenía hasta entonces muchas restricciones para el alto rendimiento, principalmente por sus elevados costos. En tanto, Ivar Sisniega, entonces Director General de la Conade (1994-2000), propuso durante su gestión la creación de un fideicomiso

que pudiera generar recursos adicionales a las entidades deportivas, el cual fortaleció en acciones y reconocimiento al Fideicomiso para el Desarrollo del Deporte del IMSS (FideIMSS), fundado el 17 de julio de 1991, destinado a generar recursos propios que pudieran invertirse en su infraestructura.

El plan pareció viable teniendo en cuenta que el Estado había desincorporado más de 500 empresas paraestatales de 1986 a 1990, y otras 300 entre 1990 y 1994, para enfrentar un estancamiento económico reflejado en un crecimiento promedio de 0.18% del PIB, que generaba un impacto en las finanzas del Seguro Social, producto de la escasa creación de nuevos empleos. El Departamento de Educación Física del Instituto se transformó en la Dirección de Educación Física y Deporte, que consiguió el respaldo de empresas privadas para que lograra crear eventos como la Copa IMSS de Atletismo. En este evento actuaron desde el plusmarquista Javier Sotomayor y el tornado del Caribe Ana Fidelia Quiroz, hasta los corredores Ana Guevara y Alejandro Cárdenas, quien contó con el respaldo del Seguro Social para poder convertirse en el primer medallista mundial de 400 metros, abriendo caminos impensados para el deporte mexicano.

La gala de gimnasia del Seguro Social se convirtió en otra de sus competencias internacionales, con la participación de representantes del Seguro Social como Alejandro Peniche y Telésforo Pineda, quienes rompieron el dominio cubano en los Juegos Centroamericanos en la década de 1990 y en los Juegos Panamericanos de 1991 para ganar una medalla de bronce por equipos, inédita para México desde 1975.

En la primera Olimpiada Juvenil, en 1996, los equipos del Seguro Social se posicionaron en el tercer lugar nacional, dando una muestra del vigor latente de una institución dedicada al deporte y la salud. Desde 1996 y hasta 2000, casi 2,500 niñas, niños y jóvenes representaron al Seguro Social en 19 deportes. La mayoría entrenados por técnicos pertenecientes a la Escuela Nacional de Entrenadores del IMSS, misma que se incorporó al Sistema de Capacitación y Certificación de Entrenadores Deportivos (SICCED), de la Comisión Nacional del Deporte (Conade), el cual validó a 13,256 expertos para 2000.

Con atletas como Mauro Máximo De Jesús y el apoyo del IMSS comenzó la integración, desarrollo y fomento del deporte paralímpico en México. Por otra parte, Alberto Acosta, Jorge Rueda y María José Alcalá Izguerra se convirtieron en las nuevas figuras del IMSS, con el apoyo de las autoridades del Instituto como el Director General Genaro Borrego Estrada.

### **El deporte incluyente**

—Si no fuera por el Seguro Social, yo estaría arrumbada y sola en mi casa, le confesó a un reportero cierta niña invidente que decidió abandonar Tijuana para venirse a estudiar a la Escuela de Ciegos, en el entonces Distrito Federal. El periodista deportivo Arquímedes Lozada recuerda la emoción que transmitía la jovencita cuando contaba su ingreso a la Unidad Morelos, el único lugar donde dejaban correr sin problemas a gente como ella, en una época en la que ni en la calle se ofrecía nada para la gente discapacitada (IMSS, 2015a, p. 119).

Los primeros Juegos Nacionales Deportivos sobre Sillas de Ruedas se llevaron a cabo en 1972 en la capital del país, con el apoyo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), pero fue el respaldo del IMSS, el ISSSTE y la UNAM lo que propició su éxito al colaborar con los entrenamientos, el traslado y hasta las giras de los primeros jóvenes que decidieron participar. En 1988, con la creación de la Conade, se comenzaron a ofrecer apoyos principalmente a deportistas en sillas de ruedas, pero hacia 1992 el Seguro Social contaba con su propio equipo paralímpico que lo representaba tanto a

nivel nacional como internacional, lo que comenzó a generar una cultura de atención para las personas con discapacidad en todo el país.

En la década de 1990, el IMSS volvió a tener 25 asociaciones deportivas muy fuertes que promovían alrededor de 30 competencias nacionales e internacionales al año. Con la llegada de Roberto Pérez Rasgado, como director de Deportes, se crearon nuevos eventos, como la primera superclase de aerobics, realizada en un abarrotado Parque del Seguro Social; un Festival de campeones de basquetbol y una nueva Copa IMSS de futbol para niñas y niños de todas sus Delegaciones (IMSS, 2015a, p. 119).

La designación de Jesús Mena, seleccionado del Seguro Social y su último medallista en 1988, como abanderado para los Juegos Olímpicos de Barcelona 1992, hizo perder de vista a más deportistas de la gran escuela de talentos del Instituto, como un joven que llegó desde bebé a las instalaciones de la Unidad Cuauhtémoc de nombre Fernando Platas; el otro es Alberto Acosta, un novato que calificó apretadamente al equipo olímpico de clavados en ese año. Daniel García Córdoba se convirtió en el primer marchista del IMSS que logró un campeonato del mundo en atletismo, al ganar los 20 kilómetros de caminata en 1997.

El nuevo milenio trajo renovación de éxito para el IMSS, pues regresaba al pódium olímpico en Sídney con Fernando Platas. Pasaron 6 años para que el IMSS tuviera al último de sus héroes olímpicos. El destino parecía haberse olvidado de Fernando Platas, cuando se quedó en las dos finales de los Juegos Olímpicos de Atlanta, pero el hijo pródigo de la Unidad Cuauhtémoc sería protagonista de la batalla de la Bahía de Harbour, en Sídney, la final más disputada de clavados en toda la historia olímpica, donde ganó la 10ª medalla olímpica para México en clavados, en la última gran historia escrita con el puño de atletas nacionales que se desarrollaron en las instalaciones del IMSS.

### **El IMSS ante el nuevo milenio**

A partir de 2000, las políticas deportivas del Seguro Social volvieron a orientarse al deporte, como una herramienta de prevención contra enfermedades crónicas no transmisibles.

La llegada de figuras como el medallista olímpico Ernesto Canto a la División de Cultura Física y Deporte del IMSS permitió promover carreras atléticas en diversos estados, así como actividades físicas terapéuticas, que son ampliamente difundidas en las 11 unidades deportivas del Instituto.

Además de servir a casi 60% de la población derechohabiente de los servicios de salud en el país, el Seguro Social también ofrece sus instalaciones para cursos de verano a más de 13 mil niñas y niños en todos los estados, con el objeto de incentivarlos en la práctica de actividades físicas, lúdicas y recreativas.

El apoyo a deportistas con discapacidad mental se mantuvo inalterable, lo mismo que la organización de nuevos eventos, como la Copa de Voleibol de Playa, que se sumaron a los tradicionales como la Carrera Cuautla-Oaxtepec, que en 2011 cumplió 25 años de realizarse.

### **Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva**

A partir de 2014, el IMSS reformó y reestructuró a fondo sus bases en materia de activación física, dando paso a sus Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva en las disciplinas tradicionales del Instituto como natación, basquetbol, futbol, atletismo y voleibol. Dicho programa institucional fue publicado en el Diario Oficial, el 28 de abril de 2014; en ese año, Rafael Márquez, capitán de la Selección Mexicana de Futbol, fue invitado como imagen para la promoción de las Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva del Instituto.



- Las actividades recreativas y deportivas en instalaciones del IMSS evolucionaron a las Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva, así como a los Festivales Deportivos de Medallistas Olímpicos.



- Al final de la década de 1970, el Club Atlante formó parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que ayudó mucho a la promoción del fútbol en varias generaciones de jóvenes.

Con el fin de continuar con actividades promocionales que tuvieran una motivación especial para jóvenes, niñas y niños, se lanzó el Festival Deportivo de Medallistas Olímpicos que reunía, año con año, a más de 1,300 deportistas de diferentes estados en el Centro Vacacional de Oaxtepec en disciplinas como fútbol, basquetbol, voleibol, natación y atletismo.

Desde 2013 se conserva intacto el recuerdo de los grandes héroes del IMSS, pero también se promueve la búsqueda de sus sucesores entre las y los participantes, recurriendo a las raíces del Instituto en honor a los medallistas olímpicos Felipe Muñoz, Jesús Mena, Carlos Girón y Fernando Platas (IMSS, 2015a, p. 139).



- La fama del IMSS ha permitido la celebración de encuentros o clínicas deportivas con estrellas de la NBA, la NFL o la MBL en partidos de basquetbol, futbol americano o beisbol.

Las instalaciones del IMSS, como el Centro Vacacional Oaxtepec, mantienen su vocación de servicio para todo tipo de deportistas, siendo sede de competencias como las Olimpiadas Especiales IMSS en 2014, donde deportistas con discapacidad mental ofrecen un ejemplo de perseverancia y esfuerzo a toda nuestra sociedad (IMSS, 2015a, p. 143).

Desde 2013, el IMSS realiza diversos seriales de carreras, por ejemplo: la Carrera Navideña en calles de la capital del país y la Carrera Padres e Hijos, por la que, en 2013, el IMSS se hizo acreedor al Récord Mundial Guinness al imponer el mayor número de parejas participantes en una carrera de este tipo y que en 2014 convocó a 9 mil familias, quienes socializaron y se divirtieron con competencias en ruta y actividades de basquetbol, fútbol y fútbol americano que se realizaron en instalaciones del IMSS, en la Ciudad de México.

El prestigio del Instituto Mexicano del Seguro Social en el deporte ha motivado que marcas internacionales como la NBA o la NFL, provenientes del deporte profesional de la Unión Americana, se sumen a sus programas deportivos con Clínicas de Capacitación entre las niñas y los niños, así como torneos recreativos. Tan solo en 2014, la Clínica NBA FIT permitió que basquetbolistas de 13 Delegaciones (actualmente Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada) pudieran mejorar su práctica, bajo la asesoría de técnicos preparados por la liga profesional de baloncesto más importante en todo el mundo.

En 2014, los cambios a la Ley de Estímulos y Recompensas permitieron que las instituciones públicas pudieran ser acreedoras al Premio Nacional del Deporte, el cual hasta entonces solo se había entregado en 1995 a una institución civil, el Pentatlón Deportivo Militarizado Universitario.

Todo este esfuerzo interesado en la salud, la activación física, la lucha contra la obesidad infantil, el sedentarismo y todas las prácticas que motivan enfermedades relacionadas con la falta de actividad llevaron al Gobierno de la República a reconocer este trabajo, al otorgar de manera unánime, por voto de instituciones y medios de comunicación, el Premio Nacional al Mérito Deportivo en 2014 al IMSS, basados en su aportación para el desarrollo, preservación y difusión del deporte, y con ello para la salud de millones de mexicanas y mexicanos. Con este incentivo, la División de Cultura Física mantiene sus programas de activación física continuos, abiertos a la población en general, para lograr que el deporte se convierta en la mejor herramienta contra el incremento de padecimientos como la diabetes, la hipertensión y los problemas cardiovasculares entre la población mexicana.

A inicios de la administración 2013-2018, específicamente en 2014, María Jose Alcalá Izguerra, en su carácter de representante del Deporte del IMSS solicitó en el Pleno del Sistema Nacional de Cultura Física y Deporte (Sinade) se le dejara de considerar como participante del Sistema Nacional de Cultura Física y Deporte, esto como consecuencia de la reforma a la Ley General de Cultura Física y Deporte, de las limitaciones presupuestales y de las estrategias de promoción de los proyectos de desarrollo del deporte.

Esto significó que el IMSS viera mermada su capacidad de generar atletas de alto rendimiento, dejar de ser la base de las selecciones nacionales de las principales disciplinas practicadas en el país y dejar de allegarse recursos por concepto del deporte de alto rendimiento, ya que durante el periodo de 2015 a 2018 no se obtuvo apoyo a este deporte.

En 2015, siendo Director General del Instituto el Lic. José Antonio González Anaya, la Conade otorgó al IMSS el reconocimiento de Órgano de Cultura Física y Deporte, mediante el Registro Único del Deporte No. 071E89E7A88D5C6. El reconocimiento otorgado por la Conade reafirma al IMSS como una entidad promotora de la cultura física y el deporte, a través de sus programas, cursos, talleres, eventos y pláticas al nivel de una entidad federativa (Institutos del Deporte Estatales), esto lo faculta para organizar la práctica física y deportiva a su interior, así como a tener representación en el Sistema Nacional de



Cultura Física y Deporte ante las Asociaciones Deportivas Nacionales y otros organismos, y participar en las decisiones e integración de los planes nacionales de cultura física y deporte. Dicho reconocimiento ha sido refrendado año con año, mediante las Reglas de Operación del Programa de Cultura Física y Deporte, siendo las vigentes las publicadas el 14 de marzo de 2019 en el Diario Oficial de la Federación (IMSS, junio de 2019).

El 9 y el 10 de abril de 2019, siendo Director General del Instituto, el Mtro. Zoé Robledo Aburto, en el marco de la Primera Sesión Ordinaria del Consejo Directivo del Sinade, y en la Primera Sesión Ordinaria del Pleno del Sinade se sometió a consideración de dichos cuerpos colegiados la solicitud del IMSS de regresar al Sistema Nacional de Competencias, lo cual fue votado y aprobado mediante el Acuerdo No. 03.ISO.CD.2019.

En virtud de lo anterior, se hizo del conocimiento del H. Consejo Técnico del IMSS el reingreso del IMSS al Sistema Nacional de Competencia, en su calidad de Órgano de Cultura Física y Deporte, conforme al reconocimiento otorgado por la Conade.

El H. Consejo Técnico del IMSS instruyó a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales la elaboración y emisión del Estatuto del OdelMSS, como estrategia deportiva para el desarrollo del deporte competitivo institucional, el cual fue publicado el 11 de noviembre de 2021 en el Diario Oficial de la Federación.

Conforme a lo anterior, se reglamentó la operación del OdelMSS a través de un estatuto que permitiera el desarrollo del Deporte Competitivo y Federado de atletas del IMSS, estableciendo las condiciones necesarias para regresar al Sistema Nacional de Competencia mediante la creación de asociaciones deportivas institucionales, ligas y clubes al interior del IMSS, que fomentaran la práctica competitiva del deporte y así retomar el papel de semillero de grandes deportistas que históricamente ha tenido el Instituto.

### **La visión pospandemia del deporte en el IMSS**

Derivado de la pandemia por COVID-19 y ante la inminente necesidad de ofrecer, a derechohabientes y no derechohabientes del Instituto, acceso a la cultura física y el deporte se buscó reactivar los eventos y actividades deportivas para contribuir a la salud física y emocional de la ciudadanía, principalmente por las drásticas medidas de confinamiento que experimentaron.

A pesar de las múltiples dificultades que suponía la reapertura de las instalaciones deportivas y ante la gran preocupación por reactivar las actividades dentro de los Centros de Seguridad Social y Unidades Deportivas a lo largo de todo el país, gracias a los esfuerzos de los casi 450 docentes de Cultura Física y de las autoridades de las Unidades Operativas en los 35 OOAD, en apego al semáforo epidemiológico y a las medidas sanitarias vigentes; durante el ejercicio 2022, se registraron 193,796 personas inscritas y 3'383,161 asistentes en la oferta de servicios en diversas disciplinas deportivas, tales como basquetbol, voleibol, futbol, natación, atletismo, clavados, así como otras actividades físicas que se desarrollan en todas sus instalaciones.

Un claro ejemplo del esfuerzo que se realiza día con día es el Curso Vacacional Recreativo, el cual, en 2022, contó con 975 inscripciones y 16,359 asistencias en el formato presencial y más de 10 mil espectadores de las clases virtuales.

La pandemia nos forzó a ser personas más creativas y aprovechar las facilidades que brindan las tecnologías; de esta manera se implementaron las clases virtuales “Bienestar para tu salud”, en las cuales semanalmente se promueve la actividad física y el deporte como parte de un estilo de vida saludable.

Durante los últimos días de agosto y los primeros de septiembre se participó activamente como sede de los Juegos Nacionales de la Comisión Nacional de Cultura

Física y Deporte (Conade) 2021, en las disciplinas deportivas de ajedrez y basquetbol, realizadas en el Complejo Cultural “Los Pinos” en la Ciudad de México y en el Centro Vacacional IMSS Oaxtepec, respectivamente, contaron con la asistencia de 295 participantes de ajedrez y 586 de basquetbol.

A finales de 2021 se suscribió convenio de colaboración con la Federación Mexicana de Fútbol (Femexfut) en el que se sustentaron las bases para la implementación del primer curso de actividad física (Jugamos Todos) en CLIMSS, con 2,810 inscripciones al 31 de agosto de 2022 y un total de 915 personas aprobadas.

A través de la estrategia deportiva, se ha reestructurado el Modelo de enseñanza-aprendizaje en 16 disciplinas deportivas implementadas en 24 talleres y 75 cursos en donde destacan por su preferencia los que se imparten en natación —en todas sus modalidades—, basquetbol, voleibol, futbol, box, beisbol y taekwondo, además se imparten en 18 Escuelas de Iniciación y Formación Deportiva que abren camino a otras 11 disciplinas deportivas más; además de 18 actividades físicas dirigidas a despertar el gusto por el ejercicio y el deporte en general, que se imparten en los Centros de Seguridad Social, Unidades Deportivas y de Convivencia Social, de manera individual, grupal o masiva.

Como parte de la nueva visión, incorporada por el titular de la Coordinación Técnica de Cultura Física y Deporte, Lic. Héctor García Antonio, durante el cierre del ejercicio 2021 se desarrolló la Estrategia Integral Deportiva, en la que, a partir de la implementación de un modelo deportivo incluyente y de largo alcance, busca generar las condiciones técnicas y de infraestructura para la práctica deportiva; detectar talentos deportivos para la conformación de equipos representativos del IMSS; promover la actividad física, deporte y recreación en el ámbito laboral, así como el establecimiento de vínculos interinstitucionales y con la iniciativa privada a efecto de impulsar, fomentar y desarrollar la cultura física y el deporte en el IMSS.

Para la operación de esta estrategia, el Instituto aprobó el Programa Nacional de Activación Física para la Salud, así como el ejercicio de presupuesto adicional, que más que un gasto es una inversión costo-efectivo, en donde el retorno a la inversión que en la actualidad se realiza se verá reflejado en la disminución de las enfermedades físicas y mentales de la población mexicana.

La meta es incorporar a 4.5 millones de personas usuarias del IMSS al Programa Nacional de Activación Física para la salud, durante el primer año de su aplicación, impactar a 20% de estas en los próximos 3 años e incidir en la práctica y fomento de la activación física en los próximos 10 años.

Este programa busca generar las condiciones para que el IMSS se posicione como el principal promotor de la actividad física y el deporte en el país, desde una perspectiva accesible, incluyente, práctica, de fácil realización, gratuita y autogestionable.

Se tiene el propósito de impulsar una cultura física efectiva en la población derechohabiente y sus familias para hacer ejercicio y promover su condición física saludable, con el impacto inmediato de la reducción de precondiciones desfavorables para la salud, así como de la incidencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad.

El Seguro Social, mediante el impulso del Programa Nacional de Activación Física para la Salud, realizará obras de modernización de la infraestructura deportiva, con el fin de impulsar una cultura física efectiva para las poblaciones derechohabiente y usuaria, a través de cuatro ejes estratégicos: Deporte social, Deporte laboral como parte del programa ELSSA (Entornos Laborales Seguros y Saludables), Deporte competitivo,

y Vinculación y liderazgo deportivo del IMSS. Contará con cuatro acciones principales: 1) generar las condiciones técnicas y de infraestructura para la práctica deportiva; 2) promover la actividad física, deporte y recreación en el ámbito laboral; 3) identificar talentos deportivos para la conformación de equipos representativos del IMSS de alto nivel, y 4) establecer vínculos interinstitucionales y con la iniciativa privada.

Dentro de los elementos de ELSSA, se promoverá la caminata para interrumpir la conducta sedentaria; un programa de capacitación para las y los promotores en la empresa, orientación, asesoría y seguimiento del programa; actividades físicas y deportivas masivas, torneos y ligas de fútbol, entre otras.

### **De las palabras a los hechos**

La llegada al IMSS de una administración dinámica y proactiva en la recién creada Coordinación Técnica de Cultura Física y Deporte hace pensar que la promoción y desarrollo del deporte nuevamente llevarán a la institución al anhelado posicionamiento en el ámbito deportivo nacional, que sus derechohabientes y sus familias merecen.

Con la firme convicción de seguir promoviendo las Escuelas de Iniciación Deportiva como semillero de talentos deportivos en el IMSS, Juan Toscano-Anderson, primer jugador mexicano campeón en la NBA, y Guerreros por México, del 11 al 13 de julio de 2022 organizaron conjuntamente con la Coordinación Técnica de Cultura Física y Deporte, la Clínica de Basquetbol de Alto Rendimiento, enfocada a impulsar talentos deportivos. Esta se realizó en el Gimnasio de Basquetbol de la Unidad Deportiva Cuauhtémoc del IMSS, ubicada en Naucalpan, Estado de México, con la participación de decenas de jóvenes de 13 a 17 años integrantes de los equipos de basquetbol de las diferentes Escuelas del IMSS, así como de dos entrenadores de la Selección Nacional de México y cuatro asistentes entrenadores del Seguro Social.

Posteriormente, el 4 y el 5 de agosto de 2022, con miras de hacer historia en el país, el IMSS logró por primera vez conjuntar a los tres mejores expeloteros mexicanos de las Grandes Ligas: Fernando Valenzuela, Vinicio Castilla y Teodoro Higuera para inaugurar la 1ª Clínica de Beisbol del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de apoyar e impulsar a jóvenes talentos de entre 13 y 17 años del país, y promover el deporte desde temprana edad en beneficio de la salud. La Clínica forma parte del inicio del Programa Nacional de Activación Física para la Salud IMSS y del arranque de las Escuelas de Iniciación Deportiva de Beisbol, que abrirán sus puertas en diferentes Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) en el país.

El 14 de agosto del mismo año se realizó la Carrera Familiar IMSS 2022, como parte de las acciones del Programa Nacional de Activación Física para la Salud, con el objetivo de que la población realice deporte y actividades físicas para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas y recuperación de la salud.

Todas las acciones que se desarrollaron en el ejercicio 2021-2022 tuvieron el propósito de promover el bienestar social y la adopción de un estilo de vida saludable entre las personas derechohabientes y población en general, mediante la práctica de la actividad física y el deporte.

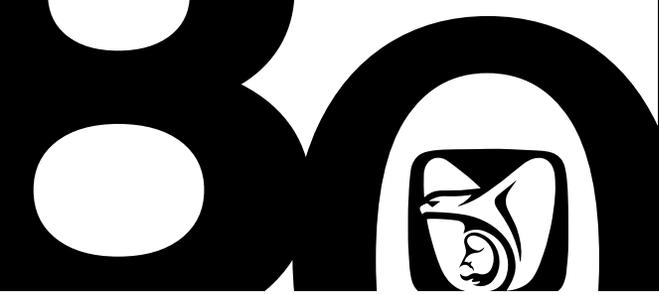
A 80 años de la fundación del IMSS, puede decirse que el vuelo del águila dorada del Seguro Social ha sido largo, pero persiste en buscar mejores horizontes para toda la población de México, con el firme propósito de impulsar el bienestar y la seguridad social también a través de la actividad física y el deporte de forma sistematizada, personalizada, accesible, inclusiva, práctica y de fácil realización.

¡El ejercicio es salud!



# CAPÍTULO V

Información, difusión  
y evolución tecnológica



## **V.1. EL ARCHIVO HISTÓRICO DEL IMSS**

Marco Antonio Orozco Zuarth

### **La importancia del patrimonio histórico documental**

Son innumerables las infaustas pérdidas que ha sufrido nuestra memoria escrita en toda la historia; desde la destrucción de la Biblioteca de Alejandría, nuestros códices prehispánicos, hasta los siniestros ocasionados por las guerras mundiales y revoluciones locales. Podemos afirmar que hemos perdido una gran parte de nuestra memoria como civilización.

Por ello, el patrimonio documental es uno de los temas fundamentales para la agenda de la humanidad y así lo estableció la ONU en el texto titulado Memoria del Mundo, Directrices para la Salvaguardia del Patrimonio Documental de la UNESCO, en donde refiere que: “La memoria del mundo es la memoria colectiva y documentada de los pueblos del mundo —su patrimonio documental— que, a su vez, representa buena parte del patrimonio cultural mundial. Traza la evolución del pensamiento, de los descubrimientos y de los logros de la sociedad humana. Es el legado del pasado a la comunidad mundial presente y futura” (Edmondson R, 2002).

Esta memoria se encuentra en bibliotecas, archivos, museos, hemerotecas, fototecas, oficinas y en cualquier lugar en donde se resguarden.

Muchos países han seguido los lineamientos internacionales y han establecido en sus leyes la importancia de la preservación del patrimonio documental como un derecho y una obligación. En el caso de nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 6, establece el derecho a la información ciudadana. Leyes reglamentarias como la Ley General de Archivos, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley General de Bienes Nacionales, la Ley General de Responsabilidades Administrativas y la Ley de Monumentos y Zonas Arqueológicas establecen las bases para su implementación.

En este contexto, los archivos tienen una función social y esto va ligado al derecho que tiene la ciudadanía a estar informada, que le permite expresar su opinión, sin censura, teniendo la libertad de acceder a los documentos de manera ordenada, ya sea por medios tradicionales o electrónicos. Este derecho además está consagrado en la Declaración

Universal de los Derechos Humanos. Para hacerlo posible, los gobiernos establecen que la información que generan tiene que ser de carácter público, obligándolos a transparentar sus actividades y funciones.

### **El patrimonio histórico documental del IMSS**

Es oportuno concebir y proyectar la visión de que la seguridad social es uno de los principales pilares instituidos por el Estado mexicano moderno. Esta perspectiva se refleja en el Archivo Histórico del IMSS, a través de su patrimonio documental.

El IMSS ha sido fuente de investigaciones e innovaciones en el área de la salud, en la formación y especialización de profesionales en esta área, pionero en trasplantes y tratamientos. Además de ser un promotor e impulsor activo de la cultura y el deporte a través de sus teatros y centros de seguridad social, dando especial énfasis a su labor en apoyo a la mujer y grupos vulnerables con su inserción en el ámbito laboral a través de sus talleres, actividades forjadas inicialmente en las famosas Casas de la Asegurada.

Millones de mexicanas y mexicanos reciben la atención médica y servicios del IMSS, tanto en las grandes ciudades como en las comunidades más alejadas. En coordinación con la Secretaría de Salud, se inmuniza a la población por medio de campañas de vacunación. El Instituto ha apoyado la medicina tradicional, las costumbres y usos de los pueblos indígenas, al crear las Escuelas de parteras y matronas.



- El acervo documental del IMSS constituye la memoria histórica de la ejecución de la seguridad social a la población mexicana, así como prueba de su constante expansión e innovación.

El IMSS también fue pionero en los modelos de urbanización de la década de 1960, a través de sus unidades habitacionales, siendo la Unidad Independencia una de las más emblemáticas de la Ciudad de México, considerada en su momento como pauta para Latinoamérica.

La información que da cuenta de esta labor sustancial para la población mexicana se encuentra en el Archivo Histórico desde los antecedentes, el inicio y la evolución de la institución y esta constituye su patrimonio documental.

Este patrimonio se genera a partir del flujo de información en el que se originan los documentos. Se inicia en el área productora donde se ejecutan las acciones. Luego de haber cumplido con el tiempo específico de guarda, se efectúa una transferencia al Archivo Central de Concentración en donde se hace la valoración secundaria y se determina cuáles de estos documentos poseen un valor histórico, mismos que se transfieren al Archivo Histórico para su conservación y difusión.

Como se puede ver, el patrimonio documental lo generamos todas y todos los servidores públicos y es la División de Administración de Documentos la que, a través del Archivo Histórico, la resguarda para su conservación permanente y la difunde para su conocimiento.

### **Antecedentes**

El primer antecedente que se registra es el Archivo de Correspondencia, que en 1960 se encontraba en la Delegación Azcapotzalco y operaba con la visión anterior de gestión documental, cuando no consideraba aún el valor patrimonial del documento y se enfocaba en considerarlo como medio de traslado de información.

Fue en 1972, con la creación de la Ley Federal sobre Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticas e Históricas, que los documentos relacionados con la historia de la nación, así como los documentos emitidos por las dependencias gubernamentales y estatales fueron considerados monumentos históricos. Como consecuencia, en 1978 se creó el Sistema Nacional de Archivos. El 14 de julio de 1980 se publicó el acuerdo presidencial en el que se dispone que el Archivo General de la Nación será la entidad central y de consulta del Ejecutivo Federal en el manejo de los archivos administrativos e históricos de la Administración Pública Federal (Secretaría de Gobernación [Segob], 1980).

En este contexto, varias dependencias federales, estatales y municipales fueron designando sus propios edificios ex profeso para albergar la documentación histórica acumulada. Así, en 1974, con la creación del Manual de Correspondencia y Archivo de Trámite para las Delegaciones del IMSS, actualmente Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), se hizo necesario establecer un archivo histórico para resguardar la memoria y evolución de la institución. Un año después se asignó un espacio a la documentación histórica recopilada hasta el momento, en el mezanine del edificio de Av. Paseo de la Reforma #476, donde se ubican las oficinas centrales. Este primer repositorio estuvo a cargo de la Profa. Áurea Piña Villalobos, quien comenzó con la organización de los documentos.

En 1980, siguiendo la tendencia en torno a la conformación de archivos y cumpliendo el mandato presidencial, se estructuró el Archivo Histórico del Instituto y pasó a la estructura de la Jefatura de Servicios Generales, y el 24 de octubre de ese mismo año empezó sus funciones.

En 1985, bajo el mandato del Director General, Lic. Ricardo García Sainz, se encomendó a un grupo interdisciplinario el proyecto para la evaluación del patrimonio documental de la institución y la creación de un centro de información para resguardar la documentación generada y conservada en las distintas áreas del Instituto. Posteriormente, se integraron los tres acervos más representativos del IMSS: la Biblioteca Central Médica, el Centro de Documentación y el Archivo Histórico Institucional, y se creó el Centro Único de Información y Biblioteca "Ignacio García Téllez", el cual, desde 2011, se encuentra adscrito a la División de Administración de Documentos.



## Los acervos históricos del IMSS

Los acervos están organizados bajo estándares bibliotecarios, haciendo uso de las Reglas de Catalogación Angloamericana. De acuerdo con la normatividad federal vigente, se implementó un proyecto integral de digitalización para la homologación de sus estándares de descripción archivística, basadas en la Ley General de Archivos y la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, mediante la aplicación de un programa que facilita la consulta y coadyuva a la conservación de los documentos originales.

- Los documentos oficiales del IMSS se encuentran organizados bajo estándares bibliotecarios y las Reglas de Catalogación Angloamericana, pues es incalculable su valor histórico y gubernamental.



## Archivo

El Instituto cuenta con un patrimonio documental importante cuyos orígenes datan de 1943, y se sigue incrementando a la fecha, haciendo un total de 25 mil expedientes en 3,500 cajas AG-12 aproximadamente, en un espacio de 400 metros cuadrados para resguardo y 200 para el área de consulta, procesos técnicos y áreas auxiliares.

Los documentos se refieren a antecedentes, funciones, ámbito y objetivos del IMSS, tales como: Ley del Seguro Social y sus reformas, acuerdos presidenciales y decretos, en relación con la política y organización del IMSS, así como aquella documentación relacionada con el establecimiento del Instituto.

**Sobre el desarrollo y evolución institucional:** informes estadísticos anuales, materiales ofrecidos a la información pública y boletines de prensa; estados financieros, balances actuariales, creación de inmuebles institucionales, incorporaciones al Régimen del Seguro Social; creación y evolución de las Delegaciones Estatales y Regionales, sociedades médicas, civiles, etcétera.

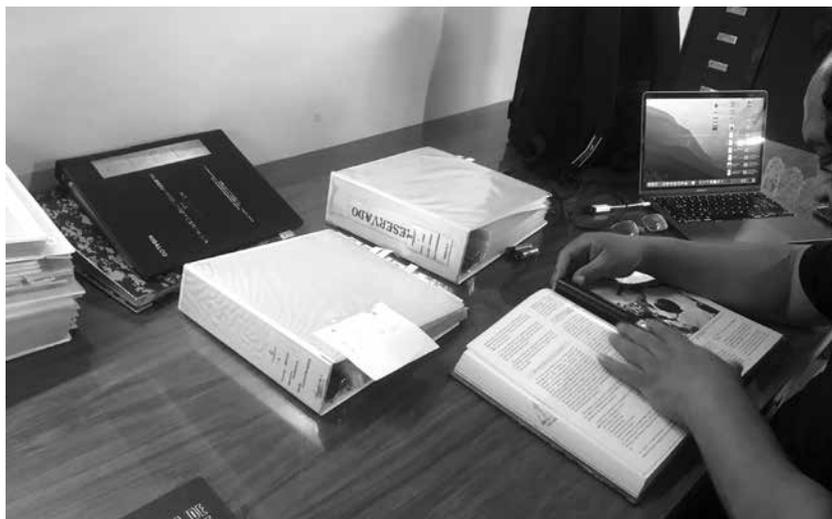
**Sobre legislación y normas:** Reglamentos, Acuerdos del H. Consejo Técnico y dictámenes de carácter jurídico, legislación y jurisprudencia que afecte o regule las actividades del Instituto, Ley del Seguro Social y sus reformas, normas para la operación, etcétera.

**Sobre los recursos humanos:** profesiogramas, perfiles de puestos, plantillas de personal, programas de capacitación y adiestramiento, contratos colectivos de trabajo, tabuladores de sueldos, prestaciones a las y los trabajadores, comisión paritaria, becas, expedientes de personalidades relevantes y documentación relacionada con las

actividades propias de las personas trabajadoras del Instituto. Se cuenta además con 5,582 folletos y carteles sobre diversas actividades y acciones de la institución.

### **Biblioteca**

La biblioteca del Centro Único de Información y Archivo Histórico “Ignacio García Téllez” está constituida por un total de 5,254 libros, aproximadamente, de temas sobre seguridad social, obras gráficas, bibliografías, ponencias, memorias de congresos y los Contratos Colectivos de Trabajo del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS, desde su primera recapitulación en 1944.



- Más de 5,250 libros integran la Biblioteca del Centro Único de Información y Archivo Histórico “Ignacio García Téllez”, mismos que abarcan temáticas como seguridad social, obras públicas y actas, entre otros.

### **Hemeroteca**

Cuenta con dos acervos, uno de publicaciones periódicas y otro de recortes periodísticos que ofrecen al público usuario la posibilidad de conocer la historia del Instituto a través de la óptica periodística por las noticias referentes a la seguridad social aparecidas en los diarios más importantes e influyentes de la época. Las principales revistas son: Cuestión Social, Solidaria, Revista Mexicana de Seguridad Social, Revista a tu salud, entre otras.

### **Videoteca**

Cuenta con 423 títulos de información de seguridad social, eventos institucionales e informes; destacan los documentales de Encuentros Médicos Quirúrgicos, de prevención de enfermedades, calidad de los servicios e historia del IMSS.

### **Planoteca**

Se resguardan 4,948 planos de los diversos edificios e instalaciones del IMSS como son: clínicas, hospitales, centros médicos, Centros de Seguridad Social, teatros, deportivos y Centros Vacacionales. Este material es consultado cuando se intervienen los edificios para su remodelación o reparación.

### **Fototeca**

El patrimonio fotográfico está integrado por 50,549 fotografías que dan cuenta de la memoria gráfica de la institución.

## Digitalización

En 2016, se implementó el Área de Digitalización Documental para brindar un mejor servicio mediante el uso de las nuevas tecnologías bajo la premisa de conservación y facilitación de consulta de documentos históricos. La digitalización de documentación histórica está encaminada a reducir la manipulación de los documentos originales, coadyuvando con ello a su conservación. En el contexto de la pandemia y el confinamiento, esta área fue muy importante pues se brindó el servicio vía electrónica.



- La conservación documental e histórica ha atravesado distintos procesos en 80 años, como la digitalización documental, bibliográfica y fotográfica de material relevante para el IMSS.

## Incremento de acervos

En los últimos meses se ha establecido una relación de intercambio de información con el Archivo General de la Nación y la Fototeca Nacional para incrementar los acervos del Instituto y para recibir asesoría y capacitación especializada en la materia.

## Documentos emblemáticos

De los documentos más significativos destacan los siguientes:

- Acuerdo presidencial que crea la Comisión Técnica de Seguridad Social. 2 de junio de 1941.
- Acuerdo que nombra al Lic. Vicente Santos Guajardo como primer Director General del IMSS; firmado por el Lic. Ignacio García Téllez, Secretario del Trabajo y Previsión Social. 1 de enero de 1943.
- Decreto que establece la Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación No. 15. del 19 de enero de 1943.
- Primer comprobante de ingresos del IMSS acordado por el Presidente de la República, para el inicio de sus funciones, por la cantidad de \$100,000.00.
- Primera nómina para los trabajadores del IMSS.
- Acta de la Primera Sesión del Consejo Técnico del IMSS. 22 de enero de 1943.
- Credencial del primer trabajador del IMSS, Abel Morales Rodríguez (reposición). 2 de febrero de 1950.

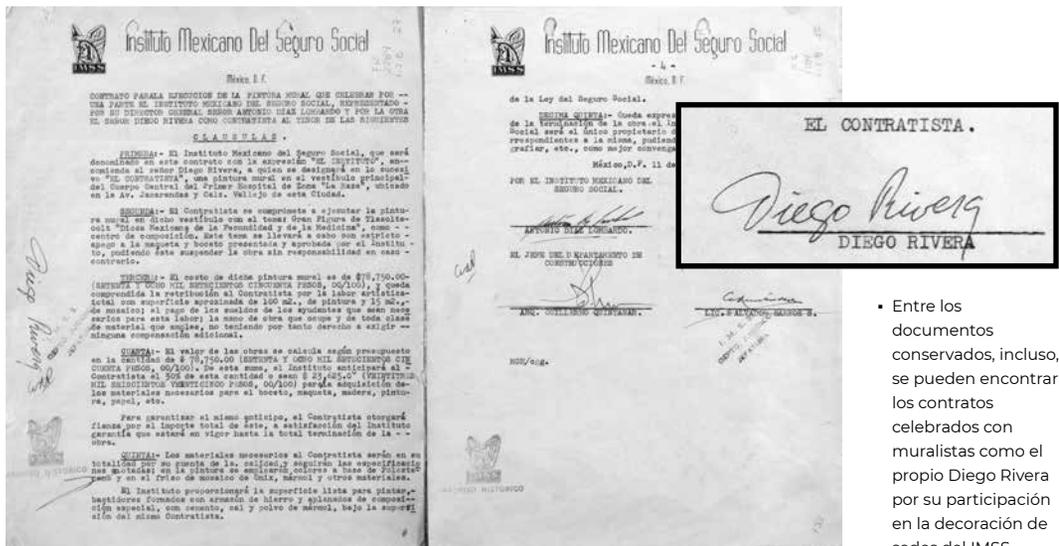
- Primer Contrato Colectivo de Trabajo. 1945.
- Cuadro básico de Medicamentos. Octubre de 1945.
- Contrato de Diego Rivera para pintar los murales en el Hospital "La Raza". 11 de septiembre de 1951.

Del acervo fotográfico destacan las siguientes imágenes:

- Fundacionales: de personajes como Presidentes de la República, Secretarios del Trabajo y primeros Directores Generales, visitantes distinguidos como John F. Kennedy; primer Consejo Técnico del IMSS, el 1 de enero de 1943; reuniones de trabajo, primeras identificaciones del personal, de personas aseguradas y patrones.
- Construcciones, inauguraciones y operación de edificios, hospitales, clínicas, Casas de las Aseguradas, guarderías, Centros Vacacionales, velatorios, tiendas y otros inmuebles.
- De obras de arte como murales, bustos, estatuas y monumentos en diversos edificios.
- De obras de teatro, danza, música y otras representaciones artísticas y culturales.
- De diferentes disciplinas deportivas y campeones nacionales e internacionales.
- De transportes como ambulancias terrestres y aéreas.
- De servicios médicos y campañas de vacunación.

Cabe destacar que el Archivo Histórico proporcionó imágenes para la producción de la multipremiada película "Roma" y otras series. Actualmente, nutre a las diversas áreas para la elaboración de la historia institucional, para exposiciones históricas y publicaciones diversas e investigaciones académicas.

En 2022, bajo la administración del Mtro. Zoé Robledo, se implementó el proyecto Dignificación del Archivo Histórico para dotarlo de un espacio adecuado con mobiliario y equipo moderno para eficientar el resguardo del patrimonio documental y facilitar la consulta y difusión de los acervos.



- Entre los documentos conservados, incluso, se pueden encontrar los contratos celebrados con muralistas como el propio Diego Rivera por su participación en la decoración de sedes del IMSS.

## **V.2. DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y EVALUACIÓN**

Javier Guerrero García

Los antecedentes históricos de la Dirección de Operación y Evaluación (DOE) se remontan a la extinta Coordinación de Asesores de la Dirección General que operó hasta el 16 de diciembre de 2001, fecha en que, derivado del proceso de transformación en la operación del Instituto, se creó la Unidad de Vinculación Institucional conforme a lo señalado en el Acuerdo del Consejo Técnico del IMSS No. 177/2001, del 25 de abril de 2001.

Dicha sustitución se realizó con la finalidad de atender las funciones y aspectos relacionados con la planeación estratégica de las actividades institucionales, así como la vinculación con el Congreso de la Unión y los sectores económico y social, a través de las Coordinaciones Normativas de Relaciones con Organizaciones Privadas y Sociales; Análisis Prospectivo, Técnico y Evaluación de Compromisos, y Vinculación Legislativa.

Derivado de lo anterior, el 17 de diciembre de 2001, a través del Decreto por el que se reforma el Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, inició la operación formal de la Unidad de Vinculación Institucional, con la conformación y las atribuciones establecidas en el citado Reglamento, con 3 Coordinaciones Normativas y 12 puestos de mando homologados.

El 16 de abril de 2003 se autorizó una modificación a la estructura orgánica de la Unidad, en la cual se conservó la denominación de las 3 Coordinaciones Normativas que le dieron origen, y la incorporación de 3 divisiones, 3 subsecretarías de división, 1 departamento administrativo y 7 puestos de mando homologados.

El 16 de julio de 2003 se autorizó una nueva modificación a la estructura orgánica de la Unidad, con las denominaciones de las Coordinaciones Normativas con las que operó para el logro de sus objetivos.

El 26 de octubre de 2005, el Consejo Técnico aprobó una reestructura orgánica del Instituto, en la que la Unidad de Vinculación Institucional asumió la responsabilidad de las funciones de la Coordinación de Evaluación de Impactos y Estudios de Usuarios, que dependía de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, la cual se suprimió en dicho acuerdo.

A fin de atender las recomendaciones emitidas por la Comisión de Vigilancia del IMSS, se llevó a cabo una reestructura en todas las unidades administrativas de Nivel Central. Dicho proceso se realizó con base en lo establecido en el Oficio Circular No. 09 52 17 0500/0036 de la Dirección General del Instituto; el oficio 09 53 38 1C00/098 de la Unidad de Organización y Calidad de la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, y en la Norma que Establece las Disposiciones para Autorizar y Registrar las Estructuras Orgánicas y Ocupacionales de los Puestos de Mando del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En ese contexto, durante el periodo 2011-2012, se implementó el Programa de Reestructura Orgánica Integral del IMSS, en el cual se realizó el reordenamiento de los procesos y el análisis funcional de las estructuras de los órganos normativos, con base en lo establecido en el Acuerdo del Consejo Técnico No. ACDO.SA2.HCT.280312/76.P.DAED, del 28 de marzo de 2012.

De conformidad con lo señalado en la Norma que Establece las Disposiciones para Autorizar y Registrar las Estructuras Orgánicas y Ocupacionales de los Puestos de Mando del Instituto Mexicano del Seguro Social, y con base en los acuerdos del Consejo Técnico, se consideraron procedentes las modificaciones a la estructura orgánica de esta Unidad, que entró en vigor a partir del 1 de abril de 2012.

En el Acuerdo No. ACDO.SA2.HCT.111213/361.P.DAED, del 11 de diciembre de 2013, el Consejo Técnico aprobó que, a partir del 1 de enero de 2014, comenzara a operar la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, en sustitución de la Unidad de Vinculación Institucional, de la que dependerían la Unidad de Evaluación de Delegaciones, las Coordinaciones de Comunicación Social, de Vinculación Institucional y de Asuntos Internacionales.

Con oficio No. 0952171000/314 de fecha 4 de julio de 2014, emitido por la Dirección de Administración, se aprobaron diversas reubicaciones y cambios de denominación en la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones.

De acuerdo con lo señalado en el oficio No. 0952171000/089 de fecha 25 de febrero de 2015, la Dirección de Administración aprobó el cambio de denominación de la Coordinación de Evaluación del Programa IMSS-OPORTUNIDADES por Coordinación de Evaluación del Programa IMSS-PROSPERA, así como de la División de Evaluación de Atención en el Programa IMSS-OPORTUNIDADES por División de Evaluación de Atención en el Programa IMSS-PROSPERA, ambas dependientes de la Unidad de Evaluación de Delegaciones.

Mediante oficio No. 09E1611C00/392 de fecha 13 de mayo de 2015, la Unidad de Organización, Capacitación y Competitividad de la Dirección de Administración aprobó el cambio de denominación de la División de Evaluación Administrativa y Financiera por División de Evaluación de Acción Comunitaria y Verificación de Procesos, y la División de Evaluación de Atención en el Programa IMSS-PROSPERA por División de Evaluación Médica y de Servicios de Apoyo, ambas dependientes de la Unidad de Evaluación de Delegaciones.

En el Acuerdo No. ACDO.SA2.HCT.270416/95.P.DG del 27 de abril de 2016, el Consejo Técnico aprobó que, a partir del 1 de mayo de 2016, la Coordinación de Comunicación Social se transformara en Unidad de Comunicación Social, dependiente de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones.

Asimismo, en dicho acuerdo se determinó que la Coordinación de Administración de Información de Personal y Comunicación Interna, así como la División de Comunicación Interna dependiente de esta cambiaran de adscripción de la Unidad de Personal de la Dirección de Administración, a la Unidad de Comunicación Social dependiente de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, modificando su denominación de Coordinación de Administración de Información de Personal y Comunicación Interna, por la de Coordinación de Comunicación Interna.

En el Acuerdo No. ACDO.AS2.HCT.310816/218.P.DA, emitido por el Consejo Técnico en sesión celebrada el 31 de agosto de 2016, se determinó que el 1 de septiembre del mismo año se creara la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, la cual a partir de esa fecha agregó a su estructura a la Coordinación Técnica de Vinculación Internacional, la División de Asuntos Bilaterales, la División de Asuntos Multilaterales, la División de Seguimiento de Asuntos Internacionales, así como la División de Vinculación con la Administración Pública Federal, todas ellas anteriormente comprendidas en la estructura orgánica de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones.



- Gran parte de la memoria es material fotográfico que ayuda a contar y recordar los primeros 80 años del IMSS, como la protesta del Dr. Germán Martínez Cázares como Director General del Instituto.



De acuerdo con la Norma que Establece las Disposiciones para Elaborar, Autorizar y Registrar las Estructuras Orgánicas, Ocupacionales y Salariales de Puestos de Mando y de Nómina Ordinaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, se estimó procedente la actualización de la estructura de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, la cual consideró la conversión de la Coordinación de Vinculación Institucional a Coordinación Normativa Homóloga dependiente de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, y la transferencia de las Divisiones de Vinculación con Organizaciones Sindicales, de Vinculación con Organizaciones Empresariales y de Vinculación con Organizaciones Sociales para su integración en la Secretaría General, a partir del 16 de febrero de 2018.





- También se preserva la entrega-recepción de la titularidad del IMSS con la salida del Dr. Germán Martínez Cázares y el arribo del Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto como Director General.



- Desde el 22 de mayo de 2019, el Mtro. Zoé Robledo asumió como Director General del IMSS por designación del Presidente de México, Lic. Andrés Manuel López Obrador.



- En enero de 2020, las y los 35 titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada rindieron protesta ante el H. Consejo Técnico en enero de 2020 para ejercer a partir del 15 de febrero.

En la sesión ordinaria del 28 de abril de 2021, el Consejo Técnico dictó el Acuerdo No. ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA, mediante el cual aprobó la modificación a la estructura orgánica de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, así como el cambio de denominación a Dirección de Operación y Evaluación.

Las principales modificaciones fueron las siguientes:

- Su denominación cambió a Dirección de Operación y Evaluación.
- Se incorporó la Unidad de Atención a la Derechohabiencia, con la Coordinación de Atención y Orientación, la División de Atención Ciudadana, la División de Enlace Nacional con las Áreas de Atención y Orientación a la Derechohabiencia, la División de Formación Estratégica en Atención y Orientación y la División de Información y Sistemas de Atención a la Derechohabiencia, todas ellas dependientes hasta entonces de la Dirección Jurídica.
- La Unidad de Evaluación de Delegaciones cambió de denominación a Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados y a esta Unidad se incorporó la Coordinación de Seguimiento a la Operación del Nivel Desconcentrado (ahora Coordinación de Evaluación de Incorporación y Recaudación), dependiente hasta entonces de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones.
- Se creó la Coordinación de Evaluación Administrativa y de Finanzas para depender de la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados.
- Se incorporó la Coordinación de Vinculación con la Coordinación Técnica de Vinculación Internacional, la Coordinación Técnica de Vinculación con la Administración Pública Federal, y la División de Información Estratégica Institucional, todas ellas dependientes hasta entonces de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional.
- A esta última Coordinación se sumó la Coordinación Técnica de Vinculación con el Congreso que dependía de la Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones.
- Se crearon la Coordinación de Operación con la Sociedad Civil y Organismos Autónomos y la Coordinación de Seguimiento a la Operación con Entidades.

- También se conservan todas las actas de sesiones del HCT, al igual que las memorias de la Asamblea General Ordinaria, como la 110, celebrada el 31 de octubre de 2019 en el CMN "Siglo XXI".





- La 111 Asamblea General Ordinaria del IMSS fue la primera que se celebró en el contexto de la pandemia por COVID-19 y tuvo lugar el 24 de octubre de 2020 en Ciudad Acuña, Coahuila.

Derivado de lo anterior, se determinó que, a partir del 3 de mayo de 2021, iniciara la gestión formal de la Dirección de Operación y Evaluación, con la modificación a su estructura orgánica, quedando integrada por las Unidades de Evaluación de Órganos Desconcentrados, de Comunicación Social y de Atención a la Derechohabencia, y por las Coordinaciones Normativas de Vinculación, de Operación con la Sociedad Civil y Organismos Autónomos, de Seguimiento a la Operación con Entidades y Administrativa.

En la sesión ordinaria del 31 de agosto de 2022, el H. Consejo Técnico, mediante el Acuerdo No. ACDO.AS2.HCT.310822/226.P.DA, autorizó el cambio de denominación de la Coordinación de Seguimiento a la Operación con Entidades por el de Coordinación de Análisis, Prospectiva y Seguimiento a la Operación Institucional, así como la reubicación de un puesto homólogo de autorización específica de Jefe de División adscrito a la DOE a dicha Coordinación para convertirse en la División de Análisis Prospectiva.

Asimismo, en la sesión ordinaria del 27 de septiembre de 2022, el Consejo Técnico dictó el Acuerdo No. ACDO.AS2.HCT.270922/264.P.DA, en el cual, de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto de la persona titular de la Dirección de Administración, mediante oficio No. 765, del 18 de agosto de 2022, así como del dictamen del Comité de Administración del propio Órgano de Gobierno, emitido en reunión celebrada el 22 de agosto de 2022, aprobó las modificaciones a las estructuras orgánicas de las Direcciones Jurídica, de Administración, de Operación y Evaluación y de Prestaciones Económicas y Sociales.

Por lo que corresponde a la DOE, la modificación comprendió el cambio de adscripción de la Coordinación de Operación con la Sociedad Civil y Organismos Autónomos y su tramo de control, de dicha Dirección Normativa a la Dirección Jurídica.

Con los movimientos aprobados, la DOE contará con una estructura organizacional integrada por la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados, la Unidad de Comunicación Social, la Unidad de Atención a la Derechohabencia, la Coordinación de Vinculación, la Coordinación de Análisis, Prospectiva y Seguimiento a la Operación Institucional, y la Coordinación Administrativa; estructura y denominación que entró en vigor a partir del 1 de octubre de 2022.

En ese contexto, la DOE es una unidad administrativa operativa, cuyas acciones prioritarias se encaminan a verificar la correcta conducción de los programas de salud,

prestaciones, trámites y servicios que brinda el Instituto a su población derechohabiente y usuaria; mediante las funciones desarrolladas por la Unidad de Atención a la Derechohabiencia (UAD) y la Unidad de Comunicación Social (UCS) que captan peticiones e incidencias relacionadas con dichos temas, mismas que son canalizadas a la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados (UEOD) para ser consideradas en su programa de evaluación.

La DOE construye mecanismos de colaboración operativa territorial con los Órganos Normativos competentes para rediseñar procesos y sistemas acordes a las necesidades sociodemográficas de cada región del país, relativos a la prestación de servicios en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), Órganos Operativos y en el Programa IMSS-Bienestar. Asimismo, determina mecanismos de comunicación oportunos entre los Órganos Normativos competentes con los OOAD y Órganos Operativos, para la resolución inmediata de problemáticas operativas, e identifica la necesidad de establecer vínculos, enlaces y cooperación con el Ejecutivo Federal, el poder Legislativo Federal, los congresos estatales y organismos internacionales, para promover canales de comunicación e implementación de buenas prácticas que garanticen la atención a la población derechohabiente y usuaria.

- Asimismo, resultó histórica la realización de la 112 Asamblea General Ordinaria el 23 de noviembre de 2021 por ser la primera en la historia del IMSS que tuvo lugar en Palacio Nacional, en la Ciudad de México.



### V.3. LA COMUNICACIÓN SOCIAL EN EL IMSS

Gustavo Marcos Cazarín

A la par de la información acerca de la Segunda Guerra Mundial, los diarios nacionales daban a conocer en 1943 los objetivos y la proyección social del naciente Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El proyecto de Ley del Seguro Social del Presidente Manuel Ávila Camacho se concretó con la aprobación de la iniciativa el 19 de enero de 1943, lo que desencadenó diversas reacciones entre la población, desde opiniones favorables hasta fuertes críticas de algunos sectores y medios de información, que se acentuaron al comenzar 1944.

Hacía falta una campaña de información para que la gente se enterara de todo lo que el nuevo Seguro Social iba a significar para la población. Para atender esta emergencia de comunicación, se organizaron conferencias, una de ellas se realizó en el Palacio de Bellas

Artes, a cargo del Presidente Ávila Camacho y del Lic. Ignacio García Téllez, entonces titular de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

El Gobierno Federal llamó a participar a todos los sectores y se dirigió, entre otros, a intelectuales, personas académicas e instituciones, como la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística.

El Centro Patronal hizo saber su conformidad con la creación del IMSS, así como el Círculo Obrero Nacional, que integraba a los representantes de las organizaciones campesinas, además de la CROM, la CROC y la Confederación de Trabajadores de México (CTM).

También hubo publicaciones que se oponían al desarrollo del IMSS, lo que desembocó en protestas que incluían a algunos sindicatos, así como reacciones de apoyo apasionado, como fue el caso de Emilio Azcárraga Vidaurreta, el más grande empresario radiofónico de México con la XEW y la Cadena Azul, quien además se convirtió en miembro del Consejo Técnico del Instituto, como uno de los representantes del sector patronal.

A mediados de la década de 1940 había diversas agencias de noticias en México. Algunas no disponían de un equipo de redacción ni reporteros o reporteras, y publicaban solamente la información que les llegaba en los boletines correspondientes. Algo parecido sucedía en las estaciones de radiodifusión.

Por lo que al IMSS se refiere, la información que proporcionaba a los medios estaba a cargo de Miguel García Cruz, Secretario General del Instituto durante las administraciones de los dos primeros Directores Generales, Vicente Santos Guajardo e Ignacio García Téllez.

Durante el primer año no existía un área específica de prensa, así que García Cruz escribía las notas para enviarlas a medios y agencias; hablaba con periodistas en su oficina, dictaba y firmaba boletines de prensa, y respondía preguntas. Labor modesta en su forma de manejarla, pero de una gran trascendencia. Tenía el cuidado de comunicarse personalmente con los directores de diarios y revistas importantes.

La Mundial, una cantina de la calle Bucareli y cerca de Paseo de la Reforma, donde se encontraban periódicos como Excélsior y El Universal, era centro de reunión de comunicadores, donde se cruzaba la información. Todos obtenían y aportaban a los demás colegas información nueva sobre el Seguro Social, lo que implicaba todo un reto para el proceso oficial de comunicar desde el servicio público.

Ya existía entonces el dominical Ovaciones, semanario deportivo que competía con Claridades y El Redondel, que se convirtió en diario y fue comprado por Fernando González Díaz Lombardo a su fundador, el novillero Luciano Contreras. El nuevo dueño y director de Ovaciones era sobrino del tercer Director General del IMSS (1946-1952), Antonio Díaz Lombardo, quien lo designó como Jefe de Prensa del Instituto. Así nació el Departamento de Prensa, Publicidad y Acción Social, adscrito a la Dirección General.

La calidad de la difusión de la información no depende únicamente de la cantidad de espacios públicos que se utilicen, sino también de la calidad de las y los comunicadores y el Instituto llegó a tener personas reporteras investigadoras de gran experiencia profesional, como el periodista Carlos Denegrí o la periodista Sara Moirón. Al salir estos, solo quedó personal que se limitaba a elaborar o transcribir boletines de prensa.

Cuando Antonio Ortiz Mena fue Director General, entre 1952 y 1958, el Departamento de Prensa desapareció y sus funciones se le adjudicaron a la Secretaría General; y así funcionó un tiempo, solamente con auxiliares de información.

Cuando Benito Coquet se hizo cargo de la Dirección General del Instituto (1958-1964), le confió las tareas de prensa a Luis Gutiérrez y González, quien reinstaló y renovó el Departamento de Divulgación y Publicidad.



En 1964, este se transformó en Departamento de Prensa y Difusión, a cargo del periodista Arturo Arnáiz y Freg, quien fue nombrado Jefe de Prensa por el Director General, Sealtiel Alatríste, famoso contador público. El área recuperó entonces el fundamental concepto de prensa, que tiene características muy específicas y claramente diferentes de lo que son la divulgación y la publicidad.

De 1966 a 1970, Manuel Jiménez San Pedro quedó a cargo de Prensa y Difusión; de 1970 a 1975, Rafael Solana, con Carlos Gálvez Betancourt como Director General, aunque permaneció unos meses al frente de la oficina de prensa, hasta que Jesús Reyes Heróles sustituyó a Gálvez y nombró a Ernesto Álvarez Nolasco como nuevo jefe de la oficina. En 1976 se hizo cargo de la Dirección General del Instituto Arsenio Farell Cubillas, quien nombró a Amado Treviño Olivares titular de lo que ahora se llama Comunicación Social, de 1976 a 1982.

En esa administración se enfrentó la gran limitación comunicativa que le pesaba al Instituto hasta entonces: la centralización informativa. Fue así como se creó la Red de Jefes de Prensa y el primer responsable de la Coordinación de los Jefes de Prensa fue el Mtro. Oliverio Duque.

Entonces se empezó a desarrollar la intercomunicación, que significó una gran diferencia por lo inmediato y directo de la información, gracias a la tecnología computarizada y una organización completamente actualizada y dinámica.

Al crear la Red de Jefes de Prensa, se nombraron responsables de prensa en todos los estados y, además, quedaron bajo la autoridad directa de quien tomaba ya las riendas como titular de Comunicación Social, mientras que la red de comunicación interna estaba bajo el mando del Director General en turno. También hay que reconocer que para los jefes de prensa estatales se seleccionaron periodistas de mucho prestigio en sus respectivas entidades.

Es decir, lo que hasta entonces solo concebía el concepto de prensa, Amado Treviño Olivares lo amplió con todo lo que representa el concepto de Comunicación Social. Esto implicó que, además de la comunicación con la ciudadanía por medio de la prensa, se ampliaba a la comunicación interna, a la específica con las personas usuarias y beneficiarias, y a la realización de campañas de comunicación en las que se incluyeron medios como folletería, carteles, periódicos murales, libros y medios audiovisuales, entre otros.

De 1982 a 1991, con el Lic. Ricardo García Sáinz como Director General estuvieron como responsables del Área de Prensa: Mario Santos Coy (1982), Alberto Peniche Blanco (1983), Arturo González García (1983-1989) y Rafael García Garza (1989-1991).

Cabe recordar que Peniche fundó en 1983 la revista Solidaridad del IMSS y aunque dejó el cargo en ese mismo año, porque lo llamaron a la Secretaría de Gobernación y poco después falleció, la publicación permaneció activa hasta 1989.

Cuando Arturo González García se hizo cargo de esta área, la tecnología del momento eran grabadoras de cinta, de casete, teletipos y faxes; sin embargo, el vocero de entonces solo contaba con grabadoras y teletipos, que tenían un teclado que perforaba una cinta y con eso se reproducían los mensajes, muy parecido al sistema del telégrafo. Eran las limitaciones de la época.

Desde aquella modesta Sala de Prensa, en la calle de Burdeos, se transmitía toda la información y al menos ya se podía enviar al interior de la República vía télex. El boletín diario era enviado por valija, en autobús o avión, dependiendo de la distancia desde la Ciudad de México.

En la década de 1980, el acortamiento de las distancias para transmitir la información ya era una necesidad apremiante. Desde entonces ya era indispensable para el Instituto contar con tecnología de punta.

La prensa continuamente buscaba información acerca del Seguro Social y el Instituto es tan grande que abundaban las noticias. La búsqueda de esta información la realizaban las y los periodistas en el propio edificio de Av. Paseo de la Reforma #476 o solicitaban entrevistas con personal médico prestigioso del Instituto o con funcionarias y funcionarios de todas las áreas, quienes les daban a conocer sus trabajos o los avances tecnológicos en los sistemas de atención a las personas derechohabientes. Así, la comunicación en el IMSS iba viento en popa y podía nutrir de suficiente información a reporteras y reporteros. Además, se organizaban conferencias de prensa con noticias de importante trascendencia, como cuando se iniciaron los trasplantes de órganos en 1986.

Rafael García Garza, quien estuvo a cargo de la vocería de 1989 a 1991, le dio a la oficina el rango de Coordinación de Comunicación Social, que ya era necesario, lo que trajo como consecuencia una nueva reestructuración con la que absorbería todas las actividades que cada área manejaba a su entender, pero sin un conocimiento profesional en materia comunicativa.

Se necesitaba conocer sobre la imagen institucional, las relaciones con la prensa, la forma de comunicar un tema delicado, el público al que se dirigía y sensibilidad política; no es fortuito que se necesite una carrera de mucha experiencia para manejar la comunicación social del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Junto con la profesionalización de las actividades mencionadas, se estableció un área de publicaciones para dar unidad y mayor institucionalidad a las múltiples publicaciones que, hasta entonces, se hacían y circulaban en forma dispersa a cargo de la Jefatura Médica y de Prestaciones Sociales, así como de la propia Jefatura de Prensa.

Incluso, el área de actividades deportivas manejaba su propia política de prensa y la Dirección de Relaciones Públicas tenía la función de atender a periodistas, comunicadores, personajes, artistas, deportistas y visitantes; y de organizar las reuniones más importantes. Con semejante actividad informativa dispersa y descontrolada, era problemático para las y los periodistas encontrar con quién y a dónde acudir para resolver sus dudas. Esto ocasionaba que la información tardara o fuera incompleta, o de plano se perdiera, y hasta para los propios funcionarios era difícil saber a quién tenían que acudir. Así que, al crearse la Coordinación General de Comunicación Social se resolvieron todos esos problemas y la descentralización que ya había iniciado. Fue así como comenzó a funcionar un sistema de información permanente, tanto interna como externa.

El objetivo que se propuso y se logró fue unificar la imagen e identificación institucional de las publicaciones del IMSS, lograr ahorros importantes en los costos, garantizar la oportunidad y puntualidad en su aparición, así como mejorar la distribución al área interesada para que la información llegara eficazmente. También se creó el área de Diseño, que mejoró en todos sentidos, no solo la presentación de las revistas, sino la producción de carteles, folletos y volantes para las actividades culturales, sociales y deportivas.

A partir de los avances que se dieron entre 1991 y 1993, el Coordinador General de Comunicación Social, Lic. Homero Cárdenas, fortaleció las oficinas del ramo a lo largo del país. De esta forma pudo convocar a reuniones nacionales, especialmente en la Ciudad de México, y prestó una especial atención a la capacitación en las oficinas de Comunicación Social de los estados. Tan efectiva y conveniente era esa red que entonces se consideró la más importante y trascendental del Gobierno Federal.

Algo muy valioso para el funcionamiento del Seguro Social fue que facilitó mucho la comunicación del Director General con el Presidente de la República, los Secretarios de Estado y otros funcionarios clave de la Administración Pública Federal.

La mayor frecuencia con la que se convocaba a la prensa para mantenerla informada de las acciones institucionales hizo necesario que se creara una amplia Sala de Prensa en el edificio central de Av. Paseo de la Reforma #476, misma que fue equipada de la mejor manera para atender a las y los periodistas, ya que disponía de cabinas individuales que dieron un marco de privacidad y mejor enlace con las radiodifusoras, los equipos necesarios para escribir las notas y remitirlas, faxes, etcétera. Desde esta sala se comenzaron a organizar giras al interior con los medios, aparte de las giras clásicas que se hacen para acompañar los viajes de trabajo del Director General.

En la administración del Lic. Genaro Borrego Estrada, como Director General, de 1993 a 2000, se encargaron de la Coordinación General de Comunicación Social, Sergio Candelas, de marzo de 1993 a agosto de 1994; Juan Antonio Muñoz Soto, hasta febrero de 1996, y Roberto Calleja Ortega, de febrero de 1996 hasta 2006, ya que quedó al frente de la vocería durante las gestiones del Lic. Mario Luis Fuentes, del Dr. Santiago Levy Algazi y del Lic. Fernando Flores Pérez, cuando se hicieron cargo de la Dirección General.

Con cambios administrativos que han tratado de hacer más eficiente el trabajo de Comunicación Social, pero que a la vez han creado nuevos retos en la labor, a partir del 1 de mayo de 2016 la Coordinación de Comunicación Social se transformó en la Unidad de Comunicación Social –categoría que sigue vigente hasta 2023–, dependiente de la otrora Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones (DVIED), actualmente Dirección de Operación y Evaluación (DOE).

De igual forma, las herramientas tecnológicas han evolucionado a lo largo de 80 años, pues desde los boletines firmados de puño y letra del vocero del IMSS, hoy tenemos un sinnúmero de mensajes diarios dirigidos a distintos públicos mediante diversos canales: correos electrónicos, mensajería instantánea, radio, prensa, televisión, panorámicos, folletos, trípticos, libros, revistas, blogs, aplicaciones móviles, podcast, la página oficial de internet y los perfiles del IMSS en redes sociales.

La comunicación del Instituto Mexicano del Seguro Social experimenta importantes transformaciones como consecuencia de los distintos cambios tecnológicos, los nuevos soportes multimedia y la diversificación de las audiencias, así como su multiculturalidad.

La popularidad de la difusión en el uso del internet y el auge de los nuevos medios digitales, lejos de limitarse a incorporar un nuevo canal de difusión, han permitido profundos cambios en el modo en el que las audiencias consumen información de las entidades gubernamentales (cuadro 7).

**CUADRO 7  
COMUNICACIÓN SOCIAL EN NÚMEROS<sup>1/</sup>**

CONCEPTO	PRODUCTOS
Materiales de comunicación digital, postales, cápsulas y publicaciones en redes sociales	1'500,000
Boletines y comunicados de prensa nacionales y estatales	670,000
Materiales de Comunicación Interna, calendarios, boletines, videos, entrevistas, avisos, micrositijs, avisos Telegram, infografías, stickers informativos y suplementos	215,000
Entrevistas nacionales y estatales	60,000

**CUADRO 7**  
(CONTINUACIÓN)

CONCEPTO	PRODUCTOS
Materiales de Diseño y Producción Editorial, carteles, libros, trípticos, reconocimientos, constancias, convocatorias, uso del logotipo	50,000
Cobertura de giras del DG o Directores Normativos	7,000
Revistas de Comunicación Interna (Solidaridad, IMSS, TU IMSS, FAMILIA IMSS, etcétera)	365
Campañas nacionales de difusión, aquellas que se difundieron a través de radio y televisión	100
Podcast de Comunicación Interna (La Voces del IMSS)	18

<sup>1</sup>Con base en los materiales elaborados en los últimos 5 años hasta diciembre de 2022.  
Fuente: Unidad de Comunicación Social, IMSS.

Actualmente, las plataformas digitales constituyen un fenómeno para la contribución del Instituto en materia informativa con la sociedad, dotando a las personas usuarias de herramientas que, además de construir nuevos entornos digitales, también puedan crear, compartir e interactuar con gran facilidad en igual oportunidad de ser visibles, situación que antes no era posible.

Otro avance en la tecnología digital que influye en la modernización de la comunicación del IMSS son los teléfonos inteligentes, cuyo impacto aceleró el consumo de información e interacción con la misma desde cualquier lugar, mediante las aplicaciones móviles. Esto da como resultado que los mensajes se produzcan pensados en la movilidad y accesibilidad que este dispositivo ofrece.

Ahora, Facebook, Twitter, YouTube, Instagram, TikTok, LinkedIn y la mensajería instantánea forman parte del perfil mediático del IMSS para compartir información de salud y seguridad social a diversos públicos de la sociedad que pueden segmentarse de manera específica por rangos de edad, gustos, intereses, hábitos, necesidades y hasta por zona geográfica, entre otros.

Para desarrollar e implementar una estrategia que atienda esta amplia gama de intereses, públicos, canales y mensajes se requieren nuevos perfiles profesionales para las filas de la Unidad de Comunicación Social: expertos en comunicación social, política, pública y digital, en periodismo, relaciones públicas, diseño y fotografía; pero también estrategas, especialistas en redacción, diseño digital y marketing digital, branding; analistas, videoastas y creadores de experiencias, que permitan generar mensajes efectivos de forma multidisciplinaria.

La actualidad exige al IMSS habilidades y conocimientos que satisfagan un cambio informativo con un alto impacto de retroalimentación inmediata mediante un equipo profesional multidisciplinario en materia de comunicación tradicional y digital.



## García Téllez Habla del Seguro Social y Esboza su Programa

(VIENE DE LA PAGINA TRES)

"El cumplimiento de la fracción final sobre confiada al Instituto Mexicano del Seguro Social constituye no sólo un deber insuperable emanado de nuestra Carta Magna y de los compromisos contraídos por los gobiernos progresistas de México, sino una particular preocupación y uno de los importantes capítulos del programa del señor Presidente de la República, que al realizar las nobles fines y eleva a las condiciones materiales y morales de las clases trabajadoras de México, marcará para su Gobierno una jornada histórica dentro de la vida de nuestra Patria y una trayectoria de permanente y profundo contenido social.

### PROTECCION EN LA ADVERSIDAD

"Por eso, en su mensaje al asumir la Presidencia, expresó que "todos debemos asumir desde luego el propósito—que yo desplegaré con todas mis fuerzas—de que un día próximo las leyes del Seguro Social protejan a todos los mexicanos en las horas de la adversidad, en la orfandad, en la viudez y de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez para substituir este régimen secular que por la pobreza de la Nación hemos tenido que vivir". Por ella también en diversos mensajes no he dejado de reiterar su compromiso ante el pueblo, de realizar esta gran obra, confirmándolo una vez más en su reciente mensaje de Año Nuevo, en el que escuchamos con regocijo: "Esperamos que empiece a funcionar la Institución del Seguro Social, de reciente creación, para que de esta manera responda a los anhelos de la Revolución Mexicana al afianzar a nuestras clases trabajadoras en las situaciones previstas por la ley. No omitiremos esfuerzo alguno hasta ver realizada en toda su plenitud esta obra, que será sin duda de educación y de mejoramiento de nuestras clases laborantes".

"Todo esto patentiza que la postura de nuestro Gobierno, aun frente a los sacrificios y compromisos de México al entrar en la guerra, no puede traducir propósitos de expansión ni de conquista, ni una política de protección a los oligarcas especuladores o a los imperialistas de la postguerra, sino, por el contrario, la firme determinación de afianzar y arraigar las instituciones democráticas; pues la guerra en sí carecerá de valor histórico y constituirá un frente para los pueblos que han sido llevados a ella bajo el signo de la democracia, en su significado puro, si se dematuran los nobles fines que persigue de justicia, paz y felicidad para todos.

### LA CARTA DEL ATLANTICO

"Así se explica que la seguridad social figure en la Carta del Atlántico, en los planes de postguerra y en las más importantes declaraciones de principios y programas de los gobiernos aliados, como uno de los compromisos fundamentales de liberación de la necesidad contra la inseguridad en el trabajo, la miseria, el desempleo, de aquellos que en las horas de paz constituyen el núcleo del progreso en fábricas, campos y oficinas, y en las horas sombrías de la guerra forman la vanguardia del sufrimiento por su contribución al logro, el éxito de sus hogares, la elevación de sus salarios y las satisfacciones todos que impone la existencia de las clases trabajadoras.

"Así es como el presidente Roosevelt, en el primer discurso, ha afirmado su programa, reiterándolo, en el momento de que está en el momento de reforzar, se ve debilitar el espíritu de unidad social de preparar la seguridad de los trabajadores para los años de la postguerra.

"Así se ilustra, en parte, la Con-

ferencia Internacional de Seguridad Social, declaró, como uno de sus principios, que "para complementar de las libertades fundamentales de pensamiento, expresión y actividad, todo hombre y mujer debe estar biológica y económicamente protegido contra los riesgos sociales y profesionales, en función de una solidaridad organizada".

"Éstos son los principios básicos en que se apoyan la acción de los países aliados para el futuro inmediato, lo mismo en el Plan Bevilacqua que en los planes del Canadá, de los Estados Unidos, de Australia, de Nueva Zelandia, etc.

### ES PRECISO QUE SE REALICE

"Es, entonces, necesario que esos nobilísimos propósitos, auspiciados en nuestro país por el señor Presidente, no queden irrealizados. Es preciso que el desarrollo de los programas del Instituto no cuente sólo con el empeño generoso y resuelto del alto funcionario, sino con la comprensión, con el entusiasmo y con el apoyo ilimitado de todos los trabajadores, de todos los patrones, conscientes de que hay que vitalizar las fórmulas democráticas y garantizar el triunfo, que ha de venir, en obras que además de impulsar y estimular el esfuerzo creador de la industria y el comercio, llevan aparejado un sincero sentido de adhesión a la causa democrática por la que el mundo lucha.

"Es urgente que el dinero congelado, improductivo y expuesto a las vicisitudes del futuro, se invierta con largueza en la planeación y construcción de las instituciones que serán el instrumental adecuado para conseguir la liberación de la necesidad, de las enfermedades y del infortunio.

"Pero esto debe hacerse de modo tal que lleve al convencimiento de todos la conveniencia de transformar la función de ese dinero, de una masa inerte o a la expectativa de especulaciones, que no rinden grandes beneficios a la colectividad y a la Patria, en un instrumento creador de generosos y útiles bienes sociales.

"Debe hacerse también, en tal forma que nadie dude, por las precauciones tomadas por la cautela con que se obra, por la energía para cuidarse y por la honorabilidad de la persona que intervenga en su manejo, de que esos fondos constituyen un tesoro sagrado que no habrá de desviarse a ningún rauce que dematurarse o que no sea el de su alto destino.

### VITAR UN FRACASO

"Que, además, se piense en que no por desbordante entusiasmo se carecerá del profundo e íntimo sentido de responsabilidad para asociar a todos los técnicos e instituciones nacionales y extranjeras que sean necesarios para que las funciones del Instituto puedan financiarse sobre los cálculos, estudios económicos y sociales y demás elementos indispensables para evitar la posibilidad de un fracaso por falta u desición de los mejores capacidades o de las previsiones técnicas.

"Porque con todos estos los compromisos inquebrantables que asienta el señor Presidente de la República, según se sirvió manifestarme al honrarlo de nuevo para colaborar a su lado, y porque es deber que la Patria y la amistad del respetable funcionario impongan, a todo el que sabe que vive el prodigarse en servicio de los demás, ha decidido aportar mi colaboración modesta, pero sincera y comprometida, y abandonar el rumbo de mayor libertad personal, de mayor bienestar económico que el ejercicio de mi profesión me brinda, con la calma superabundante de que, convertida en realidad Patria las formas generosas de solidaridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social habrá de cumplir su obra grandiosa y perdurable".

## Le Parlieron en dos la Cabeza y Está Vivo

© Fototeca, Hemeroteca y Biblioteca "Mario Varquez Rana" AVILA

- La fundación del Seguro Social y los primeros años estuvieron bajo el escrutinio de la opinión pública y las acciones de los Directores Generales eran noticia de gran interés para la clase trabajadora.

**¿Y SI YO  
ME ENFERMARA  
DE LA GARGANTA?**



Si su hijo  
padece  
de la garganta,  
llévelo  
con su médico  
y evítele  
la peligrosa  
fiebre reumática.

IMSS INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

**aliméntese  
mejor  
y ahorre**

Consuma las frutas de temporada

**CONTIENEN VITAMINAS**

IMSS INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

- La memoria hemerográfica permite ver la evolución de las primeras campañas de prevención de la salud y de difusión, entre la población general, de los servicios que brinda el IMSS a las familias.

**la salud da felicidad**

Proteja a sus hijos: **vacúnelos**  
contra:  
**polio, sarampión, tosferina  
difteria, tétanos.**

IMSS INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

- Gracias a las campañas nacionales de vacunación, en las que participa el IMSS, México fue referente a nivel mundial de la prevención desde la población infantil y la erradicación de ciertas enfermedades.



- Importantes diarios de circulación nacional dieron cuenta de cómo diversos grupos obreros o patronales apoyaban o, en su caso, refutaban la implementación de la seguridad social en el país.

El cuadro 8 enlista a los responsables de la vocería del Instituto Mexicano del Seguro Social y los Directores Generales con los que colaboraron.

**CUADRO 8  
DIRECTORES GENERALES Y VOCEROS**

AÑO	DIRECTOR GENERAL	COMUNICACIÓN SOCIAL
1943-1944	Lic. Vicente Santos Guajardo	No existía el área
1944-1946	Lic. Ignacio García Téllez	
1946-1952	C. Antonio Díaz Lombardo	Lic. Fernando González Díaz Lombardo
1952-1958	Lic. Antonio Ortiz Mena	
1958-1964	Lic. Benito Coquet Lagunes	C. Luis Gutiérrez y González
1964-1966	C. P. Sealtiel Alatríste Ábrego	Lic. Arturo Arnaiz y Freg
1966-1970	Dr. Ignacio Morones Prieto	Lic. Manuel Jiménez San Pedro
1970-1975	Lic. Carlos Gálvez Betancourt	C. Rafael Solana
1975-1976	Lic. Jesús Reyes Heróles	C. Ernesto Álvarez Nolasco
1976-1982	Lic. Arsenio Farrell Cubillas	C. Armando Treviño Olivares
1982-1991	Lic. Ricardo García Sainz	C. Mario Santoscov C. Alberto Peniche Blanco C. Arturo González García C. Rafael García Garza
1991-1993	Lic. Emilio Gamboa Patrón	Lic. Homero Cárdenas Garza
1993-2000	Lic. Genaro Borrego Estrada	C. Sergio Candelas Lic. Juan Antonio Muñoz Soto Lic. Roberto Calleja Ortega
2000-2000	Lic. Mario Luis Fuentes Alcalá	
2000-2005	Dr. Santiago Levy Algazi	Lic. Roberto Calleja Ortega
2005-2006	Lic. Fernando Flores y Pérez	

**CUADRO 8**  
(CONTINUACIÓN)

AÑO	DIRECTOR GENERAL	COMUNICACIÓN SOCIAL
2006-2009	Lic. Juan Francisco Molinar Horcasitas	C. José Luis López Atienzo
2009-2012	Lic. Daniel Karam Toumeh	Lic. Fernando Carbonell Paredes Ing. Roberto Albiztegui Coello
2012-2016	Dr. José Antonio González Anaya	Lic. José Alfredo Otamendi Monsalve Lic. José Luis Alcudia Goya Lic. Erika Contreras Licea
2016-2017	Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa	Mtro. Isidro Chávez Castillo
2017-2018	Lic. Tuffic Miguel Ortega	Lic. Eleazar Franco Gaona
2018-2019	Lic. Germán Martínez Cázares	Lic. Rosa Alicia Cárdenas Ceja
2019 a la fecha	Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto	Lic. Alejandra Aguirre Islas C. Luis Rubén Sánchez Martínez Lic. Amadeo Díaz Moguel

Fuente: Unidad de Comunicación Social, IMSS.

#### **V.4. REVOLUCIÓN DIGITAL E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA**

Claudia Laura Vázquez Espinoza, Beatriz Oaxaca Ahumada y Sofía Ketrín Neme Meunier

##### **Los incipientes esfuerzos tecnológicos del siglo XX**

La meta más codiciada para una sociedad es su tranquilidad. Con esta visión, el IMSS, desde hace 80 años, ha desplegado toda su maquinaria y fuerza institucional para garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, el otorgamiento de una pensión y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo de la ciudadanía mexicana, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado, además de la fiscalización y recaudación; por lo que es de suma relevancia prever su impacto en las finanzas del mismo.

Para ello, en los primeros 40 años, su principal encomienda fue el crecimiento para llegar a cuantos rincones fuese posible, venciendo incluso la caprichosa orografía de nuestro país, afiliando a trabajadoras y trabajadores de diversos ramos del sector económico, así como la estabilización y maduración de los procesos institucionales para brindar múltiples servicios a la población derechohabiente.

Si bien, durante el siglo XX, a nivel internacional las innovaciones tecnológicas tuvieron su debut con la creación de la primera computadora en 1943, los primeros transistores en 1948, las tarjetas de circuitos impresos en 1949, los cables de fibra óptica en 1955, y el lanzamiento del primer satélite artificial al espacio, estas innovaciones llegaron a nuestro país mucho tiempo después. Tan solo en 1958, la UNAM adquirió la primera computadora IBM-650 que operó en América Latina.

Aunque la historia de la revolución digital y la innovación tecnológica del IMSS se identifica mayormente a partir de 2001 con la creación de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), desde la década de 1970 se realizaron acciones tecnológicas relevantes que forman parte de esta interesante cronología.

Acorde con los informes de actividades o rendición de cuentas de la década de 1980, en el IMSS existían más de 1,200 aplicativos [aplicaciones o programas] de cómputo que trabajaban de manera desarticulada y aislada, así como 30 sistemas de información



centrales más no interoperables entre sí. Estos sistemas informáticos que apoyaban las actividades institucionales como el otorgamiento de los servicios médicos y prestaciones económicas, fueron desarrollados principalmente con el lenguaje de programación Cobol, y estaban alojadas en la primera plataforma institucional de procesamiento de información IBM Mainframe (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2006), el cual estaba en el Centro de Cómputo de la Ciudad de México ubicado en el piso 4 del edificio de calle Tokio #80, colonia Juárez, del entonces Distrito Federal.

- Desde la década de 1970, el Instituto echó a andar las primeras acciones tecnológicas y para la década de 1980 ya contaba con más de 1,200 aplicaciones o programas de cómputo.



- La primera plataforma institucional de procesamiento de datos estuvo ubicada en el Centro de Cómputo de la Ciudad de México, en el edificio de Tokio #80, en la colonia Juárez.





- El Sistema de Información en Salud tiene como objetivo el procesar datos para ayudar en el diagnóstico médico y generar estadísticas para desarrollar programas de salud.



- El registro en el Sistema de Información en Salud del IMSS ha evolucionado, pues empezó con la captura diaria de formatos manuales y en papel, pero ahora realiza reportes mensuales, semestrales y anuales.

Entre los sistemas de información existentes, el Sistema de Información en Salud del IMSS tuvo un desempeño relevante. Su propósito fue generar datos que permitieran diagnosticar los problemas de salud; disponer de estadísticas para la planificación, desarrollo y evaluación de los programas de promoción, protección y recuperación de la salud de la población derechohabiente, así como consolidar la información para orientar la enseñanza y la investigación con miras de adelantarse a los planes y acciones que se diseñarían en el marco del Plan de Salud para Todos en el Año 2000, el plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales que la Organización Panamericana de la Salud publicó en 1982 (De la Loza A, Ordaz G, González A, 1985).

Si bien, el registro de datos en el Sistema de Información en Salud del IMSS era diario, este inició con formatos manuales y en papel, para posteriormente realizar un procesamiento y generación de reportes mensuales, semestrales y anuales.

Acorde con De la Loza Saldívar, se consideraban palpables los avances en este sistema, sobresaltando la relevancia de la informática para obtener datos y generar información útil a fin de planear y tomar decisiones en los programas médicos y preventivos, además de dejar ver las oportunidades que, para entonces, significaban grandes retos.

Posteriormente, en la década de 1990, continuó el desarrollo de aplicaciones o programas de cómputo, entre los que destacan los sistemas de Afiliación, Tesorería (hoy Cobranza), Pensiones, Personal, Contabilidad, Estadísticas Médicas, Abasto y Riesgos de Trabajo; alojados en una infraestructura con más de 200 servidores ubicados en las entonces Coordinaciones Regionales de Informática que, al ejecutarse periódicamente, transferían sus resultados a cada una de las 37 Delegaciones (hoy Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada) y a 7 de las principales Subdelegaciones.

En 1994 se construyeron los Centros Informáticos de Zona (CIZ) en Guadalajara y Monterrey, para desconcentrar la operación del Centro de Cómputo de la Ciudad de México, el cual se convirtió a su vez, en el tercer CIZ, mismos que operaban de manera no replicada sino distribuida entre ellos.

- En la década de 1990, el Instituto amplió el desarrollo de aplicaciones y programas con 200 servidores de cómputo interconectados con las 37 Delegaciones y Subdelegaciones.



- El procesamiento de datos se realizaba en las Coordinaciones Regionales de Informática y, posteriormente, fueron abiertos los Centros Informáticos de Zona en Guadalajara y en Monterrey.



En 1996, el IMSS tuvo por primera vez su aparición en internet, con una página web bajo el dominio [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx) (Wayback Machine, s.f.). De igual manera, inició el servicio de correo electrónico institucional. Por su parte, los sistemas de impresión usados en esos años eran equipos de banda de caracteres o de impacto.



- En 1996, el IMSS estrenó su primera página de internet ([www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)) y ese mismo año también puso en marcha el correo institucional para todo su personal.

Para entonces, se contaba con dos redes de comunicación nacional, una de servicios de voz y otra de datos, administrada por la antecesora de la DIDT; es decir, la Coordinación General de Informática que, en conjunto con varias redes metropolitanas, incluyendo la de microondas, desligadas entre sí, brindaban servicio de voz y datos en más de 800 sitios. Posteriormente, se consolidó la Red Integral de Telecomunicaciones Institucional, la cual operó hasta 2003, apoyando la transaccionalidad de sistemas informáticos como el Sistema Integral de Derechos y Obligaciones (Sindo), Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP), Sistema de Cobranza (Siscob), Sistema de Información Médico Operativa (SIMO), Catálogo Nacional de Asegurados (Canase) y el Sistema de Abasto Institucional (SAI).

Ya para finales del siglo XX, en el IMSS se llevaron a cabo trabajos para abatir el efecto denominado a nivel mundial como “el problema del año 2000” o “Y2K”, a fin de enmendar el problema informático para registrar años que iniciaran con 19 y con 20, de tal forma que no se viera afectada la operación con la llegada del nuevo siglo.

### **Formalización y arranque de tecnologías de la información y comunicaciones**

Como era de esperarse, lo incipiente tomó fuerza, así iniciaba el siglo XXI, con grandes retos por delante para seguir mejorando a través de los avances tecnológicos, los servicios otorgados y principalmente los dirigidos a la población derechohabiente.

El Gobierno Federal puso en marcha la estrategia Gobierno Digital, que tiene como objetivo aprovechar al máximo el uso de las tecnologías de información y de comunicaciones en el funcionamiento de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF), para agilizar los trámites que realiza la ciudadanía, coadyuvar a transparentar la función pública, elevar la calidad de los servicios gubernamentales y, en su caso, detectar con oportunidad prácticas de corrupción al interior de las instituciones públicas.

En 2001, con el objetivo de integrar las tecnologías de la información y comunicación en los procesos institucionales, y para modernizar los servicios otorgados, se constituyó jurídicamente la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), con la visión de ser el agente catalizador para el cambio estratégico en los procesos del Instituto, bajo un

enfoque integral. Así inició la integración de la tecnología a nivel estratégico en el IMSS y los resultados fueron inmediatos.

Se unificaron y concentraron las funciones del área de Tecnología y Comunicaciones, hasta entonces dispersas en el IMSS, en la nueva DIDT. Lo anterior dio la pauta para la integración de la arquitectura institucional, mediante la consolidación de más de 100 minicentros de cómputo y la unificación de los tres Centros Informáticos de Zona (CIZ) en dos grandes Centros Nacionales de Tecnologías de la Información (Cenati), que operaban en espejo, bajo un ambiente de alta disponibilidad y confiabilidad a partir de agosto de 2002.

En 2003, se habilitó la red privada virtual de voz, datos y video, conectando 3 mil unidades del IMSS y facilitando la interoperabilidad entre aplicaciones basadas en tecnología de internet. Por su cobertura y ancho de banda, se consideró la segunda de mayor importancia en el país, la de mejor relación costo/desempeño y menor costo utilizada y contratada entre las dependencias de la Administración Pública Federal.

Paralelamente, se desarrollaron sistemas y aplicaciones de impacto estratégico, para respaldar y fortalecer la operación de las tres áreas sustantivas: prestaciones médicas, prestaciones económicas y sociales, incorporación y recaudación. A continuación, se describe uno o más sistemas respectivamente para cada una de las áreas sustantivas:

**El Sistema de Información en Medicina Familiar (SIMF)** fue pensado para el registro clínico electrónico en el primer nivel de atención, ya que permite recolectar, almacenar y utilizar la información generada en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) durante la atención médica integral. El SIMF inició su operación en 2003 considerando 106 Unidades de Medicina Familiar (UMF) dentro del plan de despliegue e incorporando en los años 2006 y 2007 un total de 422 unidades adicionales. A finales de 2007 se liberó la versión de SIMF 4.1 con mayor funcionalidad en beneficio de las y los usuarios médicos con una cobertura de 1,193 unidades médicas. A la fecha, esta aplicación funciona en 1,262 UMF, lo que representa 100% de las UMF del IMSS Ordinario.

**Integración de los macroprocesos de pensiones, subsidios y salud en el trabajo**, lo que permitió a través de herramientas de automatización de flujos de trabajo, generar en su momento un nuevo sistema de administración y control de los procesos de pago de pensiones y subsidios.

**IMSS desde su Empresa (IDSE)**, esta iniciativa fue puesta en marcha desde 1997 para apoyar a las y los grandes contribuyentes a hacer sus movimientos de afiliación en línea. Sin embargo, en 2001, el IDSE se puso a disposición de todas las personas patronas registradas ante el IMSS. Actualmente, esta solución tecnológica continúa en operaciones de tal forma que las y los patrones pueden, bajo un esquema de 24 x 7, registrar sus movimientos como alta o baja de personas trabajadoras o modificación de salario.

Con el objetivo de trabajar bajo una metodología de forma estructurada, se inició la adopción de las metodologías Project Management Institute (PMI), Capability Maturity Model Integration (CMMI) e Information Technology Infrastructure Library (ITIL) (IMSS, 2006).

**Transición a IMSS Digital**, a partir de 2010 continuó la revolución digital e innovación tecnológica a nivel mundial. Los paradigmas de interacción evolucionaron entre las personas, las empresas, los gobiernos y sus instituciones. Por su parte, en México, en 2012, surgió la Estrategia Digital Nacional como respuesta a la necesidad de aprovechar las oportunidades de la adopción y el desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones, mejor conocidas como las TIC, para potenciar el crecimiento del país.

El IMSS tenía el desafío de construir una mejor relación con sus derechohabientes, por ello, en 2013 implementó la estrategia IMSS Digital, Acercando el IMSS al Ciudadano y

reconociendo el uso de las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) como el principal agente habilitador para hacer frente a los retos que le demandaba la sociedad.

Su visión fue privilegiar la satisfacción de las necesidades de la población derechohabiente al tener un enfoque centrado en las y los ciudadanos y transitar hacia un futuro de manera eficiente, con la implementación escalonada de infraestructuras y servicios digitales. El Modelo Moderno de Atención vislumbró la integración de las TIC y servicios digitales como la oportunidad para mejorar la experiencia de la ciudadanía al interactuar con el IMSS a través de mecanismos de atención multicanal al momento de la prestación de servicios o realización de trámites, tanto presenciales como de forma remota vía internet o telefónica.

Esto significó la simplificación y evolución de los trámites presenciales a los servicios digitales, los cuales fueron accesibles a derechohabientes y ciudadanía a través de la puesta en marcha de diferentes canales de atención como el Sitio Web Institucional, Centro de Contacto Telefónico, Ventanilla Simplificada y la aplicación móvil IMSS Digital. Esta última, se liberó en 2015 y su lanzamiento inició en las tiendas iOS y Android, aunque actualmente también está disponible en Huawei.

Estas innovaciones le significaron al IMSS cambios sustantivos en su operación diaria, además de una notable disminución de la afluencia de derechohabientes a las instalaciones operativas, porque a partir del 2013 desde un dispositivo inteligente o equipo de cómputo conectado a internet logran obtener o localizar su Número de Seguridad Social, Constancia de Semanas Cotizadas o Vigencia de Derechos, cambiar su Unidad de Medicina Familiar o agendar su cita con su médica o médico familiar, entre otros trámites y servicios digitales; lo anterior, sin necesidad de acudir a la Subdelegación o clínica para la realización de los mismos.

Otro punto importante que se alcanzó a través de la estrategia IMSS Digital fue el intercambio electrónico de información con otras instituciones públicas como el SAT, Renapo, Infonavit, SRE, SE, SSa, Procesar y algunos sistemas bancarios.

Otro gran logro que no puede dejar de mencionarse es la liberación de Acceder Unificado, que representa el esfuerzo de la depuración y unificación de 1,288 bases de datos locales (conocidas como Acceder) y 146 millones de registros de derechohabientes, que actualmente operan en un servicio unificado de información. La importancia de este esfuerzo radica en que Acceder Unificado genera un proceso continuo de depuración y actualización de información para disminuir registros duplicados, suplantación de identidad de derechohabientes, así como la identificación de personas con o sin vigencia de derechos en el Instituto. Aunado a lo anterior, Acceder Unificado coadyuva a diferentes servicios que brinda el IMSS como son la atención en ventanilla, Sistema de Información de Medicina Familiar, Farmacia, Expediente Electrónico, Guardería, Servicios Integrales y Centro de Contacto, entre otros (IMSS, 2018c).

Es importante destacar que la transformación e innovación tecnológica del IMSS continúa y constantemente se mejoran o incrementan los servicios digitales brindados, lo que favorece directamente a todas las personas usuarias de los servicios digitales, al evitar gastos y tiempos de traslado a las instalaciones del IMSS para realizar dichos trámites.

### **Transformación digital**

De cara al inicio de la década de 2020, en el IMSS se previeron muchos proyectos de innovación tecnológica, mismos que se planearon y diseñaron; sin embargo, por diversas circunstancias no se habían conjuntado los elementos para que estos cristalizaran. Sin embargo, 2020 trajo consigo una sorpresa que confrontó de manera explosiva a todo

el planeta. La presencia del virus SARS-CoV-2 y la declaratoria de emergencia de salud pública de parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), desencadenaron una revolución tecnológica que obligó a todas las organizaciones, públicas y privadas a acelerar su transformación digital, ante la inminente nueva realidad.

En el IMSS, todo el personal operativo actuó a su máxima capacidad, utilizando y maniobrando todos los recursos humanos disponibles, así como financieros, materiales, procesos, conocimientos y tecnológicos para apoyar la actuación del personal de la salud y contribuyendo a la minimización de la movilidad en el país. Para ello, la DIDT tuvo una participación trascendental al accionar y orquestar todos los esfuerzos que impactaron tecnológicamente a millones de mexicanas y mexicanos, considerándose este hito como el verdadero punto de inflexión en la transformación digital mediante la innovación tecnológica, entrelazando de forma exitosa los procesos institucionales de punta a punta.

Se realizaron simultáneamente varias líneas de acción para estar a la altura y hacer frente a la contingencia sanitaria provocada por la pandemia por COVID-19. Todas estas sentaron las bases para llevar al IMSS de un modelo digital a un modelo inteligente. La población derechohabiente demandó estar acorde con la transformación digital que hemos adoptado y trasminado con gran velocidad de la pandemia a los tiempos recientes.

La estela de cambios derivó en cuatro robustos legados:

1. Ecosistema digital en salud
2. Estrategia analítica IMSS Inteligente los Datos Hablan
3. Metodologías ágiles para el desarrollo de aplicaciones
4. Uso de microservicios para desarrollo de soluciones tecnológicas

**1. Ecosistema digital en salud.** Con el propósito de poner la medicina y la tecnología al servicio de la población derechohabiente y de sus necesidades, se encaminaron diversas acciones para fortalecer los sistemas informáticos de salud, a través de componentes que automatizan de punta a punta los macroprocesos: Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización y Cirugía; con un enfoque sistemático en el que existe un flujo de información transversal entre el primer, segundo y tercer niveles de atención.

Lo anterior permitirá concretar un punto único de acceso en el que converjan los tres niveles de atención y se unifiquen las funcionalidades y flujos de información de las diferentes aplicaciones que operan actualmente para apoyar en la atención médica a las y los pacientes, contribuyendo con ello a mejorar la calidad y cobertura de los servicios en salud otorgados a las personas derechohabientes, beneficiarias y a la población en general.

Un componente ilustrativo es la Consulta Digital. Con esta innovación tecnológica se puede llevar a cabo la consulta médico-familiar a través de una videollamada. Originalmente, la Consulta Digital se enfocó en atender a las y los pacientes con COVID-19 para que pudieran tener seguimiento sin necesidad de salir de sus hogares; como resultado, el éxito y aceptación de esta, tanto por pacientes como por personal médico, ha sido tal que esta alternativa se ha estado replicando para pacientes con otros diagnósticos. Lo único que se requiere para poder llevarla a cabo es que la o el paciente tenga a la mano un dispositivo inteligente o equipo de cómputo con cámara, micrófono, una cuenta de correo electrónico y acceso a internet.

Otro componente es el Historial Clínico. Esta es una herramienta tecnológica que integra la información proveniente de los diferentes niveles de atención en un solo punto, para contar con una visión de 360 grados de la o el paciente. En el Historial Clínico el personal médico, durante la consulta, puede revisar las notas médicas, referencias,

contrarreferencias, recetas médicas, incapacidades, resultados de estudios de laboratorio y el carnet digital oncológico, para tener a la mano toda la información histórica de la o el paciente que se registró tanto en el SIMF como en el MoCE (Módulo de Consulta Externa, usado en el segundo y tercer niveles de atención).

**2. Estrategia analítica IMSS Inteligente Los Datos Hablan.** El Instituto, por su propia naturaleza, genera diariamente un gran cúmulo de información que se encontraba dispersa en múltiples repositorios de datos desvinculados entre sí, generando duplicidad de esfuerzos, falta de oportunidad en la obtención y entrega de información de valor, carente de homogeneidad. Para mitigar esta situación, fue primordial implementar dos relevantes componentes: un gobierno de datos para dar ordenamiento y gobernanza a los mismos y una fuente de información única que, entrelazados convenientemente, garanticen calidad, oportunidad, integridad, trazabilidad y seguridad en los datos, que permitan al Instituto tener una visión de 360 grados de la persona derechohabiente.

El primer reto a vencer fue integrar la información en los principales dominios institucionales: derechohabiente, patronal, salud, prestaciones económicas, recursos humanos y finanzas.

Gracias a esto, se implementó un lago de datos en una plataforma Big Data como un repositorio único, al que en la actualidad siguen convergiendo todos los datos que minuto a minuto se generan en cada una de las unidades operativas, ya sea médicas o administrativas, a lo largo de toda la República Mexicana.

Esta plataforma Big Data es el principal insumo para generar tableros de información analítica que permiten contar con una visión integral, oportuna y confiable, a fin de fortalecer la toma de decisiones institucional. Esta estrategia ha conllevado el cambio de paradigmas en que se pasa del “creer o suponer” a una toma de decisiones basada en hechos en los que “los datos hablan”.

**3. Metodologías ágiles para el desarrollo de aplicaciones.** Con el objetivo de atender los requerimientos surgidos a raíz de una actualidad cambiante, y fortalecer el desarrollo de las nuevas aplicaciones, se optó por replantear la forma de trabajo y reorganizar los recursos humanos de acuerdo con su experiencia y conocimientos. Asimismo, se proveyeron insumos y herramientas para desarrollar nuevas habilidades y capacidades para adoptar metodologías ágiles.

Esto orientó positivamente a formar equipos de trabajo multidisciplinarios, resolutivos, abiertos a cambios y autogestionables, que dieron como resultado una dinámica de trabajo más ágil, enfocada en utilizar técnicas que mejoraron los resultados de las soluciones a entregar; trabajar en ciclos cortos y con entregables de mayor valor. La suma e integración de diversas acciones y esfuerzos propiciaron la generación y entrega de productos escalables hasta lograr el resultado esperado, lo que permitió y permite que los proyectos se adapten a cambios o nuevos requerimientos aún durante la ejecución de su desarrollo, tomando como base mejores prácticas y Frameworks como SCRUM y SAFe (Essential SAFe), así como métodos Lean y tableros Kanban.

Lo anterior se documentó como parte del Sistema de Gestión y Mejora de Procesos de la DIDT, bajo los lineamientos de la última versión del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y de Seguridad de la Información (MAAGTICSI), conforme a las disposiciones del acuerdo por el que fue expedido, cubriendo los factores críticos más significativos del ciclo de vida de un proyecto, desde la concepción, planeación, desarrollo y control, hasta la puesta en operación y cierre.

Este enfoque se conceptualizó con la premisa de tener la cobertura de todos los factores críticos de la administración de proyectos, a fin de que sea el marco de referencia en el que se base la gestión de proyectos que adopten ciclos de vida en cascada o ágiles.

De tal manera, cada ciclo cuenta con su respectiva guía, que comprende los factores críticos propios de las actividades técnicas, administrativas y de soporte que se requieren para realizar proyectos de esta naturaleza. La suma de los factores críticos de la gestión de proyectos, más los del ciclo de vida del aplicativo seleccionado, permiten implementar de punta a punta los desarrollos de acuerdo con lo especificado por el MAAGTICSI.

En 2022, como parte de las acciones de mejora continua, así como las lecciones aprendidas en los ciclos de mejora de procesos y a efecto de alinear y dar cumplimiento a las disposiciones del nuevo Acuerdo de Tecnologías publicado en septiembre de 2021, se dispuso ir más allá de las metodologías ágiles considerando ahora un enfoque de procesos integrado por prácticas de la ingeniería (requerimientos, análisis, diseño, construcción, pruebas, despliegue, configuración, administración de proyectos y ambientes), lo que ha permitido que la metodología se alinee a las particularidades de cada proyecto, partiendo de que cada uno de ellos obedece a necesidades particulares y específicas.

**4. Uso de microservicios para desarrollo de soluciones tecnológicas.** Otro elemento adoptado fue el replanteamiento del marco tecnológico institucional y de infraestructura, lo que tuvo como beneficio el uso de nuevas tecnologías de desarrollo y, en consecuencia, la mejora en la arquitectura de las nuevas aplicaciones; es decir, pasaron de aplicaciones monolíticas a aplicaciones desarrolladas con el uso de microservicios que permiten una mejor administración y gestión de los datos generados.

Otros de los beneficios que proporciona el uso de microservicios en el desarrollo de aplicaciones, es que de forma adecuada se puede realizar una actualización al código durante cualquier punto del proceso sin afectar otros puntos o funcionalidades previamente desarrolladas; además de la reutilización de los microservicios en otras aplicaciones, lo que favorece una reducción de los tiempos de desarrollo.

El enfoque principal de estos cuatro legados está dirigido a perfeccionar el proceso de desarrollo de aplicaciones para dar respuesta oportuna a las necesidades, con la meta de generar soluciones focalizadas que proporcionen una adecuada experiencia de la persona usuaria satisfactoria y amigable para la población derechohabiente y usuaria del Instituto; es decir, que las soluciones tecnológicas sean claras, simples e intuitivas.

Al hacer una retrospectiva, se puede observar cómo la velocidad de la revolución digital y la innovación tecnológica cada día toma más fuerza y ha originado el aumento de soluciones tecnológicas que se superan a sí mismas. Por ende, ha incrementado la cantidad de personas conectadas entre sí, quienes realizan transacciones o bien intercambian datos por lo que, indispensablemente, ha sido necesario orquestar diversas acciones e iniciativas de procesos, tecnología y humanas para llevar al IMSS a una transformación contundente.

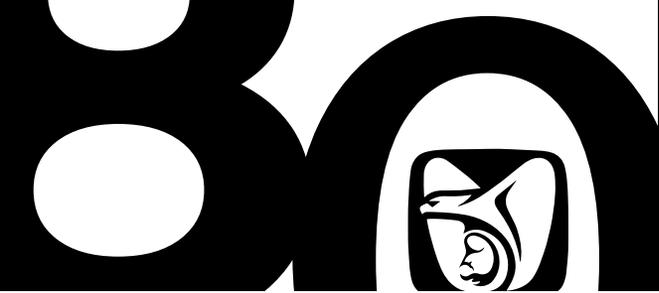
La tecnología es un habilitador estratégico cuyo propósito fundamental es buscar el bienestar de las familias mexicanas y su tranquilidad. Es por ello que se hace necesario contar con servicios que permitan robustecer y complementar la seguridad y las tecnologías de la información para salvaguardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos que dan soporte a las aplicaciones, sistemas de información y repositorios de datos sensibles propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lo que antes en el ámbito tecnológico del IMSS se veía como imposible e impensable, hoy es una realidad.



# CAPÍTULO VI

El porvenir  
de las personas trabajadoras



## **VI.1. SEGURIDAD SOCIAL PARA MÁS MEXICANAS Y MEXICANOS**

Una revolución significa, siempre, una transformación social, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de toda índole, material y espirituales, de las grandes mayorías populares (Coquet B, 1964, p. 20).

### **Bosquejo histórico en materia de ampliación de la base de personas aseguradas del IMSS** Norma Gabriela López Castañeda

El 5 de febrero de 1917, durante el mandato presidencial de Venustiano Carranza —Primer Jefe del Ejército Constitucionalista—, se promulgó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por medio de la cual se cimentó la base de un nuevo pacto social con el propósito de generar condiciones que permitieran atender legítimos reclamos de los grupos que se habían levantado en armas durante la Revolución; incluyendo demandas relacionadas con la seguridad social.

Según lo anterior, “categóricamente es posible concluir entonces que la idea de los seguros sociales en México, al igual que nuestro derecho del trabajo, son producto del movimiento revolucionario [...] pues antes de esa época prácticamente no encontramos ningún antecedente. Así las cosas, la Constitución General de la República —producto de nuestra revolución—, introdujo a nuestra historia moderna, entre otros, [el tema vital de] la legislación del trabajo, que contenía ya la semilla que luego, al paso del tiempo y con el avance legislativo, político, económico y de la propia sociedad, haría germinar el derecho de la seguridad social, ambos contemplados en el Artículo 123 Constitucional” (Ruiz A, 2018, p. 91).

El sustento normativo del Seguro Social se encuentra precisamente en dicho artículo de la Constitución, en cuya fracción XXIX se estableció: “Se consideran de utilidad social: el establecimiento de Cajas de Seguros Populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otras con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular”.

No obstante la concisión de su fórmula, la fracción del artículo fue una contribución legislativa que representó un gran avance de contenido innovador, ya que en esta se

asentó “la aspiración popular de que se reconozca a todos los trabajadores el indiscutible derecho que les asiste de que exista una legislación especial que garantice a la clase trabajadora la ayuda económica y moral que necesita en determinados casos y que le proporcionen las instituciones correspondientes” (Franco J, 1970, p. 32).

En todo caso, debe tomarse en consideración que hasta antes de la entrada en vigor del Artículo 123 resultaba ajeno a la realidad pensar en los servicios que posteriormente habían de prestarse mediante los seguros sociales.

Posteriormente, “ante la necesidad evidente de reformar la Constitución [...], para alcanzar viejas e incumplidas metas, se convocó en julio de 1929 al Congreso de la Unión a la celebración de un periodo extraordinario de sesiones, donde se sometería a deliberación de la más alta soberanía del país una iniciativa de reforma a nuestra Carta Fundamental que, tras los debates respectivos, culminaría con la modificación de la fracción XXIX del Artículo 123 [...]” (Ruiz A, 2018).

Al respecto, en relación con la fórmula original de la fracción XXIX, es importante señalar que, con el propósito de evitar heterogeneidad normativa —confiriendo así igualdad de derechos a nivel nacional—, reformar la fracción en cuestión (junto con la fracción X del Artículo 73) resultaba necesario para federalizar el ámbito de lo laboral<sup>39</sup>.

Además, la intención normativa de la reforma de 1929 responde al hecho de que originalmente se había omitido conferir al aseguramiento carácter obligatorio, lo que conllevó que, en su momento, se adoptara constitucionalmente un modelo de seguro social voluntario que, ya para entonces, empezaba a resultar inactual en el ámbito de la previsión social.

Tras los debates respectivos en el marco del proceso de reforma constitucional, el Congreso de la Unión modificó la fracción en cuestión para normar: “Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá Seguros de la Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes, y otros con fines análogos”.

Con la nueva redacción se dio un gran paso en el surgimiento y consolidación de las vigentes instituciones de seguridad social, al imponer carácter obligatorio al aseguramiento y asignarle una activa y determinante participación al Estado, quien debía expedir la ley sobre la materia, convirtiéndose a la postre en rector de la seguridad social (Cázares G, 2018, pp. 62-63).

Si bien desde 1929 se explicitó en la Constitución la relevancia de un ordenamiento en la materia, fue hasta el 31 de diciembre de 1942 que finalmente se promulgó una Ley del Seguro Social de observancia general en el territorio nacional.

Cabe destacar que en 1935 el Presidente Lázaro Cárdenas encomendó y envió al Poder Legislativo un proyecto de marco jurídico en materia de seguro social para atribuir la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales en beneficio de todas las personas asalariadas, tanto del ámbito industrial como del agrícola. En última instancia, se resolvió que el proyecto ameritaba estudios adicionales.

En este contexto, el Presidente, “atendiendo a que debido a múltiples factores aún no había podido expedirse una Ley del Seguro Social que reglamentara la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional instruyó a uno de sus más destacados colaboradores, Ignacio García Téllez, para que con base en estudios previamente realizados por diversas Secretarías y Departamentos de Estado, se integrara una nueva Comisión que estudiara —ahora sí con evidente apoyo estadístico y actuarial— la expedición de dicha legislación de observancia nacional” (Ruiz A, 2018, p. 97).

Considerando y conjugando antecedentes y con la intervención de un grupo multidisciplinario de especialistas, para diciembre de 1938 se articuló un Anteproyecto de Ley del Seguro Social; sin embargo, “otro importante suceso histórico de la época, que requeriría toda la atención posible por parte del Gobierno Federal, impidió que cristalizara dicho proyecto: la expropiación petrolera” (Ruiz A, 2018).

Posteriormente, el Presidente Manuel Ávila Camacho hizo patente su interés por asuntos de carácter laboral (al asumir la Presidencia de la República proclamó el establecimiento de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social) y la creación de una entidad de seguros sociales.

De este modo, en junio de 1941, el titular del Ejecutivo resolvió establecer, adscrita a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, una Comisión Técnica de carácter multidisciplinario y tripartita (sector de las y los trabajadores, patronal y de gobierno), así como provista de todo lo necesario —tanto en términos técnicos como materiales— para operar, con el propósito de elaborar un nuevo Proyecto de Ley.

Respecto de esta dinámica y de su propósito final, resulta pertinente señalar que en el Acuerdo que crea una Comisión Técnica encargada de elaborar el proyecto de Ley de Seguros Sociales (DOF, 18 de junio de 1941) se precisó:

El 1 de diciembre de 1940, al asumir la Primera Magistratura de la Nación, el Ejecutivo adquirió el compromiso de que las leyes de seguridad social protegerán a todos los mexicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en la vejez. [...] Tal compromiso obedeció al deseo de realizar los anhelos consagrados en la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional, que considera de utilidad pública la expedición de una Ley de Seguros Sociales.

Así, después de un año de labor, la Comisión había terminado “una ley sencilla, sin propósitos irrealizables”, la cual pasó al acuerdo del Presidente de la República el 3 de julio de 1942. Según se hacía ver en una carta que acompañaba al proyecto, este tenía la importancia de concretar “uno de los más altos propósitos de la Revolución Mexicana, tendiente a proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia obrera, y contribuye al cumplimiento de compromisos exteriores, de promesas gubernamentales y de un deber constitucional ineludible” (Fraga G, Bravo V, 1983, p. 28).

El Congreso aprobó la iniciativa y el 19 de enero de 1943 la Ley del Seguro Social se publicó en el Diario Oficial. Según la exposición de motivos del nuevo ordenamiento, el fin primordial del mismo era “garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”.

Conforme al marco conceptual de la nueva Ley (Artículos 2 y 5), el Seguro Social se estableció como un servicio público nacional con carácter obligatorio y para su organización y administración se fundó, con personalidad jurídica propia, un organismo descentralizado constituido por los sectores obrero y patronal, así como por el Gobierno Federal, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social; el cual inició funciones el 1 de enero de 1944.

Por lo que se refiere al ámbito personal de aplicación, conforme al Artículo 3 de la nueva Ley, resultaba obligatorio asegurar únicamente a “los trabajadores que prestaban a

otra persona un servicio en virtud de un contrato de trabajo ya sea en empresas privadas, estatales, de administración obrera o mixtas”. Además, a “los miembros de sociedades cooperativas de producción” y a quienes prestaban servicios “en virtud de un contrato de aprendizaje”.

En todo caso, resulta pertinente poner de relieve que en la exposición de motivos de la Nueva Ley se precisó: “La experiencia lleva también a la conclusión de que el Seguro Social debe establecerse con el carácter de obligatorio, para garantizar la estabilidad y la permanencia del sistema y también para extenderlo al mayor número posible de las personas que deben quedar comprendidas en él, colocándose el Estado dentro de la posición tutelar que, tanto la Constitución de 1917, entre nosotros, cuanto los principios universales del derecho moderno, le reconoce en aquellas cuestiones de vital interés público”.

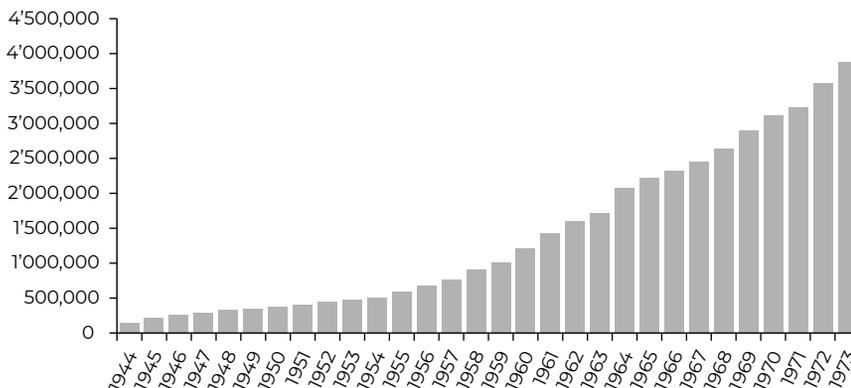
Según lo anterior, al margen de la fórmula restrictiva del artículo antes referido —con el propósito de extender la cobertura del Seguro Social a un mayor número de personas—, en el Artículo 6 de la Nueva Ley se estableció: “El Poder Ejecutivo Federal, previo estudio y dictamen del Instituto, determinará las modalidades y la fecha en que se organice el Seguro Social de los trabajadores al servicio del Estado, de empresas de tipo familiar, a domicilio, domésticos, del campo, temporales y eventuales [...]”.

Además, mediante disposiciones “del Seguro Facultativo” (Capítulo VI de la Nueva Ley) se confirió al Instituto facultad de contratar tales seguros con —además de las personas trabajadoras ya contempladas en el Artículo 6— “los profesionistas libres, los trabajadores independientes, los artesanos y con todos aquellos que les fueren similares”.

El incremento demográfico, la continua transformación de la sociedad y la creciente complejidad de las relaciones de trabajo hacen que el derecho a la seguridad social sea esencialmente dinámico. Debe evolucionar de acuerdo con las circunstancias, mejorando las prestaciones y ampliando constantemente la posibilidad de incorporar a sus beneficios a un número cada vez mayor de mexicanos (Presidencia de la República, 1973).

Consecuentemente, décadas después de su entrada en vigor, resultaba necesario robustecer y adecuar el régimen del Seguro Social a fin de que este respondiera a la nueva realidad nacional, generando así condiciones que permitieran atender crecientes requerimientos y demandas sociales; es decir, se necesitaba ya un nuevo marco jurídico de mayor alcance en cuanto a cobertura y protección de diversos grupos (gráfica 13).

**GRÁFICA 13**  
**PERSONAS TRABAJADORAS ASEGURADAS, 1944-1973**



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

En la línea de lo señalado en los párrafos anteriores, al inicio de la década de 1970, luego de que la Ley del Seguro Social fuese —entre noviembre de 1944 y diciembre de 1970— objeto de 10 reformas, el Ejecutivo Federal resolvió que, en virtud de las condiciones imperantes, era pertinente articular un nuevo andamiaje jurídico para reemplazar aquel establecido prácticamente al final de la primera mitad del siglo.

La entrada en vigor de la Ley del Seguro Social (de 1973) fue resultado de un proceso previo de carácter complejo en cuyo marco se “comisionó a diversos funcionarios para que madurasen el anteproyecto de ley. Una vez terminado este, se presentó al Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social para su análisis; el proyecto fue discutido ampliamente por los representantes de los sectores patronal, obrero y estatal. Fue analizado también por la Secretaría del Trabajo y la propia Presidencia de la República. Luego lo hicieron la OIT y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), expresando todos su conformidad y beneplácito, dado que se trataba de una legislación de avanzada” (Ruiz A, 2018, p. 117).

Para esbozar el espíritu de la Ley, vale la pena poner de relieve los siguientes puntos asentados en su exposición de motivos: “La seguridad social [...] precisa ampliarse y consolidarse no solo por el imperativo de propiciar el bienestar de la comunidad, sino como exigencia económica, pues la redistribución de la riqueza que promueve no frena el crecimiento, sino por el contrario, lo impulsa de manera real y sostenida. Mientras el hombre no disponga de elementos para superar sus limitaciones materiales y culturales no podrá alcanzar su plena productividad”.

Según los preceptos del núcleo de la Ley, se estatuyó (Artículos 2 y 4) que el Seguro Social, servicio público de carácter nacional, era el instrumento básico de la seguridad social; cuya finalidad era “garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”.

En este contexto, el nuevo ordenamiento estableció un modelo de cobertura que combinaba estructuras de un Régimen Obligatorio y de uno Voluntario. Respecto del primero, en el Artículo 12 se estableció como sujetos de aseguramiento a: las personas vinculadas a otras por una relación de trabajo (cualquiera que fuese el acto de origen y cualquiera que fuese la personalidad jurídica o la naturaleza económica de la o el patrón); los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas, y los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupos solidarios, sociedades locales o uniones de crédito, comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola.

Conforme al Artículo 13, en la Ley se preveía, por medio de un mecanismo de decretos del Ejecutivo Federal relativos a “las modalidades y fechas de implantación del Seguro Social en favor de [tales] sujetos de aseguramiento”, la incorporación al Régimen Obligatorio de las personas trabajadoras en industrias familiares, trabajadoras y trabajadores independientes y demás no asalariados. Además, (bajo diversos supuestos) de personas ejidatarias, comuneras y las y los pequeños propietarios patronos personas físicas con personas trabajadoras a su servicio.

En relación con la expedición progresiva de los decretos respectivos, sistémicamente —Artículo 18 de la Ley— se estableció que “los sujetos de aseguramiento” podían, en los periodos que para tal efecto el Instituto fijara y satisfaciendo los requisitos correspondientes, optar por solicitar su “incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio”.

Como se destacó en la exposición de motivos de la Ley: “La incorporación voluntaria al régimen obligatorio constituyó una significativa innovación, ya que [vino] a crear el

marco legal necesario para incorporar al Seguro Social a numerosos grupos y personas que hasta la fecha no [habían] podido disfrutar de los beneficios que ofrecía el sistema”.

De este modo, en términos de dinámica de protección, el mecanismo de incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio ofrecía a las personas concernidas la posibilidad de gozar de cobertura de seguro social, aun cuando no se hubiesen expedido los decretos sobre la “implementación del Seguro Social” en su favor.

En el caso particular de “trabajadores domésticos”, se estableció (Artículo 203) que, mientras se expedían los decretos relativos a su incorporación, su afiliación al Régimen Obligatorio tendría lugar a solicitud de la persona patrona.

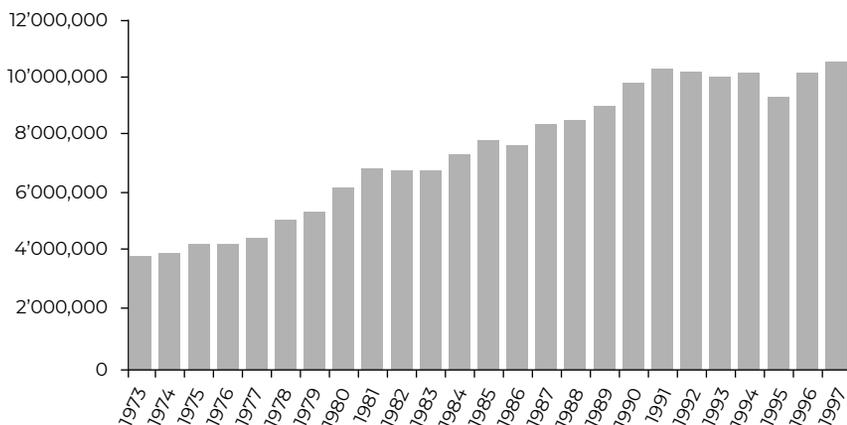
Por otra parte, mediante la Ley también se adecuaron los preceptos relativos a seguros facultativos (Título Tercero); normando así, que el Instituto podía proporcionar prestaciones en especie en el ramo de Enfermedad y Maternidad a quienes no fuesen sujetos de aseguramiento, así como a familiares de quienes sí lo eran pero que carecieran de protección al amparo de la Ley.

En el contexto del continuo proceso de transformación social y conforme a la intención normativa de la Ley, el Artículo 123 de la Constitución fue objeto de una nueva reforma; de este modo, a partir de 1975, la fracción XXIX del mismo establece: “Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

El derecho a la seguridad social es, en efecto, “esencialmente dinámico”; de este modo, tras 19 paquetes de reformas para —entre diciembre de 1974 y diciembre de 1994— ajustar la estructura normativa a nuevas circunstancias, mediante decreto de diciembre de 1995 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social Vigente. Conforme al régimen transitorio —reformado (DOF, 21 de noviembre de 1996)— de la misma, se estableció que la Ley entraría en vigor en julio de 1997.

Entre la Ley del Seguro Social de 1973 y la de 1997, la población trabajadora asegurada creció a más del doble, de menos de 4 millones a más de 10 millones de personas (gráfica 14).

**GRÁFICA 14**  
**PERSONAS TRABAJADORAS ASEGURADAS, 1973-1997**



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

En un entorno tendente a la ampliación, fortalecimiento y modernización de la seguridad social, en la exposición de motivos de la Ley Vigente se precisó: “La seguridad social es uno de los mejores medios para llevar a cabo los objetivos de política social y económica del Gobierno y satisfacer las legítimas demandas y aspiraciones de la población. Su materialización en el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha destacado por los grandes beneficios proporcionados a los trabajadores, sus familias y a las empresas, así como por la promoción de la salud y el bienestar de la sociedad. [...] A pesar de sus realizaciones se debe reconocer que para construir el sistema de seguridad social que requieren hoy los mexicanos y necesitará México en el Siglo XXI, es indispensable corregir deficiencias, superar limitaciones y sentar bases sólidas para que la seguridad social sea, en mayor medida, la vía por la cual avancemos hacia la eficacia plena de los derechos sociales” (Presidencia de la República, 1995).

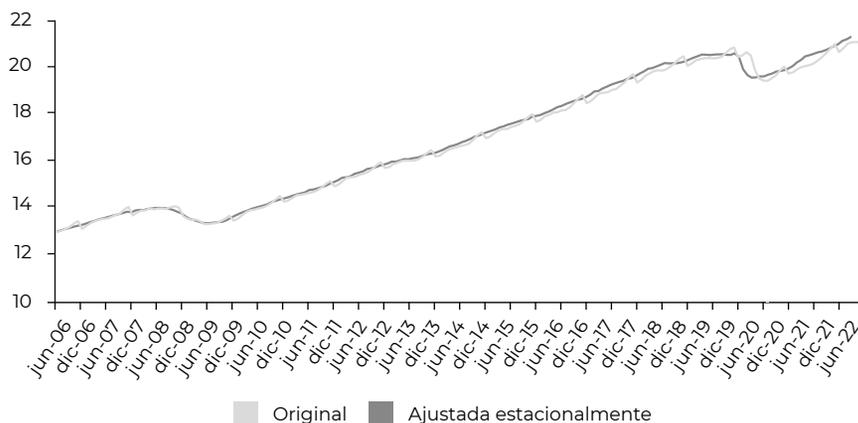
Bajo el nuevo marco jurídico, —como es sabido, conforme a los Artículos 12, 13 y 240— se conservan los regímenes de seguridad obligatorio y voluntario. Además, conceptualmente, cabe destacar que conforme a los Artículos 1 y 2 se estableció que los preceptos de la misma “son de orden público y de interés social” y que el propósito de la seguridad social es “garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado”.

Durante su primera etapa, el Instituto Mexicano del Seguro Social confirió protección a un número limitado de núcleos de personas trabajadoras. En virtud de la protección, tanto personal como comunitaria, que la seguridad social ofrece y de su relevancia para el desarrollo integral de las personas, así como para hacer frente a retos estructurales como la pobreza y la desigualdad, el Instituto ha extendido progresivamente la cobertura de esta, incorporando así a nuevos y diversos sectores tanto del ámbito rural como urbano.

### Cotizantes IMSS

Al 30 de junio de 2022, se tienen registrados ante el Instituto 21'068,708 cotizantes; 86.9% permanentes y 13.1% eventuales. La participación del empleo permanente es la más alta de los últimos 12 años para el mes en cuestión (gráfica 15 y cuadro 9).

**GRÁFICA 15**  
**PERSONAS COTIZANTES ANTE EL IMSS, 2006-2022**  
(millones)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.



**CUADRO 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS COTIZANTES ANTE EL IMSS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA,**  
**JUNIO DE 2022**

ACTIVIDAD ECONÓMICA	COTIZANTES
Agropecuario	721,494
Extractivas	130,064
Transformación	5'902,391
Construcción	1'665,156
Electricidad y agua	149,205
Comercio	4'307,308
Transportes y comunicaciones	1'394,745
Servicios para empresa	4'532,921
Servicios sociales y comunales	2'265,424

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Actualmente, la razón de ser del Instituto Mexicano del Seguro Social se consolida en virtud de una misión de carácter transformador de múltiples facetas que posiciona el cuidado pleno y el desarrollo integral de la persona en el núcleo de sus prioridades.

Concibiendo y promoviendo innovaciones administrativas, operativas, legislativas y tecnológicas, el Instituto continuará echando mano de todos los recursos a su disposición para forjar un sistema de cobertura de seguridad social cada vez más incluyente y robusto.

## **VI.2. LAS PENSIONES EN MÉXICO: PASADO, PRESENTE Y FUTURO**

David Razú Aznar y Jorge Meléndez Barrón

### **Introducción**

Las pensiones son uno de los componentes de la seguridad social que contribuyen a que los hogares tengan la certeza de mantener un flujo de recursos para cubrir sus necesidades básicas (Macías A, Villa S, 2017, pp. 2-28). Son un mecanismo para asegurar el bienestar y reducir la vulnerabilidad económica y social de las y los adultos mayores retirados de las actividades laborales o de las personas que pierden su capacidad de trabajar, pues consisten en la entrega de una cantidad periódica a quienes se encuentren en estas situaciones o a sus personas beneficiarias.

El presente capítulo ofrece una perspectiva histórica del sistema de pensiones en México, así como de su importancia actual y del panorama a futuro de estas. En primera instancia serán abarcados los antecedentes del sistema de pensiones a lo largo del siglo XX, así como las reformas que ha experimentado en los últimos 25 años. En segundo lugar, es descrita la organización actual del Sistema de Ahorro para el Retiro y los esquemas de pensiones vigentes. Por último, son expuestos algunos retos para el porvenir de la población trabajadora.

### **Pasado**

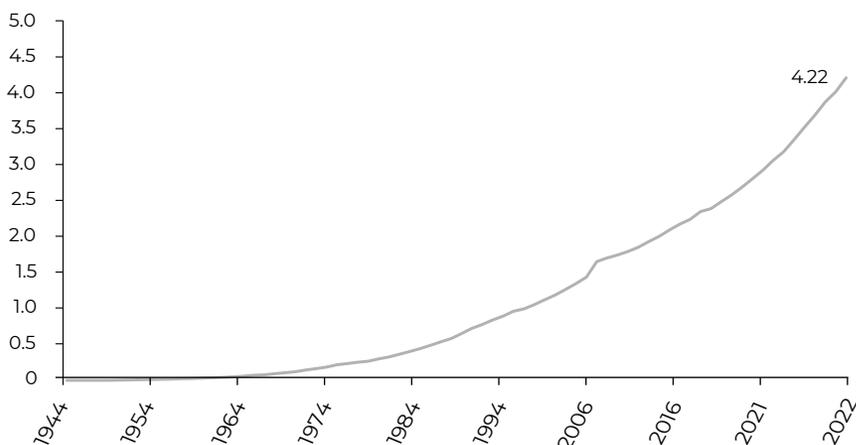
En apartados anteriores fue expuesta la historia de la seguridad social en México y cómo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha jugado un papel fundamental en el porvenir de las y los trabajadores mexicanos. El país tiene como antecedente ser uno de los primeros países del mundo que estipuló a nivel constitucional el derecho a la

seguridad social. Desde 1917, la seguridad social para todas y todos los mexicanos fue plasmada en la Carta Magna de los Estados Unidos Mexicanos. Posteriormente, en 1929 el Seguro Social adquirió la categoría de un derecho público obligatorio, sentando así las bases para la formulación de la Ley del Seguro Social (Macías A, Villa S, 2017, p. 13).

Después de más de una década, en 1943 fue promulgada la Ley del Seguro Social, que dio origen al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al cierre de su primer año de operación, el IMSS contaba con 53 personas pensionadas, en 1956 alcanzó 25,409 y en 1973 el número ascendió a 265,281. Impulsado por la expansión del alcance del Seguro Social y el envejecimiento acelerado de la población, la cifra de personas trabajadoras aseguradas pensionadas creció rápidamente: en 1989, el número de personas pensionadas fue por primera vez superior a 1 millón y, en 1997, el IMSS alcanzó 1'653,142 pensionadas y pensionados. Al cierre de 2021, el número de personas pensionadas del Seguro Social alcanzó 4'216,175<sup>40</sup> (gráfica 16) (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2022c).

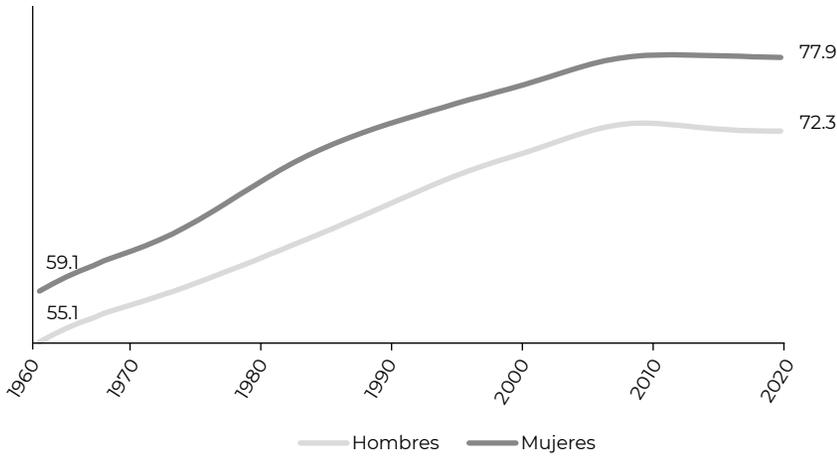
**GRÁFICA 16**  
**PERSONAS PENSIONADAS DEL IMSS, 1944-2022**  
(millones)



Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS.

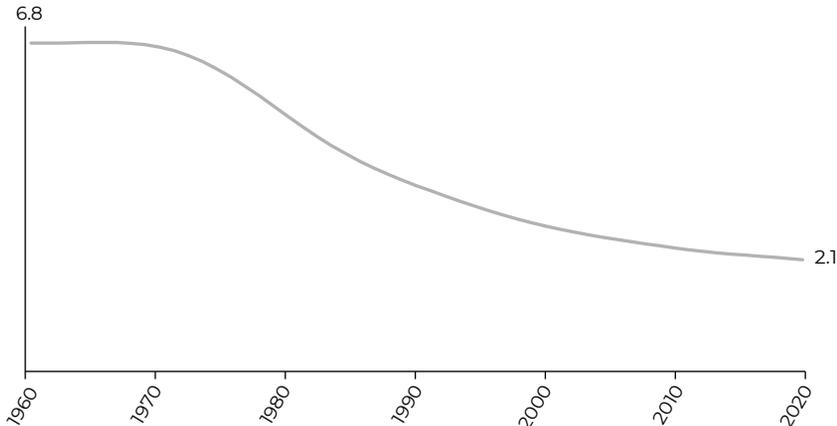
Cabe señalar que las pensiones establecidas en la Ley del Seguro Social operaban hasta 1997 bajo un esquema de beneficio definido de reparto, en el que las contribuciones de cada persona trabajadora activa cotizante iban a un fondo común que cubría las pensiones corrientes. Este esquema dependía de la dinámica poblacional para asegurar su sostenibilidad, ya que era necesario que existiera una mayor proporción de población activa en la fuerza laboral que personas jubiladas. Sin embargo, “la estructura poblacional fue transformándose con el paso del tiempo y sufrió importantes modificaciones derivadas de cambios en las tasas de fecundidad y mortalidad” (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro [Consar], 2015, p. 6). En el caso de México, en 1960 la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de 59.1 años y para los hombres de 55.1 años, mientras que en 2020 fue de 77.9 y 72.3 años, respectivamente. Lo que equivale a que en 60 años la esperanza de vida creció aproximadamente 31.5%. Por otra parte, la fertilidad pasó de 6.8 nacimientos por cada mujer en 1960 a 2.1 nacimientos en 2020, disminuyendo 69.1% (Banco Mundial, 2020) (gráficas 17 y 18).

**GRÁFICA 17**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER, 1960-2020**  
 (años)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial (2022).

**GRÁFICA 18**  
**TASA DE FERTILIDAD, 1960-2020**  
 (nacimientos por cada mujer)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial (2022).

El reto principal para las pensiones durante la década de 1980 fue idear la forma en que las y los trabajadores pasarían de un esquema de reparto de beneficios definidos a uno de capitalización individual de aportaciones definidas, como respuesta a los cambios demográficos y económicos del país. Esta transición había iniciado en 1992 con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que abarcaría tanto al sector público como privado, en donde la incorporación de las cuentas individuales de ahorro para el retiro “recibió el tratamiento de complemento a la forma de establecer las pensiones dadas por el IMSS a través de la Ley del Seguro Social de 1973” (Cámara de Diputados, 2017, p. 17).

La problemática del esquema de pensiones de reparto definido fue reconocida en 1995 por el IMSS, al publicar que la tasa anual promedio de crecimiento esperada de la población pensionada sería de 5.7% para los siguientes 20 años, mientras que las personas cotizantes solamente aumentarían 2.6% (IMSS, 1995). Además, entre 1944 y 1995 los beneficios del ramo de pensiones incrementaron sustancialmente, tales como: la reducción de 700 a 500 semanas de cotización para alcanzar el beneficio de los ramos de Vejez o Cesantía en Edad Avanzada; el incremento en las cuantías de las pensiones y el establecimiento de un mes de aguinaldo, entre otros. En adición, durante 5 décadas fueron efectuadas transferencias de recursos del ramo de aseguramiento que pagaba las pensiones —Invalidez, Vida, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM)—, para apoyar al ramo de Enfermedades y Maternidad, el cual había operado prácticamente desde su inicio con déficit financiero. Por lo anterior, en 1995 el ramo de IVCM no contaba con las reservas líquidas necesarias, poniendo en riesgo la sostenibilidad del esquema de reparto de beneficio definido (Cámara de Diputados, 2007).

Fue hasta 1995 con la reforma a la Ley del Seguro Social, y la entrada en vigor de esta el 1 de julio de 1997, que el cambio en los esquemas de pensiones fue concretado. En otras palabras, el ahorro para el retiro ya no estaría en un fondo común donde las generaciones más jóvenes sostendrían las pensiones corrientes, sino que el ahorro sería individual con base en las aportaciones de cada persona trabajadora, y las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) aparecieron como los nuevos actores clave encargados de la gestión de los fondos. Asimismo, en 2007, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) también fue reformada para transitar de un esquema de beneficio definido a uno de aportaciones definidas.

### **Presente**

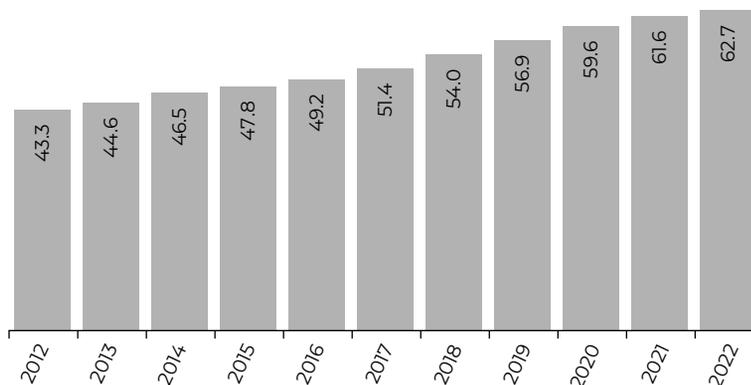
El nuevo esquema de pensiones también impulsó una nueva Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, que entró en vigor a partir del 23 de mayo de 1996, en la cual quedaron establecidas las bases para el funcionamiento del sistema y de las Afore que ahora administran las cuentas individuales de las y los trabajadores a su elección (Cámara de Diputados, 2007; Senado de la República, 2009).

A partir de 1997, el seguro de IVCM se transformó en dos nuevos seguros: el de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) y el de Invalidez y Vida (IV). El primero es un sistema de capitalización del ahorro para el retiro de las personas trabajadoras en cuentas individuales, mientras que el segundo sigue siendo de beneficio definido. El IMSS recauda las cuotas obrero-patronales de ambos seguros, en conjunto con las de todos los seguros del sistema, pero las de RCV son depositadas en las Afore seleccionadas individualmente por las y los trabajadores.

Actualmente, el SAR cuenta con 62.73.4 millones de cuentas individuales y 5.074.8 billones de pesos administrados por 10 Afore, que a su vez invierten los recursos en 10 Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (Siefores) generacionales de acuerdo con el año de nacimiento de la persona trabajadora y siguiendo perfiles de inversión específicos. En los últimos 10 años, las cuentas en el sistema han crecido 473% y los recursos administrados han aumentado en 17,157% (Consar, 2022a). El ente regulador es la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), la cual supervisa que los recursos de las y los trabajadores se inviertan de acuerdo con los parámetros y límites legales, establece las reglas para que el SAR funcione correctamente y está facultada para sancionar a las Afore que no sigan las normas establecidas (Consar, 2012) (gráficas 19 y 20).

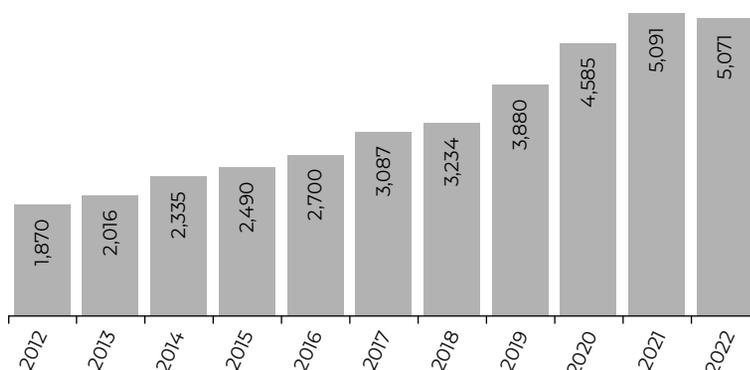


**GRÁFICA 19**  
**CUENTAS EN EL SAR, 2012-2022**  
 (millones de cuentas)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Consar (2022).

**GRÁFICA 20**  
**RECURSOS EN EL SAR, 2012-2022**  
 (miles de millones de pesos)



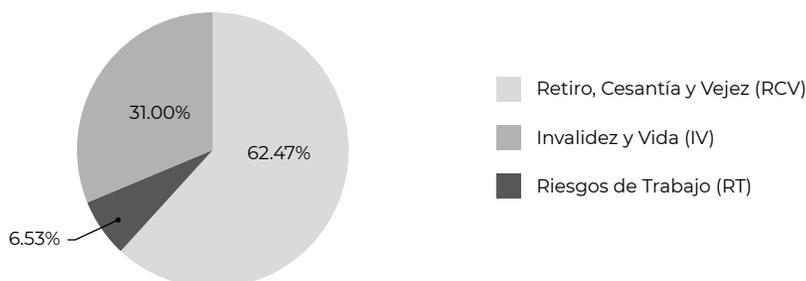
Fuente: Elaboración propia con datos de la Consar (2022).

Al cierre de marzo de 2022, los recursos administrados por las Afore equivalían a 19.8% del PIB, de los cuales 52% corresponden a los 2.7 billones de pesos en rendimientos acumulados; es decir, en el tiempo transcurrido entre la fundación del nuevo SAR y la actualidad, los recursos invertidos por las personas trabajadoras se han más que duplicado (Consar, 2022b).

Las Afore tienen la misión de cuidar y maximizar el ahorro de las y los trabajadores para incrementar el monto de la pensión que recibirán al momento de su retiro y, de esta forma, asegurar el consumo futuro de las personas al proveer un flujo de ingresos cuando su vida laboral haya terminado. La sinergia creada entre el SAR y el resto de la economía genera un ciclo virtuoso para el desarrollo del país, ya que constituye una opción de ahorro segura para las y los trabajadores, promoviendo su inclusión en el sistema financiero, y la inversión de los recursos es una gran fuente de financiamiento interno, al canalizar recursos a distintas áreas trascendentales para el desarrollo del país.

La reforma a la Ley del Seguro Social que entró en vigor el 1 de julio de 1997 establece que la población trabajadora que cotizó al IMSS antes de esa fecha mantendrá el derecho a pensionarse de acuerdo con los beneficios de la Ley anterior, denominada Ley 73, si así lo desea. Dichas pensiones siguen siendo pagadas por el IMSS con recursos presupuestarios del Gobierno Federal y, como se mencionó, al cierre de 2022 ascendían a poco más de 4.42 millones. De estas, 2.76 millones corresponden a Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV), y el resto corresponden a los ramos de Invalidez y Vida (IV) y Riesgos de Trabajo (RT) (gráfica 21).

**GRÁFICA 21**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS PENSIONES EN CURSO DE PAGO EN EL IMSS, 2022**  
(% del total)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

No obstante, la importancia del IMSS como pieza central del sistema de pensiones mexicano, no debe dejar de señalarse que el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) menciona que en México existían alrededor de mil sistemas, modelos y esquemas de pensiones en 2017, que cuenta cada uno con sus propias tasas de cotización, tasas de reemplazo, reglas, incentivos, condiciones y beneficios (Macías A, Villa S, 2017). Estos esquemas de pensiones y las instituciones que los proveen pueden ser ordenados bajo la concepción multipilar del Banco Mundial (Holzmann R, Hinz R, 2005, pp. 1-2; Villarreal H, Macías A, 2020) (cuadro 10).

**CUADRO 10  
PENSIONES EN MÉXICO**

TIPO DE PENSIÓN	PILAR	DESCRIPCIÓN	ORIGEN DE LOS RECURSOS	INSTITUCIONES Y PENSIONES
<b>No contributiva</b>	Cero	Pensiones universales o focalizadas con el objetivo de otorgar una pensión mínima a las personas adultas mayores para protegerles de la pobreza y vulnerabilidad.	Presupuesto público	Secretaría del Bienestar: Pensión para el bienestar de las personas adultas mayores.
<b>Contributiva</b>	Uno	Engloba al esquema de reparto de beneficios definidos, donde las y los trabajadores hacen sus aportaciones a un fondo común que financia las pensiones corrientes. Cabe mencionarse que este esquema es de contribución obligatoria y puede estar sujeto a los cambios políticos y demográficos.	Fondo común de trabajadoras y trabajadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMSS: Ley 73 (generación de transición).</li> <li>• ISSSTE: Décimo transitorio (generación de transición).</li> <li>• Pemex: Esquema de reparto hasta 2015.</li> <li>• CFE: Esquema de reparto hasta 2008.</li> <li>• ISSFAM: Esquema de reparto vigente.</li> <li>• SHCP: Paga pensiones de reparto de empresas estatales desaparecidas (Luz y Fuerza del Centro y Ferrocarriles Nacionales).</li> </ul>
<b>Contributiva</b>	Dos	Denominado el esquema de capitalización individual de aportaciones definidas y es obligatorio. Aquí cada persona trabajadora es dueña de sus propios recursos, por lo que es su responsabilidad contribuir para que, junto con los rendimientos generados, pueda beneficiarse de su pensión.	Cuentas individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMSS: Ley 97 (contribución definida).</li> <li>• ISSSTE: Cuentas individuales (contribución definida).</li> <li>• Pemex: Las y los trabajadores que inician labores en 2016 transitan a cuentas individuales (contribución definida).</li> <li>• CFE: A partir de 2008 se adhiere al IMSS bajo esquema de contribución definida.</li> </ul>
<b>Contributiva</b>	Tres	Está constituida por acuerdos voluntarios de ahorro en formas discretionales, flexibles y distintas entre ellas.	Ahorro individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMSS: Ahorro voluntario en cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro.</li> <li>• ISSSTE: Ahorro solidario.</li> <li>• CFE: CIJUBILA con aportaciones de la persona trabajadora de CFE. Planes de ahorro privados.</li> </ul>
<b>No contributiva</b>	Cuatro	Apoyos informales intergeneracionales otorgados por miembros de la familia.	Apoyo familiar	n/a

n/a: No aplica.

Fuente: Banco Mundial (2022) y Macías y Villa (2017).

Un problema central de la reforma de 1997 fue que las estimaciones actuariales no tomaron en cuenta el continuo tránsito de las personas trabajadoras mexicanas entre formalidad e informalidad. De esta manera, la reforma se hizo sobre el supuesto de que las y los trabajadores formales alcanzarían cotizaciones promedio de al menos 1,250 semanas, con aportaciones correspondientes a 6.5% de sus salarios corrientes. El cálculo detrás de ello fue que la inversión de esos recursos y los rendimientos derivados alcanzarían para que, al llegar la o el trabajador a la edad de retiro contara con una pensión suficiente para sostener sus necesidades futuras. Sin embargo, lo que no se calculó fue que la alta movilidad entre el sector formal y el informal hacen casi imposible una cotización continua de esa duración. De hecho, la densidad promedio de cotización de las personas trabajadoras mexicanas es de 44.3%, lo cual significa que solo 24% de la Generación Afore podría realmente entrar en el supuesto actuarial original de la reforma (Consar, 2021). En otras palabras, la reforma de 1997 no garantizó un retiro digno para la gran mayoría de las y los trabajadores sujetos a ello.

Con la finalidad de atender esta situación, durante la administración del Presidente López Obrador se han aprobado dos importantes reformas: una sobre el sistema contributivo del SAR y otra directamente de cara a las y los adultos mayores de carácter no contributivo y universal.

Respecto de la primera, con el objeto de aumentar las aportaciones y ahorros de la población trabajadora durante el tiempo que se mantenga en empleos formales, en 2020 fue publicada la reforma del sistema de pensiones propuesta e impulsada por la actual Administración Pública Federal. El objetivo principal de la reforma es incrementar la cantidad de personas trabajadoras con acceso a una pensión, al mismo tiempo que la tasa de reemplazo sea mayor. Entre los efectos previstos de la reforma destaca el aumento de las pensiones que las y los trabajadores mexicanos recibirán en el futuro gracias al incremento gradual de la tasa contributiva de 6.5% en 2022 a 15% en 2030; al redireccionamiento de la cuota aportada por el Gobierno Federal hacia las cuentas de las personas trabajadoras con menores salarios, así como al nuevo esquema para obtener la Pensión Mínima Garantizada y la disminución paulatina de las comisiones cobradas por las Afore.

De igual forma, la reducción de las semanas cotizadas requeridas para recibir una pensión, de 1,250 a 750 con un incremento gradual aplicado anualmente hasta llegar a 1,000, reconoce la estructura del mercado laboral mexicano, donde una alta proporción de personas trabajadoras transita entre la formalidad y la informalidad, por lo que un mayor número de ellas tendrá acceso a una pensión. De hecho, a 2 años de este importante cambio legal, de las 42,321 resoluciones de pensión otorgadas por el IMSS bajo la ley reformada, 38 mil contaban con menos de 1,250 semanas, es decir, estas y estos trabajadores sin la reforma no habrían tenido acceso a la pensión que les fue otorgada (IMSS, 2022f). Por otra parte, el Banco de México prevé que la tasa de reemplazo sea mayor que 25% estimado bajo el régimen anterior y pase a 62% (Banco de México, 2021).

Por otra parte, respecto al componente no contributivo, también durante la presente administración, el Presidente de la República promovió una reforma en favor de la universalidad de las pensiones con el programa de Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (PPAM).

Inicialmente, el programa se destinó a beneficiar a todas las personas adultas mayores de 68 años, sin importar si contaban con algún otro apoyo por concepto de jubilación o pensión, y 65 años en caso de pertenecer a un pueblo indígena o ser afromexicano, no obstante, en agosto de 2021 se estableció la edad mínima en 65 años de forma general.

Para 2022, la cobertura del programa asciende a 10.35 millones de personas adultas mayores (Gobierno de México, 2022), 99.7% de la población mayor de 65 años, y los montos de las pensiones otorgadas equivalen a una cobertura de 120% de la canasta alimentaria en zonas rurales y 92% en zonas urbanas (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval], 2022). Con la ampliación de la cobertura de este esquema no contributivo y de naturaleza asistencial, México ha avanzado en el cumplimiento al derecho a una vida digna en la vejez a través de una política pública que responde a las fallas de cobertura generadas por la dinámica laboral y, en particular, a la alta proporción de población trabajadora que no cuenta con acceso al SAR.

### **Futuro y retos**

Los beneficios del actual esquema contributivo dependen en gran medida del tiempo que las personas laboran en la formalidad y las aportaciones que realizan al SAR. Así, la capitalización de las cuentas individuales presenta grandes retos derivados de la dinámica laboral de las y los mexicanos.

De acuerdo con la Consar, aproximadamente 1 de cada 5 personas trabajadoras abandona la formalidad después de 5 trimestres laborando. Además, las y los patrones exacerban algunas desigualdades laborales: la salida y destino de la informalidad difiere por sexo, ya que 2 de cada 5 mujeres en promedio salen de dicha condición para ser parte de la Población No Económicamente Activa (PNEA) o del sector formal después de 5 trimestres, mientras que 1 de cada 5 hombres deja la informalidad para insertarse al mercado de trabajo con acceso a seguridad social.

Por otra parte, la permanencia de corto plazo (5 trimestres) en el empleo formal es mayor en las personas con salarios altos, edad media y con mayor escolaridad. Asimismo, haber laborado en la formalidad en el pasado es la variable con mayor relevancia sobre la probabilidad de ser formal en el futuro (Consar, 2017).

Derivado de lo anterior, es necesario promover opciones de ahorro para el retiro para todo tipo de personas trabajadoras, sin importar su condición de formalidad, de manera que sea posible atenuar los impactos del constante tránsito formal-informal de las y los trabajadores sobre su pensión. En otras palabras, es fundamental encontrar mecanismos para universalizar los beneficios del sistema de contribución definida para no dejar toda la carga pensionaria al presupuesto fiscal que es el que financia el PPAM. Actualmente, el IMSS y Afore XXI Banorte trabajan en analizar y diseñar propuestas de solución a esta problemática.

Otro reto que permanece para el sistema de pensiones mexicano consiste en el financiamiento de los compromisos con la generación de transición (personas trabajadoras que van a tener o tienen una pensión bajo el esquema de beneficio definido, de la Ley 73), puesto que ya no existe un fondo común que financie a las pensiones correspondientes, por lo que el Gobierno funge como garante y proveedor de los recursos, generando una presión considerable para el erario (Villarreal H, Macías A, 2020)<sup>41</sup>.

El pago de pensiones a la generación de transición significará un pasivo para el presupuesto público durante varias décadas. Al mismo tiempo que las y los integrantes de esta generación recibirán pensiones más altas, por los derechos al amparo de la Ley de 1973, que las generaciones con cuentas individuales (Consar, 2018a). Por ello, será necesario repensar el financiamiento de las pensiones de la generación de transición; mientras que la generación Afore es incentivada a incrementar sus pensiones por medio de aportaciones voluntarias para disminuir la brecha existente.

Además de los retos relacionados con la estructura del mercado laboral y la generación de transición, México está viviendo un cambio demográfico muy importante, ya que las personas adultas mayores de 65 años pasarán de representar 5% a 25% de la población total entre los años 2000 y 2050; un fenómeno sumamente acelerado si es comparado con otros países de la OCDE, como Francia, donde el mismo cambio demográfico habrá tardado 300 años en suceder, de 1750 a 2050 (Levy S, 2019, p. 18).

Diversas instituciones, tales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y The Aspen Institute Mexico, proponen la creación de un sistema único, en donde las pensiones de los cuatro pilares principales (cero a tres) armonicen sus normas y garanticen la portabilidad entre los regímenes especiales de pensiones para asegurar el bienestar de la creciente proporción de personas adultas mayores. Entre las propuestas destaca la creación de un sistema único de pensiones que incorpore a las y los trabajadores de esquemas especiales a las Afore, sin perder los beneficios específicos de cada uno (The Aspen Institute, 2022).

La OCDE, el BID y The Aspen Institute Mexico mencionan que para mejorar la gobernanza del sistema es necesario: 1) crear un marco legal en común para todos los programas de pensiones y que permita la integración o coordinación de los distintos pilares y subsistemas; 2) elaborar un modelo institucional que permita un adecuado diseño de política pensionaria; 3) generar sistemas de información apropiados para monitorear y evaluar el desempeño del sistema de pensiones, y 4) instituir mecanismos de supervisión y rendición de cuentas de todos los regímenes de beneficio definido para transparentarlos (Azuara O, *et al*, 2019, p. 67).

Asimismo, la Consar propone la integración del sistema contributivo de pensiones, representado por el SAR, con el no contributivo, relativo a las pensiones del Gobierno Federal para las personas adultas mayores de 65 años. Esta propuesta está basada en la reforma del sistema de pensiones de 2008 en Chile, donde fue llevada a cabo una importante integración del pilar de prevención de la pobreza con el pilar contributivo, mejorando el nivel y la cobertura del sistema.

En México se han realizado avances importantes en la implementación del pilar cero durante los últimos años, sin embargo, aún es necesario analizar la viabilidad y el impacto que tendría proporcionar montos que aseguren un nivel mínimo de bienestar en las personas.

Azuara, Bosch, Garcia-Huitrón, Kaplan y Silva mencionan que un esquema universal de bienestar mínimo reduce los incentivos a no participar en el mercado laboral, es decir, las personas trabajadoras sabrían de antemano el monto de su beneficio mínimo y, a partir de ello, podrían incrementar su pensión de manera proporcional a sus contribuciones a lo largo de su vida laboral (Azuara O, *et al*, 2019).

De la misma forma, Levy señala la necesidad de una reforma al sistema de pensiones, en conjunto con otras del ámbito laboral, social y económico, para otorgar derechos sociales a las personas trabajadoras y contribuir al crecimiento del país, concretamente propone la creación de una pensión única no contributiva y transitoria, para asistir a las y los trabajadores retirados que no gozan de una pensión y extender el derecho a una pensión por retiro, invalidez y vida (Levy S, 2008).

En resumen, los objetivos de dicha integración de pilares ayudarían a que México logre una cobertura universal entre las personas adultas mayores, la cual garantice un nivel mínimo de ingresos sin incrementar sustantivamente el costo fiscal, que se fortalezcan los incentivos a la formalidad y que el SAR pueda operar bajo reglas simples y transparentes (Consar, 2018b).

## Conclusiones

En este capítulo fue realizado un recuento de la evolución del sistema de pensiones en México, así como su situación actual y los retos que enfrenta. Como fue posible constatar, el sistema de pensiones, con el IMSS como institución central, mantiene su carácter fundamental para asegurar el bienestar y porvenir de las y los trabajadores mexicanos. A lo largo de los años, el sistema de pensiones del Seguro Social fue sometido a reformas sustanciales para asegurar su sostenibilidad y adaptación a la dinámica poblacional y económica del país. Incluso, en las dos últimas décadas ha continuado el proceso de reforma persiguiendo el mismo fin: mejorar las condiciones de retiro para las y los mexicanos. Si bien estos ajustes han sido fundamentales para consolidar el sistema de pensiones, existen retos latentes para lograr alcanzar una mayor cobertura y mejores montos de retiro.

La proporción de personas adultas mayores tendrá un crecimiento acelerado en los siguientes años, por lo que es sumamente importante profundizar en el entendimiento de la estructura del mercado laboral mexicano, así como adaptar las posibilidades de ahorro para el retiro a los distintos tipos de trabajadoras y trabajadores, y aprovechar su estancia en la formalidad; asegurar el financiamiento de las pensiones de la generación de transición; buscar una convergencia en reglas de todos los esquemas de pensiones para procurar el porvenir de las y los trabajadores e incentivar el crecimiento de las cuentas individuales de ahorro para el retiro, y garantizar un nivel mínimo de ingresos para todas y todos los mexicanos sin importar sus condiciones laborales, asegurando la sostenibilidad fiscal del esquema.

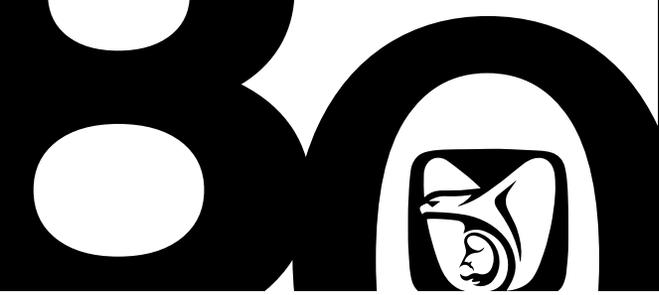
La cooperación y el intercambio de ideas entre el Gobierno Federal, el IMSS, los gobiernos estatales, las instituciones involucradas, los sindicatos de trabajadoras y trabajadores, y las propias mexicanas y mexicanos, serán primordiales para lograr un sistema de pensiones más confiable, incluyente, justo y que asegure un nivel de vida digno para las y los trabajadores y sus familias durante su retiro en edad avanzada o cuando pierdan la capacidad de generar ingresos con su trabajo.

A 80 años de su creación, el IMSS ha transitado, con distintos grados de éxito, por distintos modelos para atender las necesidades de previsión social y retiro de las y los mexicanos. La paulatina atomización de esquemas y, en ocasiones, la falta de reconocimiento de las complejas condiciones del mercado laboral mexicano, han dificultado su labor. Recientemente, sin embargo, se ha retomado el rumbo y se ha priorizado, como en su fundación, el bienestar de su población derechohabiente y la búsqueda de mecanismos para garantizar a todas y todos sus asegurados el acceso a una pensión digna y suficiente. Las reformas que al respecto se han hecho en los últimos años dan cuenta de ello y han abierto un camino propicio para la superación de los retos pendientes. Con ello, el IMSS se ha consolidado cada vez más como la principal herramienta del Estado mexicano para garantizar el porvenir de su población.



# CAPÍTULO VII

Un IMSS solidario,  
ayudar engrandece



## **VII.1. VOLUNTARIADO IMSS**

Alejandra Aburto de Robledo, Tania Matzi Gallegos Vega, Diego Roldán Jiménez y Carmen Gabriela Fontaine Sánchez

Fue el 23 octubre de 1967 cuando Graciela Perea y Sandra Cañedo conformaron un grupo de 30 mujeres, todas coincidían en ser familiares de médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se desplegaron afuera de hospitales de alta especialidad para repartir café y comida caliente para las y los familiares cuidadores de pacientes en hospitalización, que desde tempranas horas del día esperaban noticias sobre el estado de salud de sus seres queridos.

Ese donativo de alimentos se convirtió en una actividad que se repetía con mayor frecuencia y empezaron a ser reconocidas por las personas, el trato cercano durante sus actividades desencadenó una inquietud en ellas; las y los familiares cuidadores, que normalmente cumplen este rol de manera informal, enfrentaban barreras y carencias importantes en detrimento de su bienestar, inclusive, impactando en su salud física y psicológica.

Las actividades de aquel grupo de voluntarias comenzaron a ganar relevancia, empezaron a sumar más personas a sus filas y se generaron nuevas ideas; entre una aguerrida motivación y la enorme responsabilidad de la misión con la que estaban comprometidas era evidente que necesitaban conformarse como una organización de mayor capacidad, así se concretaron los cimientos del Voluntariado IMSS.

A principios de 1968, el grupo de voluntarias se reunió con el entonces Director General del IMSS, Dr. Ignacio Morones Prieto, y su cuerpo de gobierno con la intención de exponer el trabajo que habían desempeñado, las necesidades que habían detectado y sus planes para atenderlas. La propuesta tuvo una respuesta positiva y comenzó el grupo piloto de voluntarias que realizaban visitas a pacientes dentro de los hospitales; los resultados fueron alentadores pero el grupo identificó que era necesario formalizar una estructura programática que permitiría concentrar sus esfuerzos de forma eficaz y no solo como actividades esporádicas.

El 29 de julio de 1970, el grupo de voluntarias se conformó como una asociación civil Promotoras Sociales Voluntarias del IMSS, acción que les dio certeza jurídica y les permitió asumir responsabilidad para los apoyos que buscaban brindar.

El 28 de enero de 1988 se protocolizaron los estatutos de la asociación civil, los cuales establecieron los Órganos de Gobierno, los programas sociales que se implementarían, los reglamentos que se seguirían y los mecanismos de rendición de cuentas que se utilizarían.

Ya con todos los vehículos legales para gestionar donativos y el respaldo del IMSS, la labor voluntaria se organizó en forma de programas sociales, diseñados a partir de la experiencia en campo de las personas voluntarias y dedicados a atender necesidades sociales que se agudizan al enfrentar enfermedades crónicas y degenerativas, focalizados a la población derechohabiente más vulnerable.

En 1973, con la aparición del IMSS-COPLAMAR —después IMSS-SOLIDARIDAD y ahora IMSS-Bienestar— se proporcionó al Voluntariado IMSS la posibilidad de participar directamente en actividades de desarrollo comunitario, creándose así la figura de promotora voluntaria rural, quien realiza actividades relativas a la promoción de la salud y detección de enfermedades.

La promotora voluntaria rural llevó la experiencia del Voluntariado a las unidades médicas que comenzaban a implementarse a nivel nacional, uniéndose a la noble misión del IMSS de llevar seguridad social a población vulnerable, brindando apoyo en actividades de promoción de la salud y en los albergues pertenecientes al régimen del IMSS-Bienestar.



- El Programa IMSS-Bienestar y el servicio de Guarderías fueron fundamentales para articular y darle forma a las primeras tareas del Voluntariado IMSS, que surgió desde el 23 de octubre de 1967.

En la Ciudad de México se organizaron los primeros grupos voluntarios en Guarderías, donde apoyaban al personal educativo en la producción de material didáctico, actividades recreativas y eventos culturales.



- El Voluntariado IMSS ha contribuido al fortalecimiento de las actividades lúdicas y recreativas en Guarderías, Centros de Bienestar Social y los Centros de Extensión de Conocimientos.

Además, las voluntarias y voluntarios siempre colaboraban con las iniciativas de prestaciones sociales, brindaban apoyo en las actividades de los Centros de Bienestar Social y los Centros de Extensión de Conocimientos, siendo importantes difusores de la oferta social, deportiva y cultural que el IMSS impulsaba en beneficio de sus derechohabientes.

Derivado del trabajo cercano con las y los familiares cuidadores en los pasillos de hospitales, las voluntarias y voluntarios observaban las dificultades para acceder a un alojamiento seguro y accesible que les permitiera a las personas acompañar a sus seres queridos durante el periodo de hospitalización, especialmente las familias foráneas que viajaban a ciudades lejanas por tiempo indefinido, por ello se creó el Programa Nacional de Albergues en 1985, con la intención de construir una infraestructura dedicada al alojamiento de esta población, bajo los criterios de operación del contexto hospitalario y la calidez con la que ha trabajado el Voluntariado IMSS.



- La participación altruista de hombres y mujeres, principalmente, es el brazo del Voluntariado IMSS que asiste y trabaja de manera directa con y para las y los familiares de pacientes en hospitalización.

En ese mismo año se puso a prueba la experiencia del Voluntariado IMSS atendiendo contingencias, ya que se sumaron a las labores de emergencia que implementó el Instituto para atender a las víctimas del terremoto que impactó severamente a la Ciudad de México, centrando esfuerzos y sumando manos en el Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, desde brindar información certera hasta captar donativos emergentes para cubrir las necesidades más apremiantes.

El Voluntariado IMSS también participó en el desastre de San Juan Ixhuatepec, distribuyendo ropa, elaborando alimentos, canalizando a las personas heridas para ayuda médica y buscando atención psicológica para toda la gente afectada, como lo han hecho en diferentes situaciones de emergencia y desastres naturales.

En 1986 se inició un programa de capacitación intensiva a voluntarias y voluntarios con el objetivo de integrarse al programa de Fomento a la Salud, coordinado por la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Prestaciones Sociales, integrando a la labor hospitalaria toda la gama de acciones como: promoción de la vacunación, salud materno-infantil, higiene en el hogar, entre otras.

El Acompañamiento Hospitalario es, por tradición, el que se ha desarrollado por las voluntarias en clínicas y hospitales de segundo y tercer niveles, brindando orientación e información a pacientes y familiares en los diversos servicios y salas de espera, con el propósito de darles apoyo psicosocial y familiar, asimismo, se les lleva terapia ocupacional y recreativa.



- El equipo de personas voluntarias acompaña y difunde la promoción de acciones preventivas en materia de salud entre la población derechohabiente que asiste a las unidades médicas.

Durante las visitas se brindan pláticas a pacientes y personas cuidadoras en donde se les transmiten mensajes de fomento a la salud, medicina preventiva, higiene, nutrición, seguridad en el hogar y prevención de accidentes, además de identificar necesidades que corresponden a los apoyos que brindan los programas sociales del Voluntariado IMSS, canalizando con mayor eficacia a la población que más lo requiere.

Las Ludotecas Hospitalarias nacieron formalmente en 2014, con el objetivo de mejorar los tres espacios lúdicos con los que contaba el Hospital de Pediatría “Silvestre Frenk Freund” del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”. Tras un proceso de cambio de

imagen, decoración y renovación de mobiliario y acervos, las ludotecas dieron origen al Programa de Ludotecas Hospitalarias: El escondite de Ringo.

La participación de las niñas y los niños hospitalizados fue muy relevante, ya que se realizó una encuesta para darles voz y entre todos llegar al consenso de elegir la mascota de la ludoteca, al final decidieron que sería un teporingo, el conejo mexicano en peligro de extinción y fue nombrado Ringo.

La idea se fortaleció cuando se diseñó toda una imagen corporativa para las ludotecas de El escondite de Ringo, pues esto permitió el posicionamiento de lo que se convertiría en la primera gran red de ludotecas hospitalarias en México.

Un año más tarde, lo que había comenzado como un proyecto de renovación se convirtió en un programa que no solo visualizaba a la población pediátrica como beneficiaria, sino a jóvenes, personas adultas mayores y mujeres embarazadas.

El objetivo general era claro: “favorecer un ambiente agradable a pacientes y familiares que les permita visualizar el hospital como un lugar que ofrece espacios para el juego, cálidos, llenos de alegría, confort y entretenimiento” (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018a, pp. 17-23).

Reconociendo la importancia de contar con un documento que describiera claramente la finalidad de estos espacios, así como su operación, se diseñó un manual donde se describió su funcionamiento, el perfil del personal a cargo, las técnicas de higiene y sanitización de los materiales, orientación para seleccionar los acervos y materiales, la clasificación de los juegos, juguetes y libros, así como los formatos para la operación básica.

Fue así como se diseñó el programa piloto que amparó el montaje de 16 ludotecas, distribuidas de la siguiente forma: 3 en la UMAE Hospital de Pediatría y 3 en la UMAE Hospital de Especialidades, ambas en Centro Médico Nacional “Siglo XXI”; 1 ludoteca en la UMAE Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza”; 1 en la UMAE Hospital de Ortopedia y Traumatología “Lomas Verdes”; 1 en la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4; 1 en la UMAE Hospital de Pediatría en CMN de Occidente; 1 en el Hospital de Xalapa, Veracruz; 1 en el Hospital de Orizaba, Veracruz; 1 en el Hospital de Monterrey, Nuevo León; 1 en la UMAE No. 48 de León, Guanajuato; 1 en el Hospital de Cuernavaca, Morelos, y 1 en un Albergue del IMSS-PROSPERA (hoy, IMSS-Bienestar) en la Ceiba, Puebla. Algunos espacios ya tenían la función de promover la actividad lúdica y recreativa, y otros más se destinaron para cumplir dicho objetivo.

Este programa se convirtió en una realidad gracias al apoyo de Afore XXI-Banorte a través de Fundación IMSS, que destinó apoyo financiero para el montaje y equipamiento de esas primeras 16 ludotecas. Este monto consideró los gastos para la contratación de personal ludotecario que estuviera al frente.

El servicio de las ludotecas hospitalarias es posible gracias al apoyo de las y los voluntarios, jóvenes prestadores de servicio social y, en algunos casos, de personal ludotecario. El personal al frente de una ludoteca recibe capacitación sobre sus funciones, el uso adecuado de los recursos, los procesos de higiene y desinfección, así como de los procesos de registro de préstamos.

- Las ludotecas instaladas en hospitales brindan beneficios a pacientes y personas cuidadoras, con un equipo conformado principalmente por esposas, madres o familiares de médicas, médicos o personal del Instituto.



Desde el nacimiento del programa de ludotecas se consideró tener especial cuidado en cuanto a la limpieza y desinfección de los espacios y de los materiales, ya que es muy fácil que un servicio de esta índole se convierta en un foco rojo causante de enfermedades nosocomiales.

Tras el montaje de estos espacios y al notar la buena aceptación que tenían no solo con las personas usuarias (pacientes y cuidadoras), sino del mismo personal de salud, fue que se solicitó el apoyo de la empresa McKinsey para realizar un estudio que midiera el impacto de las ludotecas en tres dimensiones: emocional/conductual (paciente y familiar), salud física (en relación con la adherencia de los medicamentos) e impacto en el ámbito laboral (del personal de salud).

El estudio arrojó cifras muy alentadoras en cuanto a los beneficios que se disfrutaban por parte de pacientes, personas cuidadoras y del personal de salud. Obteniendo una mayor claridad al momento de incentivar la creación de más ludotecas.

Como parte de las actividades de promoción al juego, la lectura, la cultura y las artes que se priorizan en las ludotecas, se han establecido alianzas con universidades, museos, asociaciones, empresas, fundaciones y otros grupos voluntarios que ayudan a fortalecer el programa y a visibilizar las funciones y actividades que en ellas se realizan.

Una de las estrategias para posicionar las funciones y beneficios de las ludotecas hospitalarias y del juego en la población derechohabiente y en el ámbito hospitalario fue la creación de tres grandes Congresos Internacionales de Ludotecas Hospitalarias, realizados en la Unidad de Congresos de Centro Médico Nacional "Siglo XXI", seguido al primer congreso, el Primer Encuentro de Ludotecarios Hospitalarios. Estos eventos reunieron a voluntarias y voluntarios, estudiantes de Universidad, técnicas y técnicos en recreación y grupos con interés en los beneficios de la lúdica y la recreación, todas estas personas compartieron dudas, inquietudes, conocimientos y aprendizajes.

En el Tercer Congreso de Ludotecas Hospitalarias se presentó el libro "Érase una vez... El escondite de Ringo" donde se plasma el origen de las ludotecas del IMSS, los beneficios del juego y de los juguetes, y se explica la propuesta del modelo de ludoteca hospitalaria con el que se trabaja.

Durante estos años, El escondite de Ringo ha visitado diversos lugares del país, no solo los hospitales, sino algunas comunidades rurales llevando actividades lúdicas

y recreativas para el disfrute de la población y también capacitando a los grupos de personas voluntarias sobre juego y recreación, inclusive con algunos grupos del personal de salud para su sensibilización.

Actualmente, el programa cuenta con 52 ludotecas ubicadas en 16 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México Norte y Sur, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz Norte y Sur.

El programa más reciente es Soy Rosa IMSS, iniciativa creada en 2017, que surgió de las experiencias recopiladas por las voluntarias que brindaban servicio en los hospitales de Ginecología y Obstetricia, con el objetivo de sumar esfuerzos para la prevención del cáncer de mama. Así se desplegaron las primeras brigadas voluntarias que se instalaron en los pasillos y salas de espera de diferentes unidades médicas del IMSS para promover la técnica correcta de autoexploración mamaria.

A la par, se trabajaron nuevas ideas para diversificar los apoyos para las mujeres cuya línea de tratamiento había sido la mastectomía, reconociendo el difícil camino para retomar la vida laboral, social y familiar que parecía haberse quedado en espera, pero fue gracias al diálogo con voluntarias en campo que se identificaron dos necesidades de importancia: disminuir el dolor en la región cervical que expresaban muchas pacientes y fortalecer la imagen corporal, razones que impulsaron la creación de la prótesis de mama artesanal.

Como resultado de un exhaustivo trabajo interdisciplinario, se concretó el modelo de la prótesis, un recurso que actualmente utilizan más de 15 mil mujeres y representa un apoyo fundamental tras la mastectomía, ya que compensa la diferencia de peso debido a la extracción de una o ambas mamas, disminuyendo el dolor físico, y ayuda a recobrar una imagen con la que se sienten cómodas.



- Formar parte del Voluntariado IMSS es un orgullo para las miles de personas voluntarias a lo largo del país que donan su tiempo, experiencia y habilidades en favor de quienes más lo necesitan.

Soy Rosa IMSS es un espacio seguro, donde las mujeres pueden dialogar sobre su cuerpo sin prejuicios y sentir que son parte de una comunidad que comparte las mismas experiencias y dificultades; pero, a partir del uso de la prótesis de mama artesanal, cuentan con un recurso para impulsar su rehabilitación física y emocional, con mayor confianza y seguridad para comenzar a retomar las actividades y rutina que tanto añoran.

El reto más grande para esta organización desde su fundación fue en 2020 por la pandemia de COVID-19, que obligó a miles de voluntarias y voluntarios a replegarse de los hospitales y replantear los medios que utilizaban para brindar apoyos a la población derechohabiente. Los medios digitales se convirtieron en la principal plataforma para labor voluntaria, permitiendo llevar la experiencia de las ludotecas mediante videos de juego y actividades de lectura, los albergues se reestructuraron para cumplir con los protocolos sanitarios vigentes y así poder continuar recibiendo personas. Soy Rosa IMSS ideó formas para hacer entrega de prótesis de mama artesanales sin contacto y se redoblaron esfuerzos para captar donativos en beneficio del personal de salud en la primera línea de atención.

La premisa más importante para el Voluntariado IMSS, que ha persistido durante toda su trayectoria, es no ser indiferente al dolor ajeno, pues el impacto de vivir con una enfermedad crónica resuena en los seres queridos, particularmente aquellos que se vuelven cuidadores, por lo que resulta apremiante continuar desarrollando apoyos sociales, económicos y familiares que ofrezcan mejores condiciones para brindar cuidados.

## VII.2. FUNDACIÓN IMSS

Romeo S. Rodríguez Suárez y Ana Lía de Fátima García García

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), considerado como una de las instituciones de salud y seguridad social más prestigiosas, importantes y grandes de México y de América Latina, ha contado de manera colaborativa, corresponsable y solidaria con la Fundación IMSS, A. C.

- La Fundación IMSS, A. C., cumplió apenas 20 años de servicio en mayo de 2023, pero su apoyo y activismo ha sido notorio para el Instituto y para el beneficio de las personas usuarias.



Esta importante asociación civil se fundó el 6 de mayo de 2003, con la propuesta y liderazgo del Dr. Jesús Kumate Rodríguez, destacado médico que contribuyó en la política pública en materia de salud impactando de manera directa en la población pediátrica, quien con su visión labró el camino inicial para convertirse en el brazo socialmente solidario del IMSS y pieza importante para lograr un servicio de excelencia, acompañado por el Consejo Fundador integrado por el Lic. Ernesto Rubio del Cueto, el

Lic. Alejandro Martínez Gallardo y De Pourtales, el C. P. Rafael Fajer García, el Dr. Santiago Levy Algazi, el Dr. Onofre Muñoz Hernández y el Dr. Alejandro Reyes Fuentes, con el objetivo de ofrecer soluciones innovadoras para las demandas de salud de la población mexicana, además de brindar soluciones financieras y en especie para el fortalecimiento de la investigación de la seguridad social, en colaboración con el IMSS (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Fundación IMSS, A. C. es una asociación sin fines de lucro y donataria autorizada con el objeto social de la investigación en salud, con un impacto social claro que permite sumar al desarrollo integral de las poblaciones en colaboración con diversas instituciones públicas y privadas, empresas, organizaciones de la sociedad civil y personas comprometidas con cada una de las causas que se lideran desde esta institución.

La Fundación IMSS, A. C. forma un equipo de trabajo multidisciplinario integrado por personas profesionales como las y los médicos, psicólogos, psicoterapeutas, comunicólogos, administradores, contadores e investigadores que, en conjunto, le permiten articular y desarrollar diversas acciones encaminadas a la investigación, educación y formación continua, así como la implementación de programas y proyectos de responsabilidad social en materia de salud, independientemente del trabajo administrativo, normativo y logístico adherente a cada proceso.

Sus ejes estratégicos son la investigación en salud, educación y formación continua, programas de responsabilidad social, vinculación y alianzas estratégicas, así como la gestión y desarrollo institucional, los cuales se llevan a cabo con un alto sentido de responsabilidad social, eficiencia y oportunidad; los principios de respeto, honestidad, calidez y profesionalismo la caracterizan, bajo una perspectiva de transparencia y rendición de cuentas.

Fundación IMSS, A. C., en su 20 aniversario, cuenta con una vasta trayectoria de programas y estrategias de éxito, de la mano del Dr. Romeo S. Rodríguez Suárez como presidente y la Mtra. Ana Lía de Fátima García García como directora general, apoyados por los miembros del Consejo Directivo de la Fundación, quienes son reconocidas personalidades del medio empresarial y personas mexicanas emprendedoras comprometidas con la salud pública de nuestro país.

A lo largo de 20 años, junto con el IMSS, se han escrito historias a favor de las poblaciones objetivo que se traducen en beneficios directos e indirectos a millones de personas que vieron cambiar al mundo, vivenciando pandemias, terremotos y fueron testigos de la evolución del pensamiento social y cultural que se transforma de manera vertiginosa en sinergia con las tecnologías y las demandas en materia de salud.

Cabe destacar la relevancia de los acontecimientos ocurridos en el país y en el mundo entero a inicios de la década de 2020. La pandemia por el SARS-CoV-2 (COVID-19) afectó significativamente las formas y realidades del momento, y orilló a pensar y trabajar de manera diferente; buscar nuevos métodos de intervención y exploración; procurar el aprovechamiento y mejora en el uso de los recursos con los que se contaban y, así, seguir construyendo las oportunidades a favor de los objetivos, con la oportunidad de evolucionar y eficientar la forma de hacer alianzas, de construir y robustecer los programas de educación y los proyectos de investigación con impacto social.

### **Trascendencia de la investigación en salud**

La misión trascendental y los ejes estratégicos de Fundación IMSS, A. C. permiten contribuir en el fortalecimiento de la investigación científica con impacto social. Desde esta visión, ha impulsado la colaboración al reunir a personas investigadoras de ciencias

básicas con personal médico clínico. Con este enfoque traslacional, favorece la aplicación de nuevas herramientas de diagnóstico o de tratamiento, asimismo permite que el personal clínico comunique las necesidades de las personas y pacientes.

Esta perspectiva permite que la generación de conocimiento se difunda a través de publicaciones, pero sobre todo se aplique y se implemente con el uso de nuevos tratamientos, métodos de diagnóstico más eficientes y mejores formas de promover los hábitos higiénico-dietéticos, los cuales han impactado de manera directa entre la población derechohabiente del IMSS.

En 2019 se ideó un plan estratégico para favorecer de manera acelerada la transferencia del conocimiento en una visión multidisciplinaria y multinivel. Se creó una forma de trabajar en la cual la Coordinación de Investigación de Fundación IMSS, A. C. accede al reconocimiento de las necesidades del IMSS, analiza las propuestas de la industria farmacéutica, de nutrición y equipamiento, y propone ideas para contestar preguntas de interés del grupo de Fundación IMSS, A. C.

En este escenario, en 2020, en paralelo a la llegada de la pandemia por COVID-19, Fundación IMSS, A. C. adquirió corresponsabilidades del Fideicomiso IMSS y mantuvo el desarrollo de proyectos que en ese momento estaban vigentes y cuyos financiamientos se originaban en distintas instituciones como universidades y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), entre otras entidades científicas.

De este modo, en 2021, se estableció —con base en la normativa del IMSS y de la Fundación IMSS, A. C., en sinergia con aliados estratégicos— la necesidad de formalizar los acuerdos científicos y administrativos en convenios tripartitas que se celebraron con el ímpetu de orden y eficiencia.

Estas herramientas permitieron avanzar en un marco legal para el desarrollo de proyectos integrado por ciencias básicas, clínicas y de implementación, que contribuyen en el entendimiento de enfermedades, en la aplicación de nuevos esquemas de tratamiento y en la promoción de nuevos hábitos de salud.

En suma, las actividades de investigación en salud fueron dirigidas, fomentadas y reguladas por la Coordinación de Investigación en Salud (CIS) del IMSS. La investigación científica que se realizó con el Instituto forjó la gestión de fondos externos y del sector privado. Los fondos externos consistieron en recursos obtenidos de las distintas convocatorias del Conacyt y sus órganos desconcentrados, y, en menor medida, en aportaciones de la iniciativa privada.

### **Programas de educación y formación continua del personal IMSS**

En 2021 se fortaleció el Programa de Educación y Formación Continua en Salud, propuesto para difundir contenidos académicos relacionados con la salud del ser humano desde una mirada transdisciplinaria y basada en necesidades. El conocimiento se ha difundido a través de videoconferencias, cápsulas informativas, y cursos de carácter formal y no formal dirigidos a personal médico familiar, especialista y a la sociedad en general. Estos fueron planeados con alcance nacional, pero con la posibilidad de la enseñanza virtual se llegó incluso a otros países del mundo.

En este sentido, el Programa de Formación y Educación Continua en Salud tiene como objetivo difundir conocimiento de vanguardia sobre temas de prevención, atención y manejo de enfermedades a personal médico, de Enfermería y profesionales de la salud, incluida la sociedad en general. La meta residió en el empoderamiento que brinda la información con evidencia científica y fomento de una cultura de salud entre las personas derechohabientes y seguimiento de enfermedades crónicas.

De manera colaborativa, con el compromiso y corresponsabilidad asumidos mediante un convenio entre la Alianza Médica para la Salud (AMSA), el IMSS y Fundación IMSS, A. C., desde 2016 se promovió la capacitación académica a médicas y médicos mexicanos mediante seminarios impartidos por líderes en su área de especialidad en el Open Medical Institute de la Ciudad de Salzburgo, Austria, con temas que incluyeron: Neurocirugía, Oftalmología, Oncología, Psiquiatría, Medicina Familiar, salud materna, Cardiología y enfermedades infecciosas.

Para la Fundación IMSS, A. C., existieron diversas oportunidades para coadyuvar en la administración de recursos que permitieron la educación y formación continua. Entre estas oportunidades se desprenden los Foros de Investigación y Educación en Salud que organizó el personal médico del IMSS en temas específicos con diferentes hospitales, entre ellos destacan los siguientes:

- Jornada Médico Bienal, organizada por la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS en la Ciudad de México.
- Foro Norte de Investigación en Salud, Foro Sur de Investigación en Salud y Foro Nacional de Investigación en Salud, organizados por la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS.
- Foro Nacional e Internacional de Educación en Salud, organizado por la Coordinación de Educación en Salud del IMSS.



- La fundación ha resultado una gran promotora de la capacitación y actualización del personal médico con la constante organización de foros y seminarios impartidos por especialistas internacionales.

El propósito fue contribuir a la resolución de problemas de salud en México, alineados a las metas de la Organización Mundial de la Salud, a través del desarrollo científico y de la educación. Esta contribución benefició en la transformación de la comunidad de investigadoras e investigadores y en la mejoría de la calidad de vida de las y los derechohabientes y sus familias.

## Programas socialmente responsables

Las estrategias y acciones diseñadas por Fundación IMSS, A. C. están dirigidas a la protección de los derechos fundamentales que impactan de manera sustantiva en las poblaciones objetivo. Cuentan con evidencia científica y fueron planteadas de acuerdo con las necesidades de las comunidades y de las propuestas en materia de política pública, de tal forma que sumen al cumplimiento de las metas trazadas, permeando un trabajo solidario, colaborativo y corresponsable.

- Se puede decir que un sello distintivo de las tareas de la Fundación IMSS es la donación y mejora de las sillas-cama para que las personas cuidadoras de pacientes tengan un espacio más confortable para su labor.



Para la Fundación IMSS, A. C. las personas son su razón de ser; por ello, los programas sociales representan el espíritu de la institución. La ejecución de acciones tangibles en cada uno de sus programas es evidente mediante la implementación de estrategias como Sillas-Cama de Acompañamiento, que se encuentran instaladas en diferentes unidades del IMSS en todo el país; estos recursos representan la oportunidad de apoyar a personas que acompañan a las y los pacientes en hospitalización o en los servicios de Urgencias del IMSS.

Cada silla-cama de acompañamiento puede beneficiar hasta 1,095 personas al año, las primeras unidades fueron instaladas en 2014 derivado de la detección de necesidades que el Voluntariado Nacional del IMSS, en conjunto con Fundación IMSS, A. C., realizaron durante los recorridos en hospitales de la Ciudad de México, y el trabajo cercano con la población permitió visibilizar cada una de las necesidades comunes; las primeras 250 unidades fueron entregadas e instaladas en el Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Desde 2014 y hasta agosto de 2022 se instalaron a nivel nacional más de 24,692 sillas-cama de acompañamiento en todo el país. Un ejemplo de lo anterior se ve reflejado en los diferentes hospitales que conforman el Centro Médico Nacional “Siglo XXI” y el Centro Médico Nacional “La Raza”, que están cubiertos en 100%, es decir, hay una silla-cama de acompañamiento por cada cama de hospitalización.

A 8 años de este programa, su éxito fue rotundo en beneficio directo de miles de personas que han brindado un acompañamiento más seguro y digno, lo cual permite disminuir las condiciones para desarrollar estrés, cansancio crónico o ansiedad generalizada. En sondeos de percepción, realizados por la Coordinación de Programas Sociales de la Fundación, sobre las sillas-cama de acompañamiento, las personas refirieron mayor comodidad y menor cansancio durante su estancia en los hospitales del IMSS.

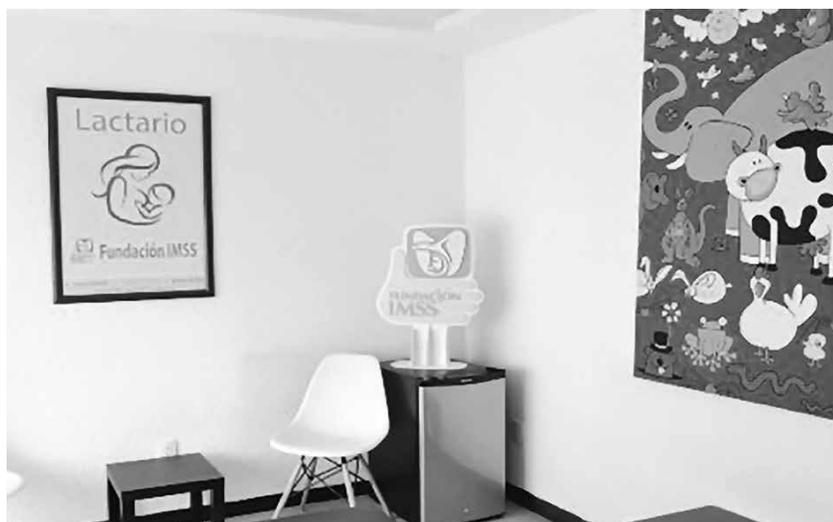
El acompañamiento representa una acción humanitaria, fraterna y solidaria con pacientes que se encuentran en hospitalización. En contraste, las personas que cuidan a las y los pacientes usualmente son obviadas durante los servicios de atención en Urgencias y Hospitalización; sin embargo, con el paso de las horas y los días, ellas pueden padecer de agotamiento crónico, estrés generalizado y trastornos del sueño y la alimentación, que también debilitan su salud. Por ello, una silla-cama de acompañamiento representa la oportunidad de apoyarles durante la estadía en los recintos de hospitalización del IMSS, que pueden prolongarse por días o incluso meses, con la esperanza de que su ser querido recupere el añorado estado de salud.

Una de las acciones que ha sido también fundamental para Fundación IMSS, A. C. es la habilitación de espacios para la extracción de leche materna. Este acto de cuidado materno representa el hecho humano por excelencia que suma a la protección de las y los infantes y permite a las mujeres trabajadoras su desarrollo personal, profesional y de su condición maternal.

Por lo tanto, las salas de lactancia son la oportunidad para Fundación IMSS, A. C. de proteger la salud de la población infantil, al facilitar un espacio higiénico y privado a las madres trabajadoras y derechohabientes del IMSS en su periodo de lactancia. A través de la leche materna, se fortalece el sistema inmunológico de la o el bebé y disminuyen los riesgos de infecciones como: 64% de gastroenteritis, 72% de infecciones respiratorias bajas y 50% de otitis media aguda (datos de 2022).

Lo anterior, contribuye a reducir el número de hospitalizaciones en el IMSS y, en muchas ocasiones, el número de fallecimientos de las y los bebés menores de 1 año. Además, disminuyen las probabilidades para desarrollar cáncer de mama en la madre que amamanta y, por otro lado, se ha documentado un incremento de hasta 4 y 6 puntos más de inteligencia en las y los bebés así alimentados, entre otros beneficios directos a la salud de ambos.

Las salas de lactancia permiten trabajar para un futuro más seguro, saludable y de respeto a los derechos fundamentales, por lo que se han instalado 3 salas de lactancia en las oficinas centrales del IMSS en el Complejo Reforma y Durango; 1 en la UMAE Hospital General y 3 en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, ambos del Centro Médico Nacional “La Raza”.



- La Fundación IMSS también enfoca esfuerzos en la promoción de la lactancia materna como primer y único alimento de las personas recién nacidas, y ha habilitado espacios para esta actividad.

El trabajo y desarrollo de programas para la infancia derechohabiente ha sido una tarea constante en Fundación IMSS, A. C., para ello se suma la participación de niñas y niños de escuelas públicas y privadas a nivel nacional que han escrito cartas con mensajes motivacionales y de aliento, mediante el programa social De Niño a Niño una Carta con Cariño durante el mes de abril, en el marco del Día de la Niña y el Niño; entrega de juguetes y pijamas a las y los pacientes pediátricos entre 0 y 17 años que se encuentren en hospitalización, así como alimentos a familiares durante las fiestas decembrinas con el programa Una Navidad Contigo.

Las acciones que también permitieron brindar oportunidades de equidad en materia de salud se han liderado desde Mi Lucha es Rosa, que ha sido la cumbre académica y de actividades sociales más importantes del país en materia de cáncer de mama, encaminada al fomento de una cultura de salud entre las poblaciones objetivo, profesionalización y formación continua del personal de salud del IMSS. Cada año, durante el mes de octubre se ejecutan diversas acciones que representan la oportunidad de sumar para la prevención de riesgos asociados, la detección temprana y la atención integral a pacientes con esa patología, misma que es responsable de la primera causa de muerte no prevenible y no transmisible entre las mujeres en México y el mundo.

Entre las acciones para este fin, destacan: Congresos Internacionales sobre Cáncer de Mama —en 2020 y 2021 en modalidad virtual y en 2022, presencial— en la Ciudad de Acapulco, aunque su historia se remonta desde 2014; Talleres Luzca bien, siéntase mejor, impartidos por la Cámara Nacional de la Industria de Productos Cosméticos (Canipece); desarrollo de talleres para el autocuidado y la autoexploración de mama; recolección de cabello y fabricación de pelucas oncológicas; gestión de donativos en especie para la fabricación de prótesis de mama que realizó el Voluntariado Nacional del IMSS; mangas oncológicas, entre otros recursos que permitieron coadyuvar al tratamiento oncológico.

El fomento y promoción de la donación de sangre altruista durante y después de la pandemia representaron una oportunidad para mitigar la baja participación de personas donadoras de sangre, puesto que las restricciones sanitarias limitaron en ese momento la movilidad y las activaciones sociales; sin embargo, las demandas de los servicios médicos continuaron para la atención a diversas patologías crónico-degenerativas como el cáncer y las emergencias por accidentes.

- La fundación también organiza visitas y actividades recreativas en unidades médicas en fechas conmemorativas para dar un momento de alivio a pacientes en hospitalización y sus familiares.



Derivado de esta necesidad, Fundación IMSS, A. C. gestionó un donativo que representaba la oportunidad de mitigar la demanda de unidades de sangre, este consistió en una unidad de transporte con capacidad para 40 personas, la cual fue habilitada para la transportación del personal y equipo del Banco de Sangre Itinerante en el marco del programa Dona sangre, salva vidas. Cada unidad de sangre obtenida a través de estas acciones pudo beneficiar hasta 3 personas.

### **Vinculación y alianzas estratégicas**

Como parte de las estrategias dirigidas a brindar apoyo transversal a las diferentes áreas de la Fundación IMSS A. C., y a fin de favorecer el desarrollo de los programas y proyectos de investigación, capacitación en salud, equipamiento médico y de desarrollo social dirigidos a mejorar la salud de las poblaciones derechohabientes del IMSS, la vinculación con las diferentes instituciones públicas y privadas fueron fundamentales.

La relación estrecha y la colaboración permiten alianzas estratégicas relevantes para el cumplimiento de los objetivos referentes a la planeación y ejecución de diversas acciones dirigidas al cumplimiento de las metas trazadas por Fundación IMSS, A. C., mediante la coordinación interinstitucional, transdisciplinaria y corresponsable.

Durante los años 2020 y 2021 sucedió una de las mayores emergencias, por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), en México y el mundo, y que aún sigue presente; por lo que el número de donantes se incrementó de manera histórica, y los recursos recaudados en especie y económicos provenían incluso más allá de las fronteras nacionales con donativos de instituciones extranjeras reconocidas por su compromiso social y científica.

Cada uno de los donativos fueron entregados y documentados en las sedes y destinos que las y los donantes otorgaron para permitir el apoyo sustantivo al personal de salud. En la primera línea de atención por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) destacó la gestión de donativos que incluían equipos de protección personal para diferentes unidades médicas y hospitales del IMSS a nivel nacional; además, se brindaron apoyos en las jornadas de recuperación de servicios, alimentación, hidratación y transportación.

Por lo tanto, Fundación IMSS, A. C. ha demostrado su fortaleza y capacidad reactiva, siendo una institución joven con una gran trayectoria, en cada paso y meta trazada en los momentos más críticos para México ante fenómenos naturales como terremotos, inundaciones y otros acontecimientos que vulneran a las poblaciones.

En diversos momentos y causas, Fundación IMSS, A. C. ha impulsado la excelencia académica en el área médica, reconociendo pública y económicamente al personal de salud que se destaca por sus cualidades profesionales y humanas, su talento institucional, su constancia y compromiso en el trabajo cotidiano. Por ello, se otorgaron incentivos entre los que destacan:

- El premio al Mérito Médico y de Enfermería, desde 2005, se realiza en colaboración con la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS y Afore XXI-Banorte, quienes otorgan el reconocimiento a la trayectoria institucional del personal médico y de Enfermería del Instituto, y establecieron las distinciones al mérito. Estos se entregan cada año después de una cuidadosa y estricta selección entre quienes concursaron en las diferentes categorías. Cada estímulo consiste en un Diploma, Medalla Conmemorativa y 100,000 pesos para cada una de las categorías concursantes.
- Una distinción de igual prestigio es el premio Dr. Jesús Kumate Rodríguez, el cual se entregó por primera vez en 2011 y surgió con el objetivo de reconocer al personal que durante el año previo a cada emisión demostrara gran entrega a la atención de sus pacientes, sobresaliente desarrollo profesional, extraordinario humanismo

e incluso la realización de actos de heroísmo. El premio económico otorgado es de 100,000 pesos.

Se han entregado hasta 2022, 13 premios Dr. Jesús Kumate Rodríguez para personal médico (7 hombres y 6 mujeres) y 12 premios para personal de Enfermería (9 mujeres y 3 hombres).

Como un reflejo del fortalecimiento institucional del Seguro Social, las donaciones a proyectos de investigación, insumos tecnológicos, médicos y material de curación que la Fundación IMSS, A. C. ha entregado al Instituto, asciende a decenas de millones de pesos, tanto en efectivo como en especie. Estas donaciones han contribuido en el equipamiento de diversos hospitales, Unidades Médicas de Alta Especialidad y el Programa IMSS-Bienestar, así como en la modernización de la infraestructura del Instituto.

Se colaboró en la realización de los Lineamientos de Donación para el IMSS, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2018, lo que ha permitido un proceso logístico administrativo eficiente y ordenado para la tramitación de los diferentes donativos otorgados al IMSS.

- Una de las principales funciones de la Fundación IMSS es la donación de material para procesos médicos y conseguir soluciones financieras y en especie para el fortalecimiento de la salud.



### **Fundación IMSS, el brazo solidario**

Las acciones de Fundación IMSS, A. C. no se circunscriben a campañas temporales, se demostró el compromiso con la población mexicana cuando ocurrieron los sismos de septiembre de 2017, se activó un Centro de Acopio y Distribución en donde se recibieron las donaciones de mexicanas y mexicanos que se destinaron, de manera transparente y basadas en necesidades, a las personas afectadas de Ciudad de México, Morelos, Oaxaca, Chiapas y Puebla.

Las acciones realizadas para este fin se coordinaron con el Voluntariado nacional y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, ambas del IMSS; se organizaron brigadas para recibir y organizar la distribución y envío del acopio para aquellos municipios y comunidades con mayor urgencia de apoyo.

Asimismo, durante la pandemia por COVID-19, desde la Fundación IMSS, A. C. se coordinó la recepción de donaciones en efectivo y en especie a nivel nacional. Se

apoyó de manera directa a personas derechohabientes con insumos que permitieron el tratamiento médico o de rehabilitación, así como la entrega de pelucas y mangas oncológicas, sillas de ruedas, muletas y medicamentos.

Con estas acciones, Fundación IMSS, A. C. refrendó su compromiso para contribuir en beneficio del IMSS y de la población mexicana, lo que ha incrementado el apoyo sistemático que redundará en la confianza de su actuar, al tiempo de convertirse en el brazo solidario y operativo más cercano del Instituto, cuya meta es llegar a millones de personas derechohabientes de cada momento histórico.



- En su misión para ser el brazo solidario y operativo del IMSS, la Fundación también dedica parte de sus esfuerzos a la promoción de la salud y la actividad física de la población mexicana y derechohabiente.

### **Gestión y desarrollo institucional**

El 8 de octubre de 2003 fue concedida a la Fundación IMSS A. C. la autorización para recibir donativos deducibles del Impuesto Sobre la Renta, por parte del Servicio de Administración Tributaria (SAT), la cual se ratifica anualmente mediante su publicación en el Diario Oficial de la Federación (DOF), siempre y cuando cumpla con los requisitos que ese órgano exige de carácter obligatorio y que, en caso de no brindar el debido cumplimiento, la autoridad puede ejercer la revocación.

La información extraordinaria que ha integrado la Fundación IMSS A. C. de manera obligatoria es la relativa a los donativos recibidos para la atención de las consecuencias del sismo ocurrido en septiembre de 2017, así como aquellos donativos obtenidos con el propósito de mitigar la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Además, ha brindado el cabal cumplimiento a las obligaciones fiscales a través de la Declaración Anual de Transparencia de las Donatarias Autorizadas, donde se detalla el uso, destino e impacto social de todos los recursos obtenidos por la Fundación IMSS, A. C. Estas acciones de información e integración detalladas de los recursos permitieron la transparencia en el uso y aprovechamiento de cada uno de estos y contribuyeron a la rendición de cuentas que fomenta la credibilidad y el prestigio de la institución.

Destaca el Informe de Aviso de Actividades Vulnerables, conocido también como Identificación de Lavado de Dinero, en el que se notifica sobre aquellos donativos recibidos que superaron las 3,210 UMA, correspondientes a \$308,866.20 (Trescientos ocho mil ochocientos sesenta y seis pesos 20/100 M. N.).

Por lo anterior, es importante resaltar que la Fundación IMSS, A. C. ha dado cabal cumplimiento a sus obligaciones fiscales, obteniendo —de forma ininterrumpida por 20 años— la autorización para recibir donativos deducibles de Impuesto Sobre la Renta (ISR).

- En la 18ª Sesión Ordinaria de la Asamblea General de la Fundación IMSS se aprobó a 20 integrantes del Consejo Directivo de la Fundación IMSS, integrado por investigadores, empresarios y funcionarios.



- La campaña Mi Lucha es Rosa recibió el impulso de la Fundación IMSS con la Segunda Cumbre Internacional, con la participación de especialistas nacionales y extranjeros en cáncer de mama.



### El futuro de Fundación IMSS

El futuro se construye con valores y nuevas miras a incrementar su capacidad bajo los estándares de calidad y reconocimiento mundial, y las propuestas para el desarrollo sustentable y de responsabilidad social, mediante los recursos económicos, en especie, otorgados por sus aliados estratégicos y del importante apoyo de personas voluntarias que suman día con día en la construcción de esta prestigiosa institución.

Fundación IMSS, A. C. debe continuar y fortalecerse mediante acciones de vanguardia, contextualizadas en las necesidades que demandan las poblaciones, paralelamente con la evolución de las tecnologías y de la ciencia, así como de las expresiones intersubjetivas

que sumen al desarrollo óptimo del IMSS en compañía de la solidaridad y apoyo de cada uno de sus aliados estratégicos que contribuyen para hacer realidad tantas historias de éxito y cumplir cada una de las metas trazadas.

El uso y aprovechamiento de cada recurso será transparente y con rendición de cuentas, que sumen a un proyecto en común con evidencias sustantivas y tangibles en el incremento de la calidad de vida de las poblaciones y de los servicios que esta institución apuntala.

Continuará apoyando a cada una de las personas que conforman el gran Instituto de México, desde las áreas administrativas, operativas, logísticas, académicas, médicas y de investigación, a través de la educación y formación continua con evidencia científica y desde una óptica de inclusión y ejercicio de los derechos fundamentales, es decir, desde el humanismo científico.

La investigación representa la oportunidad para situar a las y los especialistas en los más altos estrados que permitan, con sus conocimientos, contribuir en el bien común, la generación de nuevos conocimientos en apoyo a la salud física y mental de la población y, en consecuencia, del desarrollo social y económico de México.

La salud no puede pensarse sin la relación estrecha con las ciencias de la mente; el equilibrio entre la dinámica fisiológica y psíquica es básico. De tal forma, Fundación IMSS, A. C. trabajará continuamente para el fomento de una cultura de la salud mental entre el personal del IMSS y las poblaciones de este mismo Instituto; para ello, la participación de cada persona de este país es fundamental.

Fundación IMSS, A. C. avanza para convertirse en una institución de vanguardia, humanista, científica, transparente, sustentable, comprometida con el medio ambiente y con miras a fortalecerse como el brazo solidario del IMSS y de México.

### **VII.3. EL IMSS ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA MAYOR Y DESASTRE**

Felipe Cruz Vega, Everardo Martínez Valdés, Sandra Elizondo Argueta, Jorge Loria Castellanos, Federico Izcoatl Viloría Corona y Hermes Cortés Meza

El jueves 19 de septiembre de 1985, a las 7:17 horas, se presentó uno de los sismos de mayor intensidad registrado durante el siglo XX en México. Con una intensidad de 8.1 grados en la escala de Richter y una duración de 90 segundos, afectó 5,730 edificaciones en el entonces Distrito Federal, secundario a ello el IMSS no solo presentó afecciones graves en el Centro Médico Nacional, perdiendo 2,775 camas (33.9% de la capacidad institucional en el Valle de México) y 4 clínicas de Medicina Familiar, también requirió incrementar su capacidad de respuesta y atención ante la necesidad de traslado de 2,900 pacientes. Se realizaron visitas a 2,900 empresas para detección de alteraciones en la salud, y se adaptaron los Centros de Seguridad Social como albergues en donde se ofrecieron 146,700 atenciones médicas, psicológicas y sociales.

Solo para el IMSS representó la necesidad de construir 7 hospitales de 144 camas, 2 Unidades de Medicina Familiar y 6 Centros Médicos Nacionales, con un costo de más de 49 millones de pesos; además de la rehabilitación de 146 unidades médicas y sociales, la demolición de instalaciones en el Centro Médico Nacional, así como la recuperación de instalaciones y equipos por un monto superior a 3.7 millones de pesos (Valdés C, Martínez G, 1985; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1985).



- El Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido ejemplo de recuperación ante la adversidad y como ejemplo están los daños que dejó el sismo de 1985 en el Centro Médico Nacional "Siglo XXI".



A consecuencia de los sismos se conformó la Comisión Nacional de Reconstrucción integrada por 6 comités; uno de los cuales, el Comité para la Prevención de Seguridad Civil, integró las Bases del Sistema Nacional de Protección Civil, que fueron publicadas el 6 de mayo de 1986 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), sentando las bases para la atención de situaciones de emergencia y desastres en México (Secretaría de Gobernación [Segob], 1986). Adicionalmente, por un esfuerzo entre el Gobierno Federal, la Universidad Nacional Autónoma de México y la colaboración con el gobierno de Japón se planteó la creación del Centro Nacional de Prevención de Desastres (Cenapred), el cual se estableció oficialmente con la publicación del decreto del 20 de septiembre de 1988 (Segob, 1988), cuyas atribuciones incluían gestionar y promover políticas públicas en materia de prevención de desastres y reducción de riesgos, a través de la investigación, el monitoreo, la capacitación y la difusión.

Solo unos días previos a la publicación del decreto para la creación del Cenapred, el 14 de septiembre de 1988, el huracán Gilbert con una categoría 5 en la escala Saffir-Simpson impactó en la península de Yucatán, dejando daños en Quintana Roo y Yucatán, cruzó el Golfo de México e impactó Tamaulipas, adentrándose en tierra firme y causando severas inundaciones a Nuevo León; terminó por disiparse en Coahuila. El saldo del huracán fue de 225 defunciones, 51,610 personas damnificadas, 140 mil personas evacuadas y múltiples daños en sectores como la navegación, comunicaciones, servicios urbanos e infraestructura. En general, se ha considerado que hubo una pérdida económica de 76 millones de dólares (Centro Nacional de Prevención de Desastres, 2018).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), preocupada por el impacto económico y en salud de los desastres, organizó la primera Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud en 1996 (OPS, 1996), realizada en el entonces Distrito Federal, del 26 al 28 de febrero, auspiciada por el Gobierno Federal, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se emitieron recomendaciones y compromisos para promover estrategias de mitigación de desastres en instalaciones de salud.

En 1999, la ONU creó la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR, por sus siglas en inglés), como el punto focal designado en las

Naciones Unidas para la coordinación y para asegurar sinergias entre las actividades de reducción de desastres de las Naciones Unidas y las organizaciones regionales y de las actividades en los campos socioeconómicos y humanitarios (Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres, s.f.).

En 2004, la OPS/OMS, posterior al análisis de las pérdidas económicas provocadas por los desastres en la región durante la última década, publicó la Resolución CD45.R8 en la que instó a los estados miembros a adoptar el lema de “Hospitales seguros frente a desastres”, como una política nacional de reducción de riesgos y de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre. Esta iniciativa fue presentada en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2005), celebrada en enero de 2005 en la ciudad de Kobe, Hyogo, Japón, donde fue avalada por 168 países, incluyendo México.

El 6 de junio de 2005 se promulgó la Ley General de Protección Civil (Segob, 2005) y se integró la Coordinación Nacional de Protección Civil (CNPC) en la estructura orgánica de la Secretaría de Gobernación, donde se estableció por ley la elaboración del Programa Interno de Protección Civil que, para el caso de los hospitales, debe tomar en consideración los lineamientos del Programa Hospital Seguro (PHS; Capítulo VI, De los Programas de Protección Civil, Artículo 39).

En 2006, México estableció el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro (CNEDCPHS), presidido por CNPC de la Secretaría de Gobernación, ente rector de la protección civil que tiene las facultades para actuar desde el ámbito legal. El CNEDCPHS está integrado por representantes oficiales de organismos públicos, privados y sociales, lo cual permite una visión global y equilibrada, y es el responsable de las evaluaciones a los hospitales. El IMSS ha participado activamente en este comité desde su creación, en la formación de evaluadores del programa, en las evaluaciones a hospitales, en la cooperación sectorial y, a la fecha de esta publicación, funge como Secretario Técnico.

Asimismo, el IMSS participó con la OPS/OMS para que en 2008 se publicara el Índice de Seguridad Hospitalaria, el cual se utiliza para realizar evaluaciones a las unidades médicas hospitalarias a fin de determinar la probabilidad de continuar funcionando en casos de desastre, a través de una lista de verificación que permite evaluar estándares de seguridad en los que se asignan ponderaciones para, a través de un modelo matemático, establecer el índice de seguridad (OPS, Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

Derivado de las recomendaciones realizadas por la OMS desde 2005 y promovido por una creciente cultura de preparación ante situaciones de emergencia y desastres, se iniciaron los trabajos para enfrentar una pandemia por influenza en donde se integró el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza (Secretaría de Salud [SS], 2006), el cual fue publicado en agosto de 2006 y representó uno de los esfuerzos de planeación del Gobierno Federal más importantes de la época, involucrando no solo al Sector Salud sino la colaboración de otros órdenes de Gobierno; adicionalmente, se realizaron los primeros simulacros para poner a prueba el plan y se establecieron reservas estratégicas de equipos de protección personal, insumos médicos y medicamentos específicos para atender dicha contingencia.

A principios de 2009 se presentó un comportamiento inusualmente alto de infecciones respiratorias agudas y un incremento en las defunciones por neumonías atípicas en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, por lo que se inició



de inmediato el estudio de casos y su tipificación. Se encontró la propagación de un virus de influenza no identificable en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE), por lo cual se enviaron muestras a la CDC (Centers for Disease Control and Prevention) y a Winnipeg (Canadá), quienes comprobaron una cepa de virus de influenza de origen porcino. Derivado de lo anterior, el Gobierno Federal emitió la alerta epidemiológica el 23 de abril de ese año (Alonso C, 2010, pp. 35-52) y se activó el plan para enfrentar una pandemia de influenza de manera muy temprana, logrando articular la respuesta a nivel nacional.

En el IMSS, durante el periodo de abril de 2009 a mayo de 2010, se reportaron 184,386 casos de enfermedad tipo influenza, 15,732 requirieron hospitalización por infección respiratoria aguda grave (8.5%); el grupo de edad más afectado fue el de menores de 29 años. La letalidad se reportó por debajo de los niveles esperados (0.35%). Se adquirieron más de 500 mil tratamientos con oseltamivir en apego al plan federal, así como equipos de protección personal, ventiladores y oxímetros. Adicionalmente, se puso en marcha un laboratorio para la confirmación diagnóstica de la influenza A(H1N1) en el Centro Médico Nacional “La Raza”, el cual procesó más de 40 mil muestras y posteriormente se habilitaron 3 laboratorios más en Jalisco, Nuevo León y Mérida.

En cuanto hubo disponibilidad de la vacuna específica, se puso en marcha el proceso de vacunación, consiguiendo aplicar 11.5 millones de vacunas entre diciembre de 2009 y mayo de 2010. Adicionalmente, se desarrolló la Guía de Práctica Clínica que sirvió como ejemplo para otras instituciones y recibió el reconocimiento de la OMS (IMSS, 2010). Es importante señalar que el IMSS abrió la atención médica a la población no derechohabiente en atención a la declaratoria de emergencia nacional condicionada por esta pandemia (Notimex, 2009).

La pandemia por influenza A(H1N1) fue la primera emergencia sanitaria en la que se estableció una alarma mundial de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional publicado en 2005 y con el antecedente de un plan para enfrentar emergencias epidemiológicas. Sin embargo, existieron muchos elementos de implementación de las estrategias establecidas en el plan nacional que motivaron que la CNPC, de forma conjunta con la representación de la OPS/OMS en México, analizaran estas áreas de oportunidad, generando un ejercicio de lecciones aprendidas y con este trabajo, diseñaran e impartieran un curso a nivel nacional entre 2009 y 2010 sobre Hospital Seguro frente a una Emergencia Epidemiológica, dirigido a autoridades sanitarias estatales y municipales y protección civil, el cual fue coordinado por el IMSS.

- La pandemia de influenza AH1N1 fue uno de los motivos que derivaron en la creación del Centro Virtual de Operaciones de Emergencias y Desastres (CVOED), desarrollado en 2010 y 2011.



Derivado de la atención de la pandemia y de una preocupación institucional sobre las probabilidades de que las instalaciones médicas pudieran atender cualquier tipo de amenaza, se inició un esfuerzo por contar con un diagnóstico de las condiciones de seguridad que presentaban las unidades médicas del IMSS, sin importar su nivel de atención. Por tal motivo, se diseñó una estrategia institucional inspirada en el Programa Hospital Seguro, con el fin de poder realizar una evaluación rápida de las 1,451 unidades médicas de los tres niveles de atención, diseñándose el Programa Unidad Médica Segura, el cual permitió identificar las necesidades de intervención para incrementar su nivel de seguridad (Jiménez K, s.f.).

Durante 2010, se presentaron dos sismos de gran intensidad. El 12 de enero, un sismo de 7.0 grados en la escala de Richter en Haití, a las 16:53 horas, generó gran afectación estructural y dejó más de 230 mil personas muertas (Granja J, *et al*, 2012, pp. 369-371); el IMSS participó en la misión de ayuda humanitaria al gobierno de Haití con personal médico y equipo (Loria J, Cruz F, Gómez E, 2011; Presidencia Felipe Calderón, 2010). El 27 de febrero, a las 3:34 horas, se presentó un sismo de magnitud 8.8 grados en la escala de Richter con una duración de 4 a 5 minutos, frente a las costas de la entonces Región del Biobío en Chile, provocando un tsunami, 14 minutos posterior al sismo y se reportaron 525 personas fallecidas, cerca de 500 mil viviendas con daños graves y se estimaron un total de 2 millones de personas damnificadas (Ministerio de Educación, Gobierno de Chile, s.f.).

Estos dos fenómenos y la alta probabilidad de enfrentar sismos de gran magnitud derivado de la brecha de Guerrero (Suárez G, *et al*, 1990, pp. 336-338) propiciaron que en México, a nivel Gobierno Federal, se estableciera como prioridad la elaboración de un plan para enfrentar sismos de gran magnitud y tsunamis, por lo que se iniciaron trabajos de planeación a nivel federal para la elaboración de un Plan Sismo, trabajo posteriormente reconocido por la OPS/OMS (OPS, 2012). Una característica común en ambos eventos es que aún pese a los daños materiales, afectación a la red eléctrica y la pérdida de comunicación a través de la telefonía fija, entre otras; las primeras noticias sobre los eventos se dieron a través de la red de internet móvil.

Como parte de esta estrategia, se inició la identificación de amenazas en cada unidad para poder tener un catálogo institucional de riesgos, el cual fue realizado a través de la georreferenciación en mapas electrónicos junto con la identificación y descripción de sus amenazas.

Con estos antecedentes, al interior de la entonces División de Control y Operación de Proyectos Específicos en la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS (hoy Coordinación de Proyectos Especiales en Salud) —que ya había trabajado en la identificación de amenazas en cada unidad para poder tener un catálogo institucional de riesgos, el cual fue realizado a través de la georreferenciación en mapas electrónicos junto con la identificación y descripción de sus amenazas— se inició la conceptualización de un sistema informático que permitiera apoyar las actividades de un Centro de Operaciones de Emergencias y la elaboración de una estrategia institucional para enfrentar un evento sísmico de gran magnitud.

El Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres (CVOED) fue diseñado y desarrollado durante los años 2010 y 2011 para ser utilizado por el Centro de Operaciones de Emergencias Institucional como una alternativa viable para integrar rápidamente una sala de situación (*war room*) física, o bien, realizar la reunión virtual de la alta dirección institucional.

El módulo funcional central del CVOED consistió en un notificador de emergencias que permitiera realizar reportes de eventos perturbadores, la comunicación y coordinación inmediata entre las unidades médicas y administrativas tanto de forma horizontal (entre unidades) como de forma vertical (con autoridades de nivel delegacional, regional o de Nivel Central), en una época en donde las redes sociales aún se encontraban muy poco desarrolladas y no representaban una opción real de comunicación. En ese sentido, se estableció la necesidad de que pudiera ser contactado desde la intranet institucional como del internet abierto, generando información útil para la población general en su funcionalidad abierta y un acceso institucional que permitiera el manejo de información crítica durante contingencias y desastres de forma reservada.

Adicionalmente, se integraron funcionalidades para contar con directorios de emergencia internos y externos, elaboración de tarjetas de acción, censo nominal de pacientes, búsqueda de pacientes desconocidos, ocupación de camas, registro de disponibilidad de hemoderivados y el informe de disponibilidad de servicios, entre otros. Lo que permite reunir y analizar la información sobre la emergencia o desastre atendido de forma expedita.

Derivado de la utilidad y funcionalidad del CVOED, se conformó un grupo de trabajo intersectorial con la Secretaría de Salud, el ISSSTE, Cruz Roja Mexicana y la Asociación Nacional de Hospitales Privados, el cual permitió la coordinación sectorial. El 28 de noviembre de 2012, la Secretaría de Salud presentó el CVOED a la Secretaría de Gobernación y CNPC como el sistema que se utilizaría en la atención de una emergencia o desastre en el país por parte del sector salud (Cruz F, *et al*, 2013, pp. 51-52).

En paralelo, se desarrolló el Plan Institucional frente a Emergencias y Desastres: Marco de Actuación General, el cual señala de forma general la actuación institucional frente a cualquiera de los fenómenos perturbadores y las actividades generales a desarrollar antes, durante y después de la situación de crisis. También se estableció la respuesta que se implementaría a nivel institucional específicamente frente a la hipótesis de un sismo de gran magnitud, acorde con la instrucción gubernamental de realizar un Plan Sismo, el Plan de Delegaciones (actualmente OOAD) y UMAE de Apoyo: Plan Sismo IMSS, el cual fue complementado con el Plan de Delegaciones y UMAE de Apoyo: Reserva Estratégica, con el fin de abastecer insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos suficientes para atender de forma inicial a las potenciales víctimas (Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres, s.f.). Actualmente, se siguen agregando planes de respuesta a diversos fenómenos perturbadores como son: incendios, huracanes, tsunamis, actividad volcánica y evacuación de unidades críticas; además de ser revisados de forma periódica para mantenerlos actualizados.

El 7 de septiembre de 2017, a las 23:49 horas, se presentó un sismo de magnitud 8.2 al suroeste de Pijijiapan, Chiapas, en donde las principales afectaciones se dieron en los estados de Chiapas y Oaxaca (OPS, 2017). Posteriormente, el 19 de septiembre, a las 13:14 horas, se presentó un sismo de 7.1 grados en la escala de Richter, cuyo epicentro se encontró en Axochiapan, Morelos, afectando a los estados de Morelos, Puebla, Estado de México, Tlaxcala, Guerrero, Oaxaca, Veracruz y la Ciudad de México. Este último, pese a haberse presentado con una menor magnitud, representó una mayor cantidad de daños dada la densidad de población fundamentalmente en Morelos, Puebla y Ciudad de México.

Para el IMSS representó la necesidad de evacuar el Hospital General Regional No. 36, San Alejandro, en Puebla y el Hospital General de Zona No. 7, en Cuautla, Morelos, derivado de los daños que impedían continuar sus operaciones (IMSS, 2017a; s.f.c). Derivado de estas evacuaciones, se requirió la habilitación de estrategias para

mantener la continuidad de operaciones; ejemplo de ello, en la Ciudad de México se realizó una distribución de las y los pacientes en otros hospitales de la red institucional, creando el concepto de red de apoyo hospitalario. En Puebla se hicieron adecuaciones y subrogaciones para continuar la atención médica hospitalaria; la atención de consulta externa de especialidades fue dispuesta en Unidades de Medicina Familiar con apoyo de las Unidades Médicas Móviles del Programa IMSS-PROSPERA, hoy IMSS-Bienestar.



- Durante la pandemia por COVID-19, por instrucciones del H. Consejo Técnico del IMSS habilitó espacios al aire libre para brindar atención reduciendo al máximo la posibilidad de contagio.

El 31 de diciembre de 2019, China notificó un conglomerado de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan. El 5 de enero, la OMS emitió su primera publicación técnica con recomendaciones y con la situación de pacientes en Wuhan. El 16 de enero, la OPS publicó su primera alerta epidemiológica en la región sobre el nuevo coronavirus, que incluía recomendaciones dirigidas a las y los viajeros internacionales sobre medidas de prevención, control de infecciones y pruebas de laboratorio (OPS, 2020a). La extensión de casos iba en aumento y el 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias de la OMS determinó que el brote del nuevo coronavirus representaba una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (OMS, 2019).

Ante estos eventos, la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) inició la etapa de planeación y para el 5 de febrero de 2020 presentó ante el H. Consejo Técnico (HCT) el Plan de Preparación y Respuesta Institucional ante una Epidemia por COVID-2019, en el cual se abordó la situación prevaleciente, el modelo institucional de preparación y respuesta ante contingencias, la vigilancia epidemiológica, definiciones operacionales, identificación y notificación de casos sospechosos, atención de pacientes, las acciones de prevención y promoción de la salud apremiantes, así como la disponibilidad de camas de Cuidados Intensivos y de Urgencias, ventiladores de soporte de vida y mascarillas N95 (IMSS, 2021c).

Contar con información expedita y confiable fue indispensable para el manejo de la emergencia, pues permitiría agilizar el intercambio de datos en materia de monitoreo y análisis del comportamiento epidemiológico dentro del Instituto y entre las instituciones del Sector Salud en el país. Para propiciar este intercambio, el IMSS se dio a la tarea de desarrollar diversos instrumentos digitales que permitieran analizar y difundir la información en tiempo real. Por lo que, con la experiencia obtenida en la atención de

situaciones de emergencia, como el sismo de 2017, el IMSS a través del CVOED implementó el Módulo COVID-19 para monitorear el avance de la enfermedad y la capacidad de atención del Instituto en tiempo real y evaluar así las necesidades emergentes para la toma de decisiones a nivel directivo.

La información generada con los datos ingresados en las unidades médicas de todo el territorio nacional respecto a su capacidad instalada (camas, ventiladores, equipos COVID), su ocupación, la productividad de servicios y un censo nominal de pacientes, permitió al Instituto compartirla a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, a través de la denominada RED Negativa.

El 12 de marzo fue detectado el primer caso positivo en el IMSS, atendido en el Hospital de Especialidades del CMN "Siglo XXI". La paciente contaba con antecedente de haber viajado a Francia; por lo que el 13 de marzo se instaló el Comando Central, como grupo técnico de trabajo de alto nivel para la atención de la emergencia sanitaria, liderado por el propio Director General del IMSS y participando todas las Direcciones Normativas.

El 30 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) (SS, 2020). Para el 3 de abril, el IMSS presentó al Presidente de México el Plan de Preparación y Respuesta Institucional COVID-19, el cual fue anexo del Plan Estratégico Institucional aprobado por el H. Consejo Técnico del IMSS (IMSS, 2020c).

Derivado de la firma del Convenio Marco para el Intercambio y Atención de Pacientes Graves con COVID-19, el Seguro Social presentó el Modelo de Atención Solidario para Pacientes COVID-19 a población abierta, cuyo objetivo era brindar atención de manera oportuna y ordenada a personas con síntomas por el nuevo coronavirus y canalizarlos a hospitales con camas y ventiladores disponibles (IMSS, 2020b). Es por ello que se implementó el Centro Regulador de Urgencias (IMSS, 2020a) IMSS a cargo de la entonces División de Proyectos Especiales en Salud (DiPES) de la Dirección de Prestaciones Médicas, que estableció comunicación con los Centros Reguladores de Urgencias Médicas de las entidades federativas, haciendo posible realizar la referencia de los pacientes de manera controlada, disminuir rechazos en los hospitales y aprovechar óptimamente las instalaciones médicas.

Durante este periodo de tiempo, justo en lo más álgido de la atención de la pandemia por COVID-19 en su primera ola, la Dra. Carissa F. Etienne, Directora de la OPS/OMS, comunicó al IMSS que la División de Proyectos Especiales (DiPES) fue nombrada centro colaborador de la OMS a partir del 10 de junio de 2020 (OMS, 2020) con vigencia de 4 años, debido a más de 20 años de participación activa en poder tener hospitales más seguros y con mejores niveles de preparación ante cualquier amenaza.

Ante el sismo del 23 de junio de 2020, a las 10:29 horas, con intensidad de 7.5 grados en la escala de Richter, epicentro en Oaxaca (IMSS, 2020d), el IMSS rápidamente respondió a la evaluación inicial de daños en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada correspondientes a la zona de impacto en Oaxaca, Puebla, Guerrero, Michoacán, Morelos, Chiapas y Ciudad de México, explicando el mecanismo de monitoreo de la situación a través del CVOED (Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres [CVOED], 2020), con la capacidad de establecer un diagnóstico situacional del estado de afectación en unidades médicas del IMSS de forma expedita.

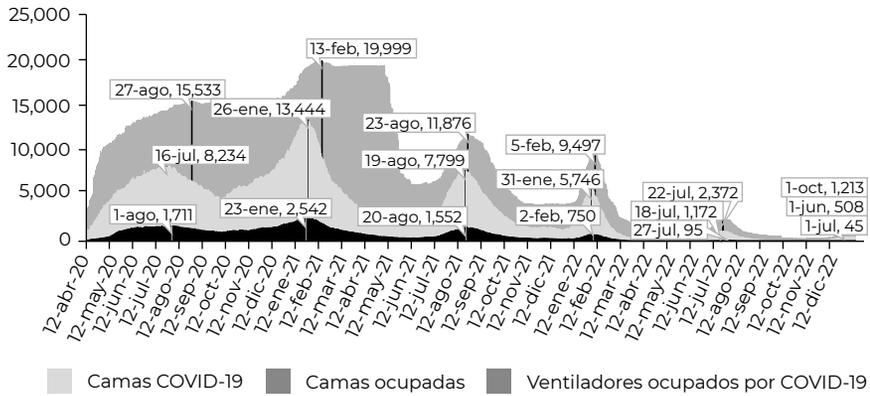
Durante la madrugada del 7 de septiembre de 2021, las intensas lluvias en el centro del país derivaron en el desbordamiento del río Tula en Hidalgo (Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, 2021), inundando de forma súbita a la población de esa zona, incluyendo el Hospital General de Zona No. 5 del IMSS ubicado dentro de la localidad, el cual se vio afectado funcionalmente. El hospital tenía 56 pacientes en hospitalización, 16 por COVID-19 grave y con apoyo ventilatorio; de estos últimos, 2 fallecieron por la gravedad de la enfermedad antes de presentarse la inundación y 14 derivado de la falla funcional del hospital. Los protocolos de emergencia se activaron, logrando rescatar y trasladar a 40 pacientes restantes a la red de apoyo estatal (el Hospital General de Zona No. 1 en Pachuca y el Hospital General de Zona No. 6 de Tepeji del Río, así como al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” en la Ciudad de México), a fin de continuar su atención médica (IMSS, 2021e).



- Personal del IMSS participó en las labores de rescate de pacientes y personas trabajadoras del Hospital General de Zona No. 5 en Tula, Hidalgo, en septiembre de 2021.

La historia de la pandemia por COVID-19 aún se está escribiendo al momento de estar redactando este capítulo, con un IMSS que logró reconvertir cerca de 20 mil camas para la atención de población derechohabiente y no derechohabiente, con casi 4,600 camas con ventilador mecánico habilitadas durante la segunda ola de la pandemia, presentando una ocupación máxima de 13,444 pacientes (67.22%) y 2,542 pacientes que requirieron un ventilador mecánico (55.75%) (gráfica 22). Se mantuvo siempre una estrategia de reconversión dinámica que permitiera tener un margen de disponibilidad de camas para la atención de la población en general durante cada ola de la pandemia, permitiendo continuar con la atención médica habitual.

**GRÁFICA 22**  
**CAPACIDAD DE CAMAS A LO LARGO DE LA PANDEMIA, 2020-2022**



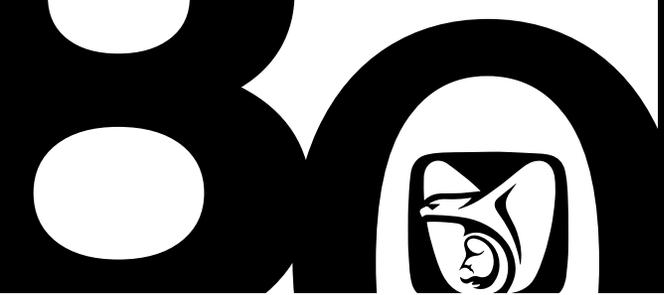
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

El IMSS mantiene un fuerte compromiso con la gestión para la reducción de riesgos frente a desastres, ahora desde una perspectiva de modelo de gestión para emergencias y desastres en los hospitales definido como Hospital Resiliente, en donde se considere a un hospital seguro frente a multiamenazas, con posibilidad de expansión de sus capacidades de atención, sustentable e inclusivo (IMSS, 2022b; OPS, 2020b) modelo en el que el IMSS ha tenido una participación activa antes y durante la atención de la pandemia de COVID-19.



# CAPÍTULO VIII

La seguridad social  
y la perspectiva internacional



### **VIII.1. HISTORIA DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL (CISS)**

Alvaro Velarca Hernández y Fabiola Bautista Sierra

Incluso antes que la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) se conformara y cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) era apenas un proyecto en ciernes, se venía ya tejiendo entre ambas instituciones un estrecho lazo que hasta hoy conserva su solidez. Son ya 8 décadas las transcurridas desde la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, aquella celebrada en Santiago de Chile, a donde acudieron como representantes del Gobierno de México: Ignacio García Téllez, Ministro del Trabajo y Previsión Social; Miguel García Cruz, Jefe del Departamento de Seguro Social de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Ángel Zamora, Secretario de la Embajada de México en Chile; Rafael Fuentes, Consejero de la Embajada de México en Chile, y Rafael Herrera C., Canciller de la Embajada de México, para testimoniar la presentación del anteproyecto de la Ley Mexicana del Seguro Social.

Estas dos instituciones octogenarias vivieron largo tiempo en el imaginario de muchas naciones, y no fue sino después de una larga cadena de esfuerzos individuales y colectivos que pudieron nombrarse y hacerse visibles; la historia del IMSS y de la CISS son, cada una, ricas en detalles que pueden ser un regocijo tanto para personas historiadoras de la seguridad social como para las personas poco versadas en esta materia. Intentaremos dar aquí solo unas cuantas pinceladas de esas coincidencias históricas que han forjado su devenir y las han unido fraternalmente.

#### **Un andar conjunto**

Las palabras que pronunció el Lic. Ignacio García Téllez aquel 10 de septiembre de 1942 en Santiago de Chile y con las que iniciaría su participación en la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, aludieron a los esfuerzos que la hicieron posible: “esta asamblea persigue la continuación de los nobles propósitos de las anteriores efectuadas en Chile, La Habana y Lima, en 1936, 1939 y 1940”, convocadas bajo los auspicios de la Oficina Internacional del Trabajo.



Gracias al trabajo precedente, en cada uno de los asistentes había una claridad meridiana sobre las razones que los habían llevado a ese foro y la contundente idea de nutrirse de otras experiencias continentales. Aquí se comenzó a dibujar el andar conjunto de la CISS y la iniciativa que más tarde permitiría la materialización del IMSS.

Para García Téllez, "la Conferencia serviría para que las experiencias de los países que más han impulsado la seguridad social contribuyan con su enseñanza y aliento a quienes deseamos incorporarnos plenamente a esta gran conquista bajo los sabios consejos de sus mejores técnicos y la experiencia de sus magníficas instituciones".

En un documento informativo editado en Montreal por el Comité Interamericano de Seguridad Social, se indicaba ya cuál sería la participación mexicana en la primera conferencia. En el punto IV del programa, titulado Panorama de los Seguros Sociales y Cooperación Interamericana, se anunciaba que el Gobierno mexicano presentaría "un proyecto de ley con una exposición de motivos y un informe actuarial detallado, proyecto redactado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, que instituye por etapas cuidadosamente establecidas y calculadas, un régimen general de seguro obligatorio de enfermedad-maternidad, vejez-invalidéz-muerte, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; desarrollo de la asistencia infantil por la extensión del equipo hospitalario y asistencial".

Por su parte, el camino andado hacia la consolidación de dicho anteproyecto tiene una historia propia en la que no nos es posible ahondar, pero bastará señalar algunos hitos para dar cuenta del camino recorrido por México en pos de la seguridad social. El abogado Néstor de Buen en "La decadencia de la seguridad social mexicana", destaca la Ley de Accidentes de Trabajo para el estado de Veracruz, impuesta por el gobernador Vicente Villada en 1906 y la Ley de Accidentes de Trabajo promulgada por el gobernador de Nuevo León, Bernardo Reyes, en 1907. Ambos esfuerzos dan fe de la incipiente preocupación por las consecuencias de los riesgos de trabajo en la legislación mexicana.

Es digno de mención también el Programa del Partido Liberal Mexicano, dado a conocer en el exilio de sus principales redactores y opositores al gobierno de Díaz, los hermanos Ricardo y Enrique Flores Magón, en Saint Louis Missouri, el 1 de julio de 1906. Aquí, en lo referente a "Capital y trabajo" señalaba cuestiones como la obligación de los dueños de minas, fábricas, talleres, etcétera, a mantener las mejores condiciones de higiene en sus propiedades y a guardar los lugares de peligro en un estado que preste seguridad a la vida de los operarios, pagar indemnización por accidentes del trabajo; prohibir, bajo severas penas, que se pague a la persona trabajadora de cualquier otro modo que no sea con dinero en efectivo; prohibir descuentos o retardos en el pago de raya por más de una semana o se niegue a quien se separe del trabajo el pago inmediato de lo que tiene ganado (Junta Organizadora del Partido Liberal Mexicano, 1906).

En 1913 se formalizó en México la idea de crear el seguro social con una propuesta presentada el 17 de septiembre, fue el primer proyecto de Ley del Trabajo. Por otro lado, durante el proceso revolucionario, el tema de la seguridad social sería una constante que coronaría, en 1917, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, considerada como "la primera constitución político-social del mundo" (Trueba A, 1971).

Años más adelante, el 27 de diciembre de 1938, el Presidente Lázaro Cárdenas presentó una iniciativa que preveía la formación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, que no pudo ser aprobada por carecer de una base actuarial (De Buen N, 2010). Ya para 1940, en su discurso de toma de posesión como Presidente de la República Mexicana, el Gral. Manuel Ávila Camacho anunció su propósito de dictar leyes del seguro

social. Reformó la Ley de Secretarías de Estado, elevando el Departamento de Trabajo a la categoría de Secretaría y nombró como Secretario al Lic. Ignacio García Téllez. El Presidente recurrió a los servicios del Actuario Dr. Emilio Schoenbaum, quien hizo los cálculos que permitieron la expedición de la ley, mismo que calificó la Iniciativa Mexicana de Ley del Seguro Social como “la más científicamente elaborada en América” (De Buen N, 2010).

### **La Ley Mexicana del Seguro Social, primera asesoría técnica de la CISS**

En septiembre de 1942, al tiempo de su constitución, la CISS aportó su primera colaboración técnica de asesoría al conocer el anteproyecto de la Ley Mexicana del Seguro Social.

Según consta en las actas de la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, el día jueves 10 de septiembre de 1942, en la sesión inaugural en el Salón de Honor del Congreso Nacional de Chile y siendo las 10:30 horas, en sesión encabezada por el Presidente de la República de Chile, entre otros; sería Miguel García Cruz el encargado de presentar la iniciativa ante la asamblea. De acuerdo con sus palabras, México había recogido y aprovechado las más valiosas enseñanzas de Bolivia, Uruguay, Panamá, Argentina, Brasil, Costa Rica, Canadá, Ecuador, Cuba, Venezuela, Estados Unidos y, especialmente, las experiencias más fecundas de las dos Repúblicas vanguardia de la seguridad social americana: Perú y Chile.

Durante la reunión, García Cruz aseguró: “el éxito técnico logrado con este proyecto mexicano de Ley del Seguro Social obligatorio, no es exclusivamente una victoria para mi patria, sino un laurel que todas las Repúblicas hermanas de América, solidariamente, ciñen a la justicia y a la seguridad colectiva”.

Entre las Consideraciones de las Delegaciones a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en torno de la iniciativa mexicana destaca: “siendo el objeto de esa asamblea promover, fomentar y convertir en realidad las conquistas de la seguridad social y encontrándose México en lucha contra los intereses que se oponen al bienestar de las clases trabajadoras, creemos que es función obligada de esta Conferencia prestarle el amplio respaldo, apoyo y solidaridad para el éxito fecundo de tan magna obra mexicana”.

### **El acervo de seguridad más valioso que el pueblo mexicano es capaz de aportar a la Conferencia**

En un acta firmada por Argentina, Chile, Estados Unidos, Guatemala, Colombia, San Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Haití, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil, Paraguay, Canadá y Uruguay, las Delegaciones se permitieron acordar que la Iniciativa Mexicana de Ley de Seguro Social Obligatorio merecía su aprobación y aliento, porque “constituye un Código de Seguridad, científicamente elaborado, con todas las perspectivas de viabilidad en su realización, a la par que representa una firme garantía técnica para establecer en México el seguro social, en beneficio de las clases productoras y de la prosperidad de la nación mexicana”.

“La colaboración de mi patria está llena de sinceridad y buen propósito. El anteproyecto mexicano de Ley de Seguridad Social, que ha recibido la aprobación y la simpatía de técnicos e instituciones autorizadas, es el acervo de seguridad más valioso que el pueblo mexicano es capaz de aportar a esta Conferencia”, expresó Miguel García Cruz (Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1942).

A nombre de México, García Cruz agradeció con profundo cariño la valiosa cooperación prestada “...por las naciones que luchan por la reivindicación de los trabajadores, porque la iniciativa de la Ley de Seguro Social concretiza uno de los más altos propósitos de la

Revolución Mexicana, tendiente a proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva, y la tranquilidad de la familia obrera; contribuye al cumplimiento de compromisos exteriores, de promesas gubernamentales y de un deber ineludible”.

Este tan elogiado proyecto de ley presentado en la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social y primera asesoría técnica de la CISS, se envió al Congreso mexicano y se convirtió en ley por decreto del 31 de diciembre de 1942, aunque fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de enero de 1943 (De Buen N, 2010).

### **México, un Centro de Estudios para la Seguridad Social, una sede para la CISS**

De acuerdo con María Rosa Gudiño, el IMSS no comenzaría su operación sino hasta 1943 con la apremiante necesidad de construir las edificaciones para atender a un número creciente de derechohabientes. En el primer año de operación, se dispuso a acondicionar casas para prestar los diferentes servicios de salud que debía proporcionar y al año siguiente su entonces director, Ignacio García Téllez, creó la Comisión de Planificación de Hospitales y Clínicas (Gudiño M, 2019).

Debido al estallido de la Segunda Guerra Mundial, que provocaría escasez en los insumos para la construcción, el ritmo en que era posible edificar y echar a andar hospitales fue lento, pero en la década de 1960, durante la administración de Benito Coquet al frente del IMSS, el Instituto mantuvo un fuerte impulso hacia la construcción de edificios para la seguridad social.

Entre las obras realizadas en esa época destacan importantes hospitales regionales, unidades habitacionales —que incluían clínicas, teatros, zonas deportivas, áreas de esparcimiento, centros comerciales, escuelas— y centros vacacionales como Oaxtepec, La Malinche (Tlaxcala) y Atlixco (Puebla).

El hecho de proporcionar viviendas, así como espacios recreativos y educativos, era la forma de materializar la pregonada seguridad social para la población mexicana. De acuerdo con Gudiño, quien encabezó la tarea fue el IMSS, ya que el Estado mexicano fundó el Instituto Nacional de Vivienda (Invi) hasta 1954, cuando ya se habían inaugurado por parte de la seguridad social las unidades de Santa Fe (1956) y Tlatilco (1957).

Una de estas emblemáticas unidades habitacionales fue la Unidad Independencia, el antecedente arquitectónico de las instalaciones del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) y actualmente la Secretaría General de la CISS. Esto derivado de la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social, realizada en el entonces Distrito Federal en septiembre de 1960, donde se produjo la Resolución No. 58, que proponía la creación de un “Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social, cuyo funcionamiento se encomienda a la acción conjunta del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y del Instituto Mexicano del Seguro Social”. En cumplimiento de estas resoluciones, el IMSS proyectó y construyó la sede para el CIESS, un majestuoso conjunto arquitectónico que sigue siendo a la fecha la sede de la Secretaría General de la CISS.

Por los pasillos de este edificio han caminado personajes de gran importancia, así como cientos de becarias y becarios de todo el continente que vienen a capacitarse en el CIESS para enfrentar los problemas en la materia que aquejan a sus países. Se trata de un lugar de pensamiento y fraternidad internacional.



- El Presidente Adolfo López Mateos supervisa las obras de la Unidad Independencia, un proyecto innovador de vivienda a cargo del IMSS, referente en materia de prestaciones sociales.

### **Acompañamiento de la CISS**

A lo largo de estas décadas de colaboración, la CISS ha atestiguado, acompañado y compartido el compromiso del IMSS hacia el pueblo de México; también ha reconocido el ímpetu y la determinación con que logró la consolidación de sus servicios.

Actualmente, la CISS se encuentra en un proceso de transformación y acercamiento con su membresía, consolidando asistencias técnicas que buscan tener incidencia directa en el bienestar de las personas. El primer convenio suscrito en este sentido ha sido precisamente con el IMSS, con miras a generar modelos de buenas prácticas institucionales que puedan compartirse con el resto del continente.

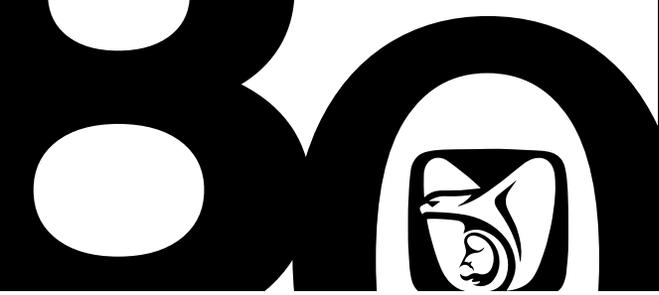
Este, sin duda, es un espacio propicio para reiterar no solo su inquebrantable ánimo de colaboración con el IMSS sino para reconocer ampliamente su generosidad institucional. Nos alegra decir con férrea convicción que, como hace 80 años cuando inició nuestro andar, estaremos acompañando al Instituto Mexicano del Seguro Social y que no cesaremos en caminar hacia ese anhelo que nos sostiene.

El trabajo diario de cada una de las personas que colaboran en la CISS, el talento de sus investigadoras e investigadores, la labor actuarial que se realiza en nuestras instalaciones, el establecimiento de diálogos, debates y foros, así como las experiencias hemisféricas de cada una de las instituciones de nuestra membresía, están más que nunca —y como está destinado a ser—, al servicio del IMSS.





- El Presidente Adolfo López Mateos y el Director General del IMSS, Benito Coquet, en la inauguración de los edificios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en la Unidad Independencia.



# BIBLIOGRAFÍA

Alfaro D. (1951). Contrato para la ejecución de una pintura mural que celebran por una parte el Instituto Mexicano del Seguro Social, representado por su Director General, señor Antonio Díaz Lombardo, y por la otra el señor David Alfaro Siqueiros como contratista. Recuperado de International Center of the Arts of the Americas at the Museum of Fine Arts, de <https://icaa.mfah.org/s/es/item/796041#?c=&m=&s=&cv=2&xywh=-2001%2C-300%2C6551%2C3666>

Alonso C. (2010). La influenza A(H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias. *Desacatos*, No. 32. Recuperado el 2 de agosto de 2022, de [www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2010000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100004&lng=es&tlng=es)

Altamirano N, et al. (2020). Protein-conformational diseases in childhood: Naturally-occurring hIAPP amyloid-oligomers and early beta-cell damage in obesity and diabetes. *PLoS One*. Recuperado de National Library of Medicine. Pub Med, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32833960/>

Arriaga L, et al. (2021). Accurate diagnosis of sepsis using a neural network: Pilot study using routine clinical variables. Recuperado de Science Direct. *Comput Methods and Programs Biomedicine*, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0169260721004405?via%3Dihub>

Arsenault C, et al. (2022). COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries. Recuperado de *Nature Medicine*, de <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01750-1>

Avilés B. (2014). Documental. Oaxtepec la Crónica, 50 años de vida. Recuperado de Facebook Patita Oaxtepec, de <https://www.facebook.com/watch/?v=626054800902527>

Azcárate M. (2016). Museo Industrial de Metepec, un referente en la preservación del patrimonio textil de Puebla. Recuperado de *Gaceta Universidad BUAP*, Año XXXV, No. 204, de [https://repositorio.buap.mx/rdci/public/inf\\_public/2016/0/gaceta204.pdf](https://repositorio.buap.mx/rdci/public/inf_public/2016/0/gaceta204.pdf)

Azuara O, et al. (2019). Diagnóstico del sistema de pensiones mexicano y opciones para reformarlo. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado el 7 de octubre de 2022, de [https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Diagn%C3%B3stico\\_del\\_sistema\\_de\\_pensiones\\_mexicano\\_y\\_opciones\\_para\\_reformarlo\\_es\\_es.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Diagn%C3%B3stico_del_sistema_de_pensiones_mexicano_y_opciones_para_reformarlo_es_es.pdf)

Banco Mundial. (2020). Datos de libre acceso del Banco Mundial. Tasa de fertilidad total (nacimientos por cada mujer). Recuperado el 1 de agosto de 2022, de <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.dyn.tfrt.in?locations=MX>

Banco de México. (2021). La reforma del tema de pensiones de México: posibles efectos sobre las jubilaciones, la dinámica del ahorro obligatorio y las finanzas públicas. Extracto del Informe trimestral octubre-diciembre 2020. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-trimestrales/recuadros/%7B097F33DE-A56A-DA9E-9620-7A9CDC32AA8B%7D.pdf>

Bestratén M. (2011). Seguridad en el trabajo. Recuperado del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, de <https://www.insst.es/documents/94886/599872/Seguridad+en+el+trabajo/e34d1558-fed9-4830-a8e3-b0678c433bb1>

Cadena D, et al. (2020). Are there really any predictive factors for a successful weight loss after bariatric surgery? Recuperado de BMC Endocrine Disorders, de <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-020-0499-4>

Camacho R, et al. (2020). Correction to ALOX5, LPA, MMP9 and TPO gene polymorphisms increase atherothrombosis susceptibility in middle-aged Mexicans. Recuperado de Royal Society Open Science, de <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsos.190775>

Cámara de Diputados. (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reforma la del 5 de febrero de 1857, Artículo 123, fracción XXIX. Recuperado el 25 de julio de 2022, de [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM\\_orig\\_05feb1917.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf)

Cámara de Diputados. (1922). Diario de Debates. Legislatura XXX. Periodo Ordinario. Número de Diario 85. Recuperado el 1 de septiembre de 2022, de [cronica.diputados.gob.mx/DDebates/30/1er/Ord/19221229.html](http://cronica.diputados.gob.mx/DDebates/30/1er/Ord/19221229.html)

Cámara de Diputados. (1997). Crónica Parlamentaria del 24 de abril de 1997. Salón de sesiones de la Cámara de Diputados. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de <http://cronica.diputados.gob.mx/Iniciativas/56/231.html>

Cámara de Diputados. (2007). Secretaría de Servicios Parlamentarios. Cuadernos de apoyo. Ley del Seguro Social. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-03-07.pdf>

Cámara de Diputados. (Enero de 2017). Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Pensiones y jubilaciones en México: situación actual, retos y perspectivas. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Centros-de-Estudio/CESOP/Estudios-e-Investigaciones/Estudios/Pensiones-y-jubilaciones-en-Mexico-Situacion-actual-retos-y-perspectivas-Estudio-Enero-2017>

Cámara de Diputados. (2019). 18 de agosto. Se expide la primera Ley Federal del Trabajo. Recuperado el 20 de agosto de 2022, de Museo Legislativo, de <http://museolegislativo.diputados.gob.mx/?p=3113>

Cameron E, et al. (2007). MGEA5-14 polymorphism and type 2 diabetes in Mexico City. *Am J Hum Biol*. Recuperado de National Library of Medicine. Pub Med, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17546623/>

Cantú F. (1984). Seis décadas. UNAM.

Cárdenas E. (1968). Vasco de Quiroga, Precursor de la seguridad social. IMSS.

Carles C, et al. (2019). Les cancers professionnels: risques et prévention [Occupational cancers: Risks and prevention]. Recuperado de *Bulletin du cancer*, de <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.10.010>

Carmona D. (1921). Proyecto de Ley del Seguro Obrero. Álvaro Obregón. Recuperado el 20 de julio de 2022, de Memoria Política de México, de [www.memoriapoliticademexico.org/Textos/6Revolucion/1921%20PLSOAB.html](http://www.memoriapoliticademexico.org/Textos/6Revolucion/1921%20PLSOAB.html)

Carrillo A. (2002). Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910). *Hist. cienc. Saude-Manguinhos* 9. Recuperado de Scientific Electronic Library Online, de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400004>

Carrillo A, García G. (2017). La Constitución de 1917 y su impacto en la salud pública. *Revista CONAMED* 22. Recuperado el 20 de julio de 2022, de [www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/cons171a.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/cons171a.pdf)

Castellanos J. (2010). Los teatros del IMSS en la Ciudad de México. Seguridad social y cultura, una política estatal de principio de los años sesenta. (Tesis de doctorado). Recuperado de UNAM. Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado, Facultad de Arquitectura, de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/97698>

Castellanos M. (2018). El archivo de la Compañía Industrial de Atlixco, S. A. (CIASA): su función y organización documental. Recuperado de *Boletín del Archivo General de la Nación*. Vol. 8, No. 17, de <https://bagn.archivos.gob.mx/index.php/legajos/article/view/11/8>

Castellanos M. (2019). Somno Automatum México Industrial 1923. Película silente de la fábrica textil de Metepec. Banda sonora de Cabeza de Cera. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Castro y Castro F. (1979). Pensamiento, personas y circunstancias en 30 años de servicios. México. Bufete de Ediciones, S. A.

Cázares G. (2018). Derecho de la seguridad social: historia, doctrina y jurisprudencia. Porrúa.

Centro Nacional de Prevención de Desastres. (2018). A 30 años de Gilbert ¿Qué hemos aprendido? Recuperado de [www.gob.mx/cenapred/articulos/a-30-anos-de-gilbert-que-hemos-aprendido](http://www.gob.mx/cenapred/articulos/a-30-anos-de-gilbert-que-hemos-aprendido)

Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres. (2020). Director Zoé Robledo presenta la funcionalidad del CVOED durante una emergencia en el IMSS. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de <http://cvoed.imss.gob.mx/director-zoe-robledo-presenta-la-funcionalidad-del-cvoed-durante-una-emergencia-en-el-imss/#>

Centro Virtual de Operaciones en emergencias y Desastres. (s.f.). Planes Institucionales. Recuperado el 4 de agosto de 2022, de [cvoed.imss.gob.mx/planes-institucionales/](http://cvoed.imss.gob.mx/planes-institucionales/)

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (24 de mayo de 2012). ¿Qué es la Consar? Recuperado el 2 de agosto de 2022, de <https://www.gob.mx/consar/articulos/que-es-la-consar#:~:text=CONSAR%20es%20la%20Comisi%C3%B3n%20Nacional,trabajadores%20que%20administran%20las%20AFORE>

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2015). Diagnóstico del Sistema de Pensiones. Recuperado de <https://www.gob.mx/consar/documentos/diagnostico-del-sistema-de-pensiones>

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2017). Movilidad y formalidad laboral en México. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de <https://www.gob.mx/consar/prensa/movilidad-y-formalidad-laboral-en-mexico-106252>

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2018a). El reto de financiar las pensiones de la Generación de Transición. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de <http://boletin.org.mx/DescargaBoletin/4aaa2fe395836725151b09b4d2c59120>

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2018b). Nuevo Documento. Integración de los pilares contributivo y no contributivo en el sistema de pensiones de México: una mirada al modelo chileno. Recuperado el 4 de agosto de 2022, de <https://www.gob.mx/consar/prensa/nuevo-documento-de-trabajo-integracion-de-los-pilares-contributivo-y-no-contributivo-en-el-sistema-de-pensiones-de-mexico-una-mirada-al-modelo-chileno?idiom=es-MX>

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2021). Sistema de Ahorro para el Retiro. Diagnóstico de la Generación Afore IMSS. Recuperado el 10 de noviembre de 2022, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/509334/2\\_AP-nov-19\\_Diagno\\_stico\\_IMSS\\_GA.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/509334/2_AP-nov-19_Diagno_stico_IMSS_GA.pdf)

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2022a). Información Estadística. Recuperado el 2 de agosto de 2022, de <https://www.consar.gob.mx/gobmx/aplicativo/siset/Enlace.aspx>

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2022b). Primer informe trimestral 2022. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/728189/Informe\\_Trimestral\\_1T22\\_11052022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/728189/Informe_Trimestral_1T22_11052022.pdf)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). Líneas de pobreza por ingresos. Recuperado el 10 de noviembre de 2022, de <http://sistemas.coneval.org.mx/InfoPobreza/Pages/wfrLineaBienestar?pAnioInicio=2016&pTipoIndicador=0>

Coquet B. (1964). La seguridad social en México. Helio México, S. A.

Costas C. (2009). Evaluación del desarrollo en atención temprana. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, Vol. 23, No. 2. Recuperado de Redalyc. Sistema de Información Científica, de [https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2009/129754/EVALUACION\\_DESARROLLO.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2009/129754/EVALUACION_DESARROLLO.pdf)

Cotonieto E. (2020). Evolución de la seguridad social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020). Recuperado de Journal of Negative and No Positive Results, Vol. 5, No. 7, de <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3511>

Cruz F, et al. (2013). CVOED. Sistema informático en línea que ayuda a las instituciones para enfrentar situaciones de emergencia o desastres. Recuperado de Archivos de Medicina de Urgencia de México, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2013/aur132a.pdf>

Cummings K, et al. (2018). NIOSH's Respiratory Health Division: 50 years of science and service. Recuperado de Archives of environmental & occupational health. Taylor & Francis Online, de <https://doi.org/10.1080/19338244.2018.1532387>

De Anda E. (2020). Teatros junto a los hospitales. Los conjuntos de seguridad social en la presidencia de Adolfo López Mateos 1958-1964. Recuperado de Universidad Nacional Autónoma de México, de <https://drive.google.com/file/d/1qFJgWDCAGrnM-5i4-Ek8MnjBIYiMSQz5/view>

De Buen N. (2010). La decadencia de la seguridad social mexicana. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2150/11.pdf>

De la Loza A, Ordaz G, González A. (1985). Avances actuales en los sistemas de información del IMSS. Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/451>

Diabetes Genetics Replication and Meta-analysis Consortium, et al. (2014). Genome-wide trans-ancestry meta-analysis provides insight into the genetic architecture of type 2 diabetes susceptibility. Nat Genet. Recuperado de National Library of Medicine. Pub Med, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24509480/>

Díaz J. (2000). La seguridad social en México, un enfoque histórico. Recuperado de Revista Jurídica de la Escuela Libre de Derecho de Puebla, de <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/juridica-libre-puebla/article/view/569/519>

Domínguez E. (1961). Breve reseña sobre el origen y evolución del servicio social de guardería infantil. Revista Unidad de Promoción Voluntaria del IMSS. Vol. III, No. 12.

Doubova S, et al. (2014). Evaluation of the quality of antenatal care using electronic health record information in family medicine clinics of Mexico City. Recuperado de BMC Pregnancy Childbirth, de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-168>

Doubova S, et al. (2022a). Overcoming disruptions in essential health services during the COVID-19 pandemic in Mexico. Recuperado de BMJ Global Health, de <https://gh.bmj.com/content/7/3/e008099>

Doubova S, et al. (2022b). The road to recovery: an interrupted time series analysis of policy intervention to restore essential health services in Mexico during the COVID-19 pandemic. Recuperado de Journal of Global Health, de <https://jogh.org/2022/jogh-12-05033>

Doubova S, Lamadrid H, Perez R. (2013). Use of electronic health records to evaluate the quality of care for hypertensive patients in Mexican Family Medicine Clinics. Recuperado de Journal of Hypertension, de [https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2013/08000/Use\\_of\\_electronic\\_health\\_records\\_to\\_evaluate\\_the.30.aspx](https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2013/08000/Use_of_electronic_health_records_to_evaluate_the.30.aspx)

Doubova S, Pérez R. (2015). Quality of care for hip and knee osteoarthritis at Family Medicine Clinics: lessons from Mexico. Recuperado de International Journal Quality in Health Care, de <https://academic.oup.com/intqhc/article/27/2/125/1787786>

Echeverría S, Dávila J. (2012). El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de Digitale Bibliothek Erkenntnisse finden und austauschen, de <https://dokumen.pub/el-imss-en-el-sistema-nacional-de-salud-situacion-actual-retos-y-propuestas-de-politica-1nbsped-9786071611307-607161130x-9786071613998-607161399x.html>

Edmondson R. (2002). Memoria del Mundo. Directrices para la salvaguardia del patrimonio documental. División de la Sociedad de Información. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO. Recuperado de [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000125637\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000125637_spa)

El Informador. (2010). Parque Nacional la Malinche. Recuperado de [www.informador.mx/Suplementos/Parque-Nacional-La-Malinche-20100321-0228.html](http://www.informador.mx/Suplementos/Parque-Nacional-La-Malinche-20100321-0228.html)

Escudero A. (2002). Volviendo a un viejo debate: el nivel de vida de la clase obrera británica durante la Revolución Industrial. Universidad de Alicante. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de Revista de Historia Industrial, No. 21, de [www.um.es/hisminas/wp-content/uploads/2012/06/Volviendo-a-un-viejo-debate.pdf](http://www.um.es/hisminas/wp-content/uploads/2012/06/Volviendo-a-un-viejo-debate.pdf)

Escudero A. (2019). Salarios y nivel de vida en los barrios obreros británicos durante la Revolución Industrial. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de Conversación sobre la Historia, de [conversacionsobrehistoria.info/2019/01/12/salarios-y-nivel-de-vida-en-los-barrios-obreros-britanicos-durante-la-revolucion-industrial/#:~:text=La%20esperanza%20de%20vida%20en%20Gran%20Breta%C3%B1a%20pas%C3%B3%20de%2037, en%20esta%20cifra%20hasta%201850](http://conversacionsobrehistoria.info/2019/01/12/salarios-y-nivel-de-vida-en-los-barrios-obreros-britanicos-durante-la-revolucion-industrial/#:~:text=La%20esperanza%20de%20vida%20en%20Gran%20Breta%C3%B1a%20pas%C3%B3%20de%2037, en%20esta%20cifra%20hasta%201850)

Flores J. (2012). Formación de instructores, planeación y evaluación en capacitación. Instituto Mexicano de Tecnología del Agua. Recuperado de <https://www.imta.gob.mx/images/transparencia-focalizada/Libro%20Formacion%20de%20instructores-libre.pdf>

Fraga G, Bravo V. (1983). Instituto Mexicano del Seguro Social. 40 años de historia: 1943-1983.

Franco J. (1970). La seguridad social en México.

Galindo A. (2005). Problemática de pensionados del IMSS para el año 2015. La difícil tarea de mantener una previsión social adecuada. (Tesis de licenciatura). Universidad de las Américas Puebla. Departamento de Actuaría. Escuela de Ciencias. Recuperado de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lat/galindo\\_m\\_al/](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/galindo_m_al/)

Gálvez G. (2019). Agencia de noticias. Urbano. Recuperado de [www.urbanopuebla.com.mx/entretenimiento/noticia/26716-de-exf%C3%A1brica-textil-a-centro-vacacional,-%E2%80%99Cla-trinidad%E2%80%9D-en-santa-cruz-tlaxcala.html](http://www.urbanopuebla.com.mx/entretenimiento/noticia/26716-de-exf%C3%A1brica-textil-a-centro-vacacional,-%E2%80%99Cla-trinidad%E2%80%9D-en-santa-cruz-tlaxcala.html)

García I. (1997). Vida, pensamiento y obra de Ignacio García Téllez. Vol. 2, Trayectoria política y pensamiento. Instituto Mexicano del Seguro Social.

García M. (2014). Derecho a la seguridad social. Estudios Políticos. (32). Recuperado de SciELO. Scientific Electronic Library Online, No. 32, de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16162014000200005&lng=es&lng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162014000200005&lng=es&lng=es)

Gobierno de México. (2022). Programa de pensión para el bienestar de las personas adultas mayores. Recuperado el 10 de noviembre de 2022, de <https://presidente.gob.mx/programa-de-pension-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores/>

Gobierno del Estado de Tlaxcala. (1991). Y esto tan grande se acabó: Testimonios y relatos de los trabajadores de la fábrica textil La Trinidad Tlaxcala. IMSS.

Gómez J, et al. (2016). High Thyroid-stimulating Hormone Levels Increase Proinflammatory and Cardiovascular Markers in Patients with Extreme Obesity. Recuperado de Science Direct, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0188440916301825?via%3Dihub>

Gómez O, Frenk J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. Recuperado de Salud Pública México, Vol. 61, No. 2, de <https://doi.org/10.21149/10122>

Granja J, et al. (2012). El terremoto de Haití. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [www.researchgate.net/publication/303190011\\_EL\\_terremoto\\_de\\_Haiti](http://www.researchgate.net/publication/303190011_EL_terremoto_de_Haiti)

Gudiño M. (2019). Arquitectura y arte en la sede del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Recuperado de <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Arquitectura-y-arte-en-la-sede-del-centro-interamericano-de-estudios-de-seguridad-social.pdf>

Guerra A, Peñaflores K, Mayani H. (2020). Cord Blood Banking and Transplantation in a National Program: thirteen years of experience. Recuperado de Archives of Medical Research, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0188440919306708?via%3Dihub>



Guerrero F, et al. (2010). The product of triglycerides and glucose, a simple measure of insulin sensitivity. Comparison with the euglycemic-hyperinsulinemic clamp. Recuperado de The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, de <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0288>

Guerrero F, Jaquez F, Rodriguez M. (2016). Magnesium in metabolic syndrome: a review based on randomized, double-blind clinical trials. Magnes Res. Recuperado de National Library of Medicine. Pub Med, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27834189/>

Gutiérrez A. (2002). México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina. Siglo XXI Editores.

Gutiérrez C. (2000). Experiencias contrastadas: industrialización y conflictos en los textiles del centro-oriente de México, 1884-1917. Recuperado de <https://muse.jhu.edu/book/74408>

Guzmán J, et al. (2020). Decreased biochemical progression in patients with castration-resistant prostate cancer using a novel mefenamic acid anti-inflammatory therapy: A randomized controlled trial. Recuperado de Spandidos Publications. Oncology Letters, de <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/ol.2020.11509>

Hernández A, et al. (2018). Significant and safe reduction of propofol sedation dose for geriatric population undergoing pacemaker implantation: randomized clinical trial. Recuperado de Springer Link. Aging Clinical and Experimental Research, de <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-018-0914-0>

Holzmann R, Hinz R. (2005). Old-age income support in the 21st century: an international perspective on pension systems and reform. Recuperado de The World Bank Open Knowledge Repository, de <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7336>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (18 de febrero de 1958). Departamento de Prestaciones Sociales y Divulgación. Conferencia. Recuperado de [biblioteca.ciess.org:8081/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=5268](http://biblioteca.ciess.org:8081/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=5268)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1983). Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. Primera edición.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1986). ACDO 944/86. Honorable Consejo Técnico.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1992). Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. Recuperado el 2 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4652563&fecha=24/02/1992&cod\\_diario=200290](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4652563&fecha=24/02/1992&cod_diario=200290)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (21 de diciembre de 1995). Ley del Seguro Social. Recuperado el 2 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4886585&fecha=21/12/1995&cod\\_diario=209466](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4886585&fecha=21/12/1995&cod_diario=209466)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (12 de mayo de 1999). Acuerdo por el que el Instituto Mexicano del Seguro Social publica los Lineamientos Generales del Programa IMSS-SOLIDARIDAD. Recuperado del Diario Oficial de la Federación, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4948348&fecha=12/05/1999#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4948348&fecha=12/05/1999#gsc.tab=0)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2001). Decreto por el que se reforman diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 2 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=757414&fecha=20/12/2001&cod\\_diario=28896](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=757414&fecha=20/12/2001&cod_diario=28896)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002). Acuerdo 450/2002. Honorable Consejo Técnico. Recuperado de <https://acuerdospublicos.imss.gob.mx/home>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2005). Acuerdo 27/2005. Honorable Consejo Técnico. Recuperado de <https://acuerdospublicos.imss.gob.mx/home>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2006). El IMSS: compromiso de vanguardia. Fondo de Cultura Económica.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). Informe de Labores IMSS 2009-2010 y Programa de Actividades 2010. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2010/2010-InformeLabores-2009-2010-Actividades.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2010/2010-InformeLabores-2009-2010-Actividades.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015a). Historia Ilustrada del Deporte en el IMSS. Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015b). Recibe Premio de Gobierno Abierto 2015, el programa Participación Social en Guarderías. Comunicado de prensa No. 068/2015. Recuperado de [www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201510/PreGobAbi](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201510/PreGobAbi)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas. Recuperado el 5 de septiembre de 2022, de Educación en Salud IMSS, de [educacionensalud.imss.gob.mx/modelopreventivo/](http://educacionensalud.imss.gob.mx/modelopreventivo/)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017a). A una semana del sismo del 19 de septiembre, listo el censo de infraestructura del IMSS. Comunicado de prensa No. 298/2017. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de [www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201709/298](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201709/298)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017b). Los Rostros del IMSS. Recuperado de [IMSS75-book.pdf](http://IMSS75-book.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017c). UNIFILA: Pacientes sin cita. Recuperado el 2 de septiembre de 2022, de Gobierno de México, de [www.gob.mx/imss/acciones-y-programas/unifila-pacientes-sin-cita](http://www.gob.mx/imss/acciones-y-programas/unifila-pacientes-sin-cita)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018a). Érase una vez, el escondite de Ringo. Ludotecas del IMSS. México.



Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018b). IMSS una historia de logros al servicio de los mexicanos.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018c). Informe de Rendición de Cuentas 2012-2018. Memoria Documental IMSS Digital. Recuperado el 2 de agosto de 2022, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-MD-1-IMSS-Digital.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (Junio de 2019). Reincorporación del IMSS al sistema Nacional de Competencia con el carácter de Órgano Deportivo de Cultura Física y Deporte (OdeIMSS) y solicitud de elaboración y emisión de su estatuto. Recuperado del Comité Federal de Mejora Regulatoria y Simplificación Administrativa, de <https://cofemersimir.gob.mx/expediente/23406/mir/47889/regulacion/5332407>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019a) Memoria Estadística 2019. Capítulo VII Salud en el Trabajo. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019b). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/PIIMSS-2020-2024-VF.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019c). Sistema Operativo Médico Virtual (SIMOC). Recuperado el 4 de agosto de 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [accesoescritoriovirtual.imss.gob.mx/nidp/app/login?id=simocAuth&option=credential](https://accesoescritoriovirtual.imss.gob.mx/nidp/app/login?id=simocAuth&option=credential)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020a). A nivel nacional, más de 10 mil 500 personas no derechohabientes reciben atención médica en clínicas y hospitales del IMSS por COVID-19. Comunicado de prensa No. 422/2020. Recuperado de [www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/422](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/422)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020b). Presenta IMSS Modelo de Atención Solidario para pacientes COVID-19 a población abierta. Comunicado de prensa No. 244/2020. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202005/244>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020c). Presenta IMSS Plan de Preparación y Respuesta Institucional COVID-19. Comunicado de prensa 171/2020. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [www.gob.mx/imss/prensa/com-171-presenta-imss-plan-de-preparacion-y-respuesta-institucional-covid-19](http://www.gob.mx/imss/prensa/com-171-presenta-imss-plan-de-preparacion-y-respuesta-institucional-covid-19)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020d). Red hospitalaria del IMSS reporta saldo blanco tras sismo de esta mañana. Comunicado de prensa No. 420/2020. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/420>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020e). Plan Maestro de Infraestructura 2020-2024. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/PIIMSS-2020-2024-VF.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021a). Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Bienestar para el ejercicio fiscal 2022. Recuperado el 8 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5639354&fecha=24/12/2021#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639354&fecha=24/12/2021#gsc.tab=0)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021b). Firman IMSS y Unicef memorándum por una infancia libre de obesidad en México. Comunicado de prensa No. 188/2021. Recuperado de [www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202105/188](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202105/188)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021c). Informe de Labores y Programa de Actividades, 2020-2021. Recuperado el 6 de agosto de 2022, de [www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2021/ILPA-20-21.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2021/ILPA-20-21.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021d). Memoria Estadística 2021. Capítulo X. Prestaciones Económicas. Recuperado el 12 de agosto de 2022, de [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021e). Prioriza IMSS esfuerzos para apoyar a sobrevivientes, familiares y personal de en Hospital de Tula, Hidalgo. Comunicado de prensa 393/2021. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de [www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202109/393](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202109/393)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022a). ACDO.AS2.HCT.260122/15.P.DPES. Solicitud de autorización de los Entornos Laborales Seguros y Saludables (ELSSA). Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [acuerdospublicos.imss.gob.mx/listarpf/2022-01-26T00:00:00/2022-01-26T23:59:59](http://acuerdospublicos.imss.gob.mx/listarpf/2022-01-26T00:00:00/2022-01-26T23:59:59)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022b). Con Hospital Seguro y protocolos de seguridad, IMSS responde ante situaciones de emergencia y desastres naturales. Comunicado de prensa 136/2021. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202203/136>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022c). Consulta dinámica (CUBOS). Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022d). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20212022/19-informe-completo.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20212022/19-informe-completo.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022e). Presentan ante el H. Consejo Técnico del IMSS estrategia institucional ante la variante ómicron. Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202201/041](http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202201/041)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022f). Reforma a la Ley del Seguro Social de 2020 ha recuperado la esencia del sistema pensionario. Comunicado de prensa 367/2022. Recuperado el 12 de agosto de 2022, de <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202207/367>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.a) Comunicación con Padres. Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [www.imss.gob.mx/servicios/guarderias/comunicacion-padres](http://www.imss.gob.mx/servicios/guarderias/comunicacion-padres)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.b). Programa IMSS-Bienestar. Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [www.imss.gob.mx/imss-bienestar#:~:text=El%2025%20de%20mayo%20de,a%20todo%20el%20territorio%20nacional](http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar#:~:text=El%2025%20de%20mayo%20de,a%20todo%20el%20territorio%20nacional)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.c). Opiniones de seguridad estructural de las instalaciones médicas, oficinas centrales y guarderías del IMSS. Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [www.imss.gob.mx/opiniones-seguridad](http://www.imss.gob.mx/opiniones-seguridad)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.d). Plan de Desarrollo 1992-1994. Jefatura de Servicios de Guarderías IMSS. Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.e). Participación Social en Guarderías. Recuperado del Instituto Mexicano del Seguro Social, de [www.imss.gob.mx/servicios/guarderias/participacion-social](http://www.imss.gob.mx/servicios/guarderias/participacion-social)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2001). Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825493875>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Población total según condición de derechohabencia. Censos y Conteo de Población y Vivienda 2020. Recuperado de [www.inegi.org.mx/temas/derechohabencia/](http://www.inegi.org.mx/temas/derechohabencia/)

Isibasi A, et al. (1988). Protection against Salmonella typhi infection in mice after immunization with outer membrane proteins isolated from Salmonella typhi 9, 12, d, Vi. Recuperado de American Society for Microbiology. Infection and Immunity, de <https://doi.org/10.1128/iai.56.11.2953-2959.1988>

Jáuregui K, Grupos de Trabajo de la División de Evaluación de la Investigación. (2011). La investigación en salud en el IMSS. Reseña Histórica. Revista Médica del IMSS, Vol. 49, No. 5. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745504019.pdf>

Jiménez K. (s.f.). Una respuesta electrónica organizada. Comunicación electrónica para toma de decisiones ante emergencias y desastres. Recuperado el 4 de agosto de 2022, de <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/standard/info/cvoed.php>

Junta Organizadora del Partido Liberal Mexicano. (1906). Programa del Partido Liberal Mexicano y Manifiesto a la Nación. Recuperado el 27 de septiembre de 2022, de [www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/CH6.pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/CH6.pdf)

Landa P. (2014). Mario Pani, Arquitectura en proceso. Museo de Arte Contemporáneo de Monterrey.

Landa P, Rocha L, Vargas R. (2018). Patrimonio arquitectónico IMSS. Unidades Habitacionales. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715985/PATRIMONIO\\_ARQUITECTONICO\\_IMSS\\_Unidades\\_habitacionales.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715985/PATRIMONIO_ARQUITECTONICO_IMSS_Unidades_habitacionales.pdf)

Laurell C. (2011). Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. Recuperado de *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, No. 6, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110018>

Laurell C. (2013). Impacto del Seguro Popular sobre el sistema de salud mexicano. Argentina. CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

Laurell C, Cisneros A. (2015). Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha. Construcción de un proyecto contra-hegemónico de salud. El caso del Distrito Federal, México. CLACSO. Recuperado de [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho\\_universal\\_a\\_la\\_salud.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho_universal_a_la_salud.pdf)

Levy S. (2008). Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality and economic growth in Mexico. The Brookings Institution.

Levy S. (2019). Una prosperidad compartida. Transformando la seguridad social en México para crecer con equidad. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Mercados Laborales. Recuperado de la Nota técnica del BID, 1788, de <http://www.pued.unam.mx/export/sites/default/archivos/SAED/2020/SL010720D.pdf>

Lombardo V. (1986). El Artículo 123 y su influencia en el desarrollo de México, en la Constitución de 1917. Recuperado el 21 de julio de 2022, del Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, de [archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3436/75.pdf](http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3436/75.pdf)

López C, et al. (2011). Safety and immunogenicity of a virus-like particle pandemic influenza A(H1N1) 2009 vaccine in a blinded, randomized, placebo-controlled trial of adults in Mexico. Recuperado de Science Direct Vaccine, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11011492?via%3Dihub>

López F. (1993). Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud. *Salud Pública de México*. Vol 35, No. 5. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635502>

López O. (2017). Salud colectiva y salud pública ¿se está hablando de lo mismo? Cuadernos del Doctorado. Universidad de Colombia. Recuperado de <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-18.pdf>

Loria J, Cruz F, Gómez E. (2011). Experiencia del equipo médico del IMSS en labores de rescate en Haití. *Medicina prehospitalaria y de desastres*. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de [www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/p118-experience-of-imss-medical-equipment-in-rescue-efforts-in-haiti/F3B2DF15F750652E37C21034AC1D1932#](http://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/p118-experience-of-imss-medical-equipment-in-rescue-efforts-in-haiti/F3B2DF15F750652E37C21034AC1D1932#)



Lozada G. (Mayo de 2018). El surgimiento del IMSS. Su legado arquitectónico en la capital mexicana. Recuperado de *Relatos e historias de México*, No. 117, de [relatosehistorias.mx/nuestras-historias/el-surgimiento-del-imss](http://relatosehistorias.mx/nuestras-historias/el-surgimiento-del-imss)

Lozoya J. (1995). Arqueología de la tradición herbolaria. Recuperado de la *Revista Arqueología Mexicana*, No. 14, de <https://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/arqueologia-de-la-tradicion-herbolaria>

Luque O. (2013). *USF DF. Tácticas de apropiación. Unidad Santa Fe. Ediciones Acapulco.*

Macías A, Villa S. (2017). Pensiones en México: 100 años de desigualdad. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. ¿De qué hablamos cuando hablamos de pensiones? Recuperado de <https://pensionesenmexico.ciepmx/pdf/Pensiones-en-Mexico-100-Anos-de-Desigualdad.pdf>

Maldonado J, et al. (2019). Accuracy of the (13)C-glucose breath test to identify insulin resistance in non-diabetic adults. Recuperado de Springer Link. *Acta Diabetológica*, de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00592-019-01318-5>

Martínez L. (2020). Los sindicatos, de la Revolución Industrial al siglo XXI. Recuperado el 5 de agosto de 2020, de *El Orden Mundial*, de <https://elordenmundial.com/sindicatos-historia-sindicalismo/>

Martins J, Ramallo M. (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. Recuperado de *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, No. 23, de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/?lang=es>

Mata M, et al. (2019). Identification and characterization of novel fusion genes with potential clinical applications in mexican children with acute lymphoblastic leukemia. Recuperado de *International Journal of Molecular Science*, de <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/10/2394>

Matute A. (1982). La carrera del caudillo, en *Historia de la Revolución Mexicana 1917-1924*. El Colegio de México.

Mejía P. (1997). Promotor de la seguridad social en México. Vida, pensamiento y obra de Ignacio García Téllez. Vol. 2. Trayectoria política y pensamiento. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Méndez G, et al. (2021). Prevalence of HPV in mexican patients with head and neck squamous carcinoma and identification of potential prognostic biomarkers. Recuperado de *Cancers*, de <https://doi.org/10.3390/cancers13225602>

Menéndez E. (2005). Políticas del Sector Salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, Vol. 1, No. 2. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2005.44>

Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. (s.f.). El terremoto de Chile de 2010. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [emergenciaydesastres.mineduc.cl/el-terremoto-de-chile-de-2010/](https://emergenciaydesastres.mineduc.cl/el-terremoto-de-chile-de-2010/)

Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. (1942). Actas de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Santiago de Chile. Recuperado de <https://library.co/document/y96gdgvy-actas-conferencia-interamericana-seguridad-social.html>

Mojarro O, Núñez L. (1988). La mortalidad infantil en México: tendencias y factores determinantes. Recuperado de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/174/167&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>

Naciones Unidas. (s.f.). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de Naciones Unidas, de [www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights](http://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights)

Notimex. (2009). Garantiza el IMSS atención gratuita y oportuna sin ser derechohabientes. Recuperado el 4 de agosto de 2022, de [www.informador.mx/Mexico/Garantiza-IMSS-atencion-gratuita-y-oportuna-sin-ser-derechohabientes-20090501-0073.html](http://www.informador.mx/Mexico/Garantiza-IMSS-atencion-gratuita-y-oportuna-sin-ser-derechohabientes-20090501-0073.html)

Nugent R. (1997). La seguridad social: su historia y sus fuentes, en Instituciones de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Academia Iberoamericana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. UNAM. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/139/36.pdf>

Núñez L, Moreno L. (1986). Proyecciones de población urbana y rural 1980-2010. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.

Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios Colombia. (s.f.). Seguridad Social. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de [wiki.salahumanitaria.co/wiki/Seguridad\\_social](http://wiki.salahumanitaria.co/wiki/Seguridad_social)

Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. (s.f.). Nuestro Mandato. Recuperado de la Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres, de [www.eird.org/americas/we/nuestro-mandato.html](http://www.eird.org/americas/we/nuestro-mandato.html)

Oliveira B, Cunningham J, Walsh S. (2018). Magnesium balance in chronic and end-stage kidney disease. Recuperado de *Advances in Kidney Disease and Health*, de [https://www.akdh.org/article/S1548-5595\(18\)30004-1/fulltext](https://www.akdh.org/article/S1548-5595(18)30004-1/fulltext)

Ordoñez G. (2002). El estado de bienestar en las democracias occidentales, lecciones para analizar el caso mexicano. Recuperado de *Región y Sociedad*, Vol. XIV, No. 24, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v14n24/v14n24a4.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado el 25 de julio de 2022, de [www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights](http://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights)

Organización de las Naciones Unidas. (2005). Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres. Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres. Recuperado el 2 de agosto de 2022, de la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres, de [www.eird.org/cdmah/contenido/hyogo-framework-spanish.pdf](http://www.eird.org/cdmah/contenido/hyogo-framework-spanish.pdf)

Organización Internacional del Trabajo. (1999). La OIT estima que se producen más de un millón de muertos en el trabajo cada año. Recuperado de [www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_008562/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008562/lang--es/index.htm)

Organización Internacional del Trabajo. (2009). De Bismarck a Beveridge: seguridad social para todos. Responder a la crisis: construir una protección social básica. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de la Revista de la Organización Internacional del Trabajo, No. 67, de [www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS\\_122242/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_122242/lang--es/index.htm)

Organización Mundial de la Salud. (2018) Estrategia de Cooperación. Resumen. Recuperado el 4 de agosto de 2022, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250865/ccsbrief\\_mex\\_es.pdf?jsessionid=848B665994C95C47C255B6D35C2BFEB3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250865/ccsbrief_mex_es.pdf?jsessionid=848B665994C95C47C255B6D35C2BFEB3?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2019). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](http://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud. (2020). WHO Collaborating Centres: global database. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de [apps.who.int/whocc/Detail.aspx?NBCEduS1AaAR29QRTS0pdw==](https://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?NBCEduS1AaAR29QRTS0pdw==)

Organización Panamericana de la Salud. (1985). Crónicas de Desastres-Terremoto de México, No. 3. Recuperado de [cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/059/059.htm](http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/059/059.htm)

Organización Panamericana de la Salud. (1996). Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/056/056.3.htm](http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/056/056.3.htm)

Organización Panamericana de la Salud. (Abril de 2012). Plan Sismo de México: un ejemplo a seguir. Recuperado el 3 de agosto de 2002, de ReliefWeb, de <https://reliefweb.int/report/mexico/plan-sismo-de-m%C3%A9xico-un-ejemplo-seguir>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). México: sismo 8.2 grados Richter, Reporte de situación No. 01 de la Oficina del Coordinador Residente. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de ReliefWeb, de <https://reliefweb.int/report/mexico/m-xico-sismo-82-grados-richter-reporte-de-situaci-n-no-01-de-la-oficina-del>

Organización Panamericana de la Salud. (2020a). Alerta epidemiológica: nuevo coronavirus (nCoV). Recuperado el 5 de agosto de 2022, de [www.paho.org/es/node/65119](http://www.paho.org/es/node/65119)

Organización Panamericana de la Salud. (2020b). INGRID-H Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales. Una metodología de evaluación-acción para mejorar la inclusión de las personas con discapacidad. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de <https://www.paho.org/disasters/newsletter/dmdocuments/tmp/Newsletter-128-Spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2008). Índice de seguridad hospitalaria: Guía del evaluador de hospitales seguros. Recuperado el 2 de agosto de 2022, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51462>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Agenda para el desarrollo sostenible. Recuperado de la Organización Panamericana de la Salud, de [www.paho.org/es/temas/agenda-para-desarrollo-sostenible](http://www.paho.org/es/temas/agenda-para-desarrollo-sostenible)

Ortiz A. (1957). Una importante obra de habitación colectiva, en *Arquitectura México*, No. 59. Recuperado de <https://fa.unam.mx/editorial/wordpress/wp-content/Files/raices/RD06/REVISTAS/59.pdf#page=24>

Ortiz A. (1998). El desarrollo estabilizador: Reflexiones sobre una época. El Colegio de México. Fondo de Cultura Económica. Recuperado de Academia, de [https://www.academia.edu/43209539/Antonio\\_Ortiz\\_Mena\\_1\\_desarrollo\\_estabilizador\\_reflexiones\\_sobre\\_una\\_epoca](https://www.academia.edu/43209539/Antonio_Ortiz_Mena_1_desarrollo_estabilizador_reflexiones_sobre_una_epoca)

Ortiz L. (2011). Luis Ortiz Monasterio (1906-1990). Del perfil nacionalista al concepto universal. INBA.

Paniagua R, et al. (2002). Effects of increased peritoneal clearances on mortality rates in peritoneal dialysis: ADEMEX, a prospective, randomized, controlled trial. Recuperado de *Journal of American Society of Nephrology*, de [https://journals.lww.com/jasn/Fulltext/2002/05000/Effects\\_of\\_Increased\\_Peritoneal\\_Clearances\\_on.21.aspx](https://journals.lww.com/jasn/Fulltext/2002/05000/Effects_of_Increased_Peritoneal_Clearances_on.21.aspx)

Paniagua R, et al. (2009). Icodextrin improves metabolic and fluid management in high and high-average transport diabetic patients. *Perit Dial Int*. Recuperado de National Library of Medicine. Pub Med, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19602608/>

Paniagua R, et al. (2010). NT-proBNP, fluid volume overload and dialysis modality are independent predictors of mortality in ESRD patients. Recuperado de *Nephrology Dialysis Transplantation*, de <https://doi.org/10.1093/ndt/gfp395>

Partido Nacional Revolucionario. (1934). Comité Ejecutivo Nacional del Partido Nacional Revolucionario, Plan Sexenal. Recuperado de Memoria Política de México, de [memoriapoliticademexico.org](http://memoriapoliticademexico.org)

Paz R. (2019). Oaxtepec, El primer jardín etnobotánico en América. Recuperado del Periódico La Crónica de Hoy, de [www.cronica.com.mx/notas-oaxtepec\\_el\\_primer\\_jardin\\_etnobotanico\\_en\\_america-1136727-2019.html](http://www.cronica.com.mx/notas-oaxtepec_el_primer_jardin_etnobotanico_en_america-1136727-2019.html)

Pérez R, et al. (2009). Comprehensive diabetic and hypertensive patient care involving nurses working in family practice. *Rev Panam Salud Pública*. Recuperado de National Library of Medicine. Pub Med, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20107705/>

Pozas R. (1992). El desarrollo de la seguridad social en México. Recuperado de la *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 54, No. 4. UNAM, de <https://doi.org/10.2307/3540936>

Pozas R. (1993). La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965. Recuperado del Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, de <http://ru.iis.sociales.unam.mx/jspui/handle/IIS/4902>

Presidencia de la República. (1 de febrero de 1973). Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social. Recuperado de *Crónica Parlamentaria de la Cámara de Diputados*, de [cronica.diputados.gob.mx/DDebate/48/3er/Extra/19730201.html](http://cronica.diputados.gob.mx/DDebate/48/3er/Extra/19730201.html)

Presidencia de la República. (17 de enero de 1977). Decreto por el que se declaran incorporadas al Programa IMSS-COPLAMAR las 310 Unidades Médicas Rurales conocidas como IMSS-CONASUPO y, por lo mismo, sujetos de los servicios de solidaridad social a los habitantes de las localidades que se detallan, así como los asentamientos menores que se encuentren dentro del área de influencia de las Unidades Médicas Rurales que se mencionan. Recuperado del *Diario Oficial de la Federación*, de [dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4862007&fecha=01/12/1980#gsc.tab=0](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4862007&fecha=01/12/1980#gsc.tab=0)

Presidencia de la República. (1983). Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4805876&fecha=31/05/1983#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4805876&fecha=31/05/1983#gsc.tab=0)

Presidencia de la República, Senado de la República. (1995). Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social. Recuperado de la Secretaría de Servicios Parlamentarios del Centro de Documentación, Información y análisis de la Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información, de [www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-03-07.pdf](http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-03-07.pdf)

Presidencia Felipe Calderón. (14 de enero de 2010). Manda México ayuda humanitaria rumbo a Haití [video]. <https://www.youtube.com/watch?v=qvMrXwBUZ3A>

Pulido D. (2016). Historia del descanso dominical en la Ciudad de México, 1880-1913. Recuperado el 10 de julio de 2022, de *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, No. 52, de <https://doi.org/10.1016/j.ehmcm.2016.09.001>

Rajchenberg E. (1992). De la desgracia al accidente de trabajo, caridad e indemnización en el México Revolucionario. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*. UNAM. Instituto de Investigaciones Históricas, Vol. 15, de [moderna.historicas.unam.mx/index.php/ehm/article/view/68839/69111](http://moderna.historicas.unam.mx/index.php/ehm/article/view/68839/69111)

Ramos R. (2015). Danza para la salud. La práctica y la formación dancísticas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. (ca. 1943-1976). INBA. Recuperado de <http://inbadigital.bellasartes.gob.mx:8080/jspui/handle/11271/1621>

Ramos R. (2019). Danza, vida y salud. Socorro Bastida. La danza clásica y moderna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. (ca. 1956-1992). INBA. Recuperado de <http://inbadigital.bellasartes.gob.mx:8080/jspui/handle/11271/2677>

Revista Hoy. (1956). En la ruta del bienestar. El Instituto Mexicano del Seguro Social cumple una misión elevada de servicio.

Reyes H. (2004). Guías de Práctica Clínica para Medicina Familiar. México Manual Moderno.

Rodríguez I. (2012). Contexto socioeconómico y salud en México 1940-2010. UNAM. Recuperado de [https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/contexto\\_socioeconomico\\_y\\_salud\\_en\\_mexico\\_1940\\_2010.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/contexto_socioeconomico_y_salud_en_mexico_1940_2010.pdf)

Rodríguez M. (2017). La salud durante el Cardenismo (1934-1940). Gaceta Médica de México. Simposio. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2017/gm175i.pdf>

Rojas G, Ulloa O. (2002). Seguridad social en México: presente y futuro. Temas selectos de Salud y Derecho. Academia de Extensión Universitaria y Difusión de la Cultura de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM. Recuperado de <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/357-temas-selectos-de-salud-y-derecho>

Rollan A, et al. (2014). Management of Helicobacter pylori infection in Latin America: a Delphi technique-based consensus. Recuperado de World Journal of Gastroenterology, de <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i31/10969.htm>

Rosales B, et al. (2021). Copy number alterations are associated with the risk of very early relapse in pediatric B-lineage acute lymphoblastic leukemia: a nested case-control MIGICCL study. Recuperado de Science Direct. Archives of Medical Research, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0188440921000047?via%3Dihub>

Ruiz A. (2018). Nuevo derecho de la seguridad social. Porrúa.

Ruiz M. (2011). Bismarck y la evolución del estado de bienestar y los seguros sociales (tesis doctoral). Facultad de Contaduría y Administración. División de Estudios de Posgrado. Universidad Autónoma de Sinaloa. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de [www.eumed.net/tesisdoctorales/2012/mirm/bismark\\_beveridge.html#:~:text=Fue%20obra%20de%20Bismarck%2C%20quien,la%20contingencia%20de%20la%20maternidad%20](http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2012/mirm/bismark_beveridge.html#:~:text=Fue%20obra%20de%20Bismarck%2C%20quien,la%20contingencia%20de%20la%20maternidad%20)

Sánchez G. (2011). Premio Canifarma 2011. Categoría de Investigación en Desarrollo Tecnológico: Identificación de nuevos epítomos del virus dengue mediante bioinformática.

Secretaría de Economía. (1956). Decreto que reforma diversos artículos de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 26 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4628582&fecha=31/12/1956&cod\\_diario=199051](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4628582&fecha=31/12/1956&cod_diario=199051)

Secretaría de Gobernación. (1929). Ley por la cual se reforman los Artículos 73 y 123 de la Constitución General de la República. Recuperado el 25 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4433649&fecha=06/09/1929&cod\\_diario=186782](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4433649&fecha=06/09/1929&cod_diario=186782)

Secretaría de Gobernación. (14 de julio de 1980). Acuerdo por el que se dispone que el Archivo General de la Nación será la entidad central y de consulta del Ejecutivo Federal en el manejo de los archivos administrativos e históricos de la Administración Pública Federal. Recuperado del Diario Oficial de la Federación, de [https://dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4856603&fecha=14/07/1980&cod\\_diario=208703](https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4856603&fecha=14/07/1980&cod_diario=208703)

Secretaría de Gobernación. (1983). Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 26 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4794103&fecha=03/02/1983&cod\\_diario=206369](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4794103&fecha=03/02/1983&cod_diario=206369)

Secretaría de Gobernación. (6 de mayo de 1986). Decreto por el que se aprueban las bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil y el Programa de Protección Civil que las mismas contienen. Recuperado del Diario Oficial de la Federación, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4792590&fecha=06/05/1986#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4792590&fecha=06/05/1986#gsc.tab=0)

Secretaría de Gobernación. (20 de septiembre de 1988). Decreto por el que se crea el Centro Nacional de Prevención de Desastres con el carácter de órgano administrativo desconcentrado jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Gobernación. Recuperado del Diario Oficial de la Federación, de [https://dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4770473&fecha=20/09/1988&cod\\_diario=205452](https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4770473&fecha=20/09/1988&cod_diario=205452)

Secretaría de Gobernación. (6 de junio de 2005). Decreto por el que se expide la Ley General de Protección Civil. Recuperado del Diario Oficial de la Federación, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5249857&fecha=06/06/2012#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5249857&fecha=06/06/2012#gsc.tab=0)

Secretaría de Gobernación. (2011). Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 2 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011#gsc.tab=0](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011#gsc.tab=0)

Secretaría de Gobernación. (16 de diciembre de 2020). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Recuperado el 3 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5607729&fecha=16/12/2020#gsc.tab=0](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5607729&fecha=16/12/2020#gsc.tab=0)

Secretaría de Gobernación. (23 de abril de 2021). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; del Código Fiscal de la Federación; de la Ley del Impuesto sobre la Renta; de la Ley del Impuesto al Valor Agregado; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional; de la Ley Reglamentaria de la fracción XIII Bis del apartado B, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Subcontratación Laboral. Recuperado el 2 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5616745&fecha=23/04/2021#gsc.tab=0](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5616745&fecha=23/04/2021#gsc.tab=0)

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1959). Decreto que reforma la Ley del Seguro Social. Recuperado el 26 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4617862&fecha=31/12/1959&cod\\_diario=198461](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4617862&fecha=31/12/1959&cod_diario=198461)

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1965). Reformas a la Ley del Seguro Social. Recuperado el 27 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4648301&fecha=31/12/1965&cod\\_diario=200080](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4648301&fecha=31/12/1965&cod_diario=200080)

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1970). Reformas a la Ley del Seguro Social. Recuperado el 27 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4739904&fecha=31/12/1970&cod\\_diario=204236](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4739904&fecha=31/12/1970&cod_diario=204236)

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (8 de marzo de 1984). Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado del Diario Oficial de la Federación, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4657507&fecha=08/03/1984&cod\\_diario=200545](https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4657507&fecha=08/03/1984&cod_diario=200545)

Secretaría de Salud. (2006). Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. Recuperado el 3 de agosto de 2022, de [ruedadelafortuna.files.wordpress.com/2009/04/plan-mexico-ago-2006.pdf](http://ruedadelafortuna.files.wordpress.com/2009/04/plan-mexico-ago-2006.pdf)

Secretaría de Salud. (2019). Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Recuperado de [http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos\\_de\\_Salud\\_VF.pdf](http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf)

Secretaría de Salud. (2020). Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Recuperado el 3 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30%2F03%2F2020#gsc.tab=0](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30%2F03%2F2020#gsc.tab=0)

Secretaría de Salud. (2021). Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos. 3.0. Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de <https://www.farmacopea.org.mx/Repositorio/Preguntas/Demo%20FHEUM.pdf>

Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. (2021). Declaratoria de emergencia por la ocurrencia de lluvia severa e inundación fluvial del 6 al 8 de septiembre de 2021 para 9 municipios del estado de Hidalgo. Recuperado el 11 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5630346&fecha=21/09/2021](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5630346&fecha=21/09/2021)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (19 de enero de 1943). Ley del Seguro Social. Recuperado el 20 de octubre de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [https://dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4555563&fecha=19/01/1943&cod\\_diario=194788](https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4555563&fecha=19/01/1943&cod_diario=194788)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1944). Decreto que reforma el Artículo 135 de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 26 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4491032&fecha=24/11/1944&cod\\_diario=190773](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4491032&fecha=24/11/1944&cod_diario=190773)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1973). Ley del Seguro Social. Recuperado el 29 de julio de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4606014&fecha=12/03/1973&cod\\_diario=197813](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4606014&fecha=12/03/1973&cod_diario=197813)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1974). Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley del Seguro Social. Recuperado el 1 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4737633&fecha=31/12/1974&cod\\_diario=204144](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4737633&fecha=31/12/1974&cod_diario=204144)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1976). Decreto por el que se reforma el Artículo 168 de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 1 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4858643&fecha=31/12/1976&cod\\_diario=208746](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4858643&fecha=31/12/1976&cod_diario=208746)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1979). Decreto por el que se reforma el Artículo 168 de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 1 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4843431&fecha=26/11/1979&cod\\_diario=208373](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4843431&fecha=26/11/1979&cod_diario=208373)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1980). Decreto por el que se reforma el Artículo 168 de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 1 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4862637&fecha=19/12/1980#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4862637&fecha=19/12/1980#gsc.tab=0)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1982). Decreto por el que se reforman diversos artículos de la Ley del Seguro Social. Recuperado el 1 de agosto de 2022, del Diario Oficial de la Federación, de [www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=4709438&fecha=11/01/1982&cod\\_diario=202954](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4709438&fecha=11/01/1982&cod_diario=202954)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2010). La casa del obrero mundial. Recuperado el 6 de julio de 2022, de [web.archive.org/web/20110920013216/http://www.conampros.gob.mx/Efemerides003.html](http://web.archive.org/web/20110920013216/http://www.conampros.gob.mx/Efemerides003.html)

Senado de la República. (1 de diciembre de 1940). Discursos presidenciales de toma de posesión. Gral. Manuel Ávila Camacho, discurso de protesta como Presidente. Recuperado el 15 de agosto de 2022, de [archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2720/4.pdf](http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2720/4.pdf)

Senado de la República. (2009). Iniciativa de Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Recuperado el 2 de agosto de 2022, de [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/60/3/2009-03-03-pozas1/assets/documentos/Ley\\_IMSS\\_y\\_SAR.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/60/3/2009-03-03-pozas1/assets/documentos/Ley_IMSS_y_SAR.pdf)

Shamah T, et al. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. Recuperado de Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública, de <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>

Siliceo A. (2004). Capacitación y desarrollo de personal. Limusa. Recuperado de [https://www.academia.edu/36085079/CAPACITACION\\_Y\\_DESARROLLO\\_DE\\_PERSONAL](https://www.academia.edu/36085079/CAPACITACION_Y_DESARROLLO_DE_PERSONAL)

Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México. (2006). Ley de Pensiones Civiles de Retiro. Recuperado el 11 de agosto de 2022, de la Revista Legado Sindical, No. 5, de [www.stunam.org.mx/8prensa/legadosindical/legado5/legado5-4.htm#:~:text=La%20Ley%20de%20Pensiones%20de,las%20condiciones%20aceptadas%20por%20la](http://www.stunam.org.mx/8prensa/legadosindical/legado5/legado5-4.htm#:~:text=La%20Ley%20de%20Pensiones%20de,las%20condiciones%20aceptadas%20por%20la)

Soto C. (1991). El sistema mexicano de pensiones. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/33728/S9100604\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/33728/S9100604_es.pdf)

Suárez G, et al. (1990). Geometría de subducción y profundidad de la zona sísmogénica en la brecha de Guerrero, México. Recuperado de Nature No. 345, de <https://doi.org/10.1038/345336a0>

The Aspen Institute. (2022). Perspectivas futuras del sistema de pensiones en México. Una visión plural en beneficio de los trabajadores. Recuperado el 4 de agosto de 2022, de <https://cmmsc.com.mx/wp-content/uploads/2022/03/Perspectivas-futuras-del-sistema-de-pensiones-en-Mexico-Una-vision-plural-en-beneficio-de-los-trabajadores-2018.pdf>

Trueba A. (1971). La primera constitución político-social del mundo: teoría y proyección. Porrúa.

Valdés C, Martínez G. (1985). El terremoto de México de 1985: efectos e implicaciones en el Sector Salud. Centro de Documentación y Archivo. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/pdf/spa/doc7499/doc7499-contenido.pdf>

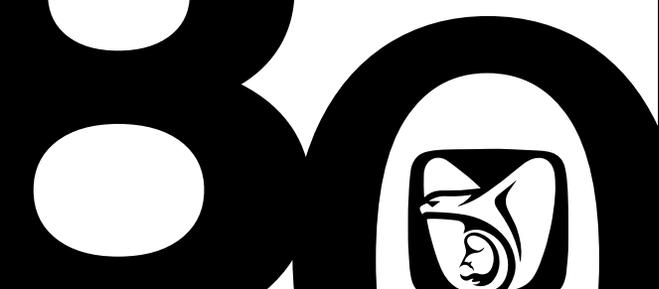
Vela E. (2022). La matrícula de tributos. Recuperado de la Revista Arqueología Mexicana, No. 101, de <https://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/la-matricula-de-tributos>

Velasco R, et al. (2021). Criterios de retorno al trabajo y determinación del valor de vulnerabilidad por COVID-19. Recuperado de Salud Pública de México, Vol. 63, de <https://doi.org/10.21149/11984>

Velázquez A, et al. (2008). Identification of duchenne muscular dystrophy female carriers by fluorescence in situ hybridization and RT-PCR. Genet Test. Recuperado de National Library of Medicine. Pub Med, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18471087/>

Velázquez G. (1992). El Programa IMSS-SOLIDARIDAD. Recuperado de la Revista Cuestión Social, Número especial. IMSS, de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10634612.pdf>





Villarreal H, Macías A. (2020). El sistema de pensiones en México: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera. *Macroeconomía del desarrollo*, No. 210. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45820/1/S2000382\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45820/1/S2000382_es.pdf)

Villarreal M, et al. (2008). Association of the ATP-binding cassette transporter A1 R230C variant with early-onset type 2 diabetes in a mexican population. Recuperado de American Diabetes Association, de <https://doi.org/10.2337/db07-0484>

Wayback Machine. (s.f.). Biblioteca digital de sitios de internet y otros artefactos culturales en forma digital. Recuperado el 18 de agosto de 2022, de [web.archive.org/](http://web.archive.org/)

Wilkie J. (1978). La Revolución Mexicana (1910-1976). Gasto federal y cambio social. Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 21 de julio de 2022, de [archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/2\\_ssocial.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_ssocial.htm)

Zárate A, Basurto L. (2013). Historical notes about scientific research in the Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de *Revista Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social*, de [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/877/1445](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/877/1445)

Zertuche F. (1944). Historia del IMSS. Los primeros años: 1943-1944. Instituto Mexicano del Seguro Social, Departamento de Publicaciones.

Zócalo. (1957). El trabajador mexicano empieza a disfrutar de una vida mejor, en un ambiente de seguridad integral. Unidad Santa Fe.

# NOTAS AL FINAL

- 1 El Artículo 5 de esta Ley dispuso que, para la organización y administración del Seguro Social, se creara, con personalidad jurídica propia, un organismo descentralizado que se denominó Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2 Así lo dispuso el Artículo 1 de la Ley del Seguro social de 1943, el cual además constituyó al Seguro Social como un servicio público nacional.
- 3 El Artículo 65 de la Ley del Seguro Social fue reformado sustancialmente para incorporar la prestación indirecta de sus servicios, aunque bajo la vigilancia y supervisión del IMSS.
- 4 Fue hasta el 3 de febrero de 1983 que se incluyó un párrafo al Artículo 4º Constitucional, el que, actualmente dispone que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.
- 5 Reformas aplicadas para la protección de las personas trabajadoras.
- 6 La reforma a la Ley del Seguro Social de 1992 sentó las bases para que, el 22 de julio de 1994, se publicara en el Diario Oficial de la Federación la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, que dio pauta a la coordinación interinstitucional entre el IMSS y la Comisión Nacional de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (Consar), con miras a proteger el retiro en favor de las personas trabajadoras.
- 7 En términos del Artículo 1 Transitorio de la Ley del Seguro Social de 1995, esta entró en vigor el 1 de julio de 1997.
- 8 La Ley del Seguro Social de 1995 delimitó la distribución de competencias entre el IMSS y la Consar. Posteriormente, el 23 de mayo de 1996, se publicó la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, la cual brindó más claridad al respecto, además de delimitar el rol de las Administradoras de Fondo para el Retiro. Se consolidó, en definitiva, el Sistema de Ahorro para el Retiro.



- 9 Se promulgaron los siguientes ordenamientos: Reglamento del Recurso de Inconformidad (DOF 28/11/2000); Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización (DOF 15/07/2005); Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (DOF 30/11/2006); Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (DOF 23/08/2012); Reglamento de la Ley del Seguro Social, en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la aplicación del procedimiento administrativo de ejecución (DOF 20/11/2012) y, Reglamento de la Ley del Seguro Social para la constitución, inversión y uso para la operación de las Reservas Financieras y Actuariales y la Reserva General Financiera y Actuarial, así como para la determinación de los costos financieros que deberán reintegrarse a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (DOF 20/08/2013).
- 10 El Acuerdo 43/2014, del 26 de febrero de 2014, hace mención del oficio No. 0952174000/0024 del 24 de febrero de 2014, por medio del cual fue la Dirección Jurídica del IMSS quien estableció el criterio de interpretación referido. Disponible por número de acuerdo, en: [www.imss.gob.mx/acuerdos-ct](http://www.imss.gob.mx/acuerdos-ct)
- 11 Operaciones ajenas se refiere a las retenciones al personal que deben enterarse a un tercero, por ejemplo: Infonavit, impuestos, Afore, entre otros.
- 12 El pasivo laboral es una obligación de pago de las y los patrones en beneficio de las personas trabajadoras y generado por las prestaciones que este otorga al término de la relación laboral. En el caso del Instituto, la obligación con las y los trabajadores deriva de las prestaciones establecidas en el Contrato Colectivo de Trabajo con motivo del plan de pensiones denominado Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de las obligaciones contractuales para el pago de la prima de antigüedad y de las indemnizaciones generadas por la muerte o la separación laboral de las y los trabajadores.
- 13 El pasivo es derivado de las contingencias de carácter litigioso, relativas a los asuntos de carácter laboral, fiscal, administrativo, penal, civil y mercantil que fueron identificadas entre los principales riesgos que enfrenta el Instituto por las implicaciones monetarias que representan.
- 14 La diferencia de unidades de primer nivel de atención entre el inicio y el final de la administración 2013-2018 del cuadro Evolución del Programa no coincide con las 225 nuevas unidades, debido a que algunas de estas fueron sustituciones o cambiaron de nomenclatura de Brigada de Salud a Unidad Médica Móvil.
- 15 El Estado tuvo un papel prioritario por su participación en toda la actividad económica: inversiones en infraestructura, fomento a la inversión productiva, regulación financiera y comercial, y regulación jurídica del capital y del trabajo. Controlaba los sectores considerados como prioritarios o básicos para promover un desarrollo con base en el mercado interno.

- 16 Muchos historiadores y filósofos mexicanos del siglo XX estudiaron la figura de Vasco de Quiroga y su relación con el pensamiento de Tomás Moro. Entre ellos se encuentran Silvio Zavala (ver: *La Utopía de Tomás Moro en la Nueva España*, en *Recuerdo de Vasco de Quiroga*. México: Porrúa, 1965) y Edmundo O’Gorman (ver: *Santo Tomás Moro y la Utopía de Tomás Moro en la Nueva España*. México: Alcanfía, 1937). Disponible en: [www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/virtual/conocer/quiroya/14\\_tom\\_esp.pdf](http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/virtual/conocer/quiroya/14_tom_esp.pdf)
- 17 Gutiérrez presenta esta versión en el documental *Ciudad Independencia*, de Guillermo Amato y Amanda de la Garza. México: Ciudad Ilusoria, 2010. Disponible en: <https://vimeo.com/channels/ciudadilusoria/43597406>
- 18 Después de ser Director del IMSS, Ortiz Mena fue Secretario de Hacienda durante dos sexenios. Junto con Rodrigo Gómez, gobernador del Banco de México, promovió el desarrollo económico mediante inversiones públicas, sustitución de importaciones y control de la inflación. Según sus promotores, estas políticas produjeron el “milagro mexicano”. Ver: Antonio Ortiz Mena. *El desarrollo estabilizador: Reflexiones sobre una época*. México: FCE, 1998.
- 19 Escuché estas y otras versiones de los orígenes de las unidades habitacionales del IMSS en entrevistas con sus habitantes y con antiguos funcionarios públicos durante mi trabajo de campo etnográfico, centrado en la Unidad Santa Fe, entre 2009 y 2012. Los testimonios de habitantes citados más adelante fueron recogidos durante la misma investigación. Agradezco a Fernando González Panzi y a Wilfrido Nava Lara por precisar algunos datos que aparecen en este texto.
- 20 Además, trabajadoras sociales daban pautas a sus residentes sobre cómo debían habitarlos. Ver: Zócalo. *Viviendas cómodas y bonitas*. El IMSS enseñará a los habitantes cómo distribuir su mobiliario para hacer de ellas auténticas preciosidades. Septiembre de 1957.
- 21 La reciente investigación publicada en *Los Angeles Times* (Richard Marosi. *Mexico promised affordable housing for all. Instead it created many rapidly decaying slums*, 26 de noviembre de 2017) evidencia que, a pesar de cambios en el discurso oficial, el Gobierno Federal ha mantenido las desastrosas políticas de vivienda implementadas durante las últimas décadas, basadas en créditos desequilibrados y, en palabras del Arq. José María Gutiérrez en una entrevista que le hice en 2010, la ausencia de “una política de uso de suelo para los pobres”.
- 22 El movimiento muralista mexicano también conocido como Escuela Mexicana de Pintura y Escultura provenía desde los años 20 del siglo XX, cuando por iniciativa de José Vasconcelos y pintores como Diego Rivera, David Alfaro Siqueiros y José Clemente Orozco se comenzaron a realizar grandes programas de pintura mural en los edificios de las instituciones gubernamentales. Por su parte, la integración plástica era una expresión, más que un concepto claro, recurrente en los círculos creativos de mediados de siglo, que en términos generales aludía a la colaboración estrecha entre las distintas disciplinas artísticas y a la presencia de pintura y escultura en las construcciones arquitectónicas. Una bibliografía útil para entender lo que significaba la integración plástica es: Louise Noelle. *La integración plástica*. En *(In)Disciplinas. Estética e historia del arte en el cruce de los discursos*. Lucero Enríquez, coord. México: Instituto de Investigaciones Estéticas, UNAM, 1999.



- 23 Oficio de Guillermo Quintanar, jefe del Departamento de Construcciones del IMSS a los pintores Pablo O'Higgins y Leopoldo Méndez pidiendo que se concluya el mural antes del 21 de noviembre de 1946 y oficio de Guillermo Quintanar, jefe del Departamento de Construcciones del IMSS, al subdirector de Servicios Administrativos del IMSS notificándole que fue solicitada la ampliación de la superficie del mural a muro adyacente. Fondo Leopoldo Méndez del Centro Nacional de Investigación, Documento e Información de Artes Plásticas, INBA.
- 24 Carlos Obregón Santacilia. El edificio para las oficinas generales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mecanoescrito sin fecha, Fondo Carlos Obregón Santacilia, Planoteca de la Dirección de Arquitectura y Conservación del Patrimonio Artístico Inmueble, INBA.
- 25 ¡El Monstruo en Acción! Diego Rivera pone en marcha una obra maestra. Siempre! Presencia de México, Vol. 2, No. 14, 26 de septiembre de 1953. Ortega Colunga. Diego Rivera profeta del Seguro Social. Siempre! Presencia de México, 30 de enero de 1954.
- 26 David Alfaro Siqueiros. Mecanoescrito. Archivo Siqueiros, SAPS-La Tallera, INBA, 1955.
- 27 Ernesto Tamariz había sido el escultor ganador del monumento "Altar a la Patria", construido entre 1947 y 1952 en el bosque de Chapultepec. Exposición Épica y gloria monumental. Ernesto Tamariz 1904-1988. México: INBA, 2013. Disponible en: [https://www.cultura.gob.mx/estados/saladeprensa\\_detalle.php?id=31191](https://www.cultura.gob.mx/estados/saladeprensa_detalle.php?id=31191)
- 28 Para saber más del proyecto de integración plástica en el Centro Médico, así como de otras obras del patrimonio cultural institucional, se recomienda leer los fascículos publicados por el IMSS sobre su patrimonio artístico y patrimonio arquitectónico destinados a Chávez Morado, David Alfaro Siqueiros, Luis Nishizawa, Francisco Zúñiga, Luis Ortiz Monasterio y Centro Médico Nacional. Ver: Instituto Mexicano del Seguro Social. Polípticos del patrimonio cultural del IMSS. Disponibles en: [www.gob.mx/imss/documentos/polipticos-de-patrimonio-cultural-del-imss?state=published](http://www.gob.mx/imss/documentos/polipticos-de-patrimonio-cultural-del-imss?state=published)
- 29 Mural Apología de la futura victoria de la ciencia médica contra el cáncer. Mecanoescrito. Fondo Enrique Yáñez, Archivo de Arquitectos Mexicanos, Facultad de Arquitectura, UNAM.
- 30 En términos de lo dispuesto en los Artículos 201 al 207 de la Ley del Seguro Social.
- 31 Instituto Mexicano del Seguro Social. Lectura en voz alta en Guarderías del IMSS. Disponible en: [www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderias/tarjeta-lectura-voz-alta.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderias/tarjeta-lectura-voz-alta.pdf)
- 32 Instituto Mexicano del Seguro Social. Lectura en voz alta en Guarderías del IMSS. Disponible en: [www.gob.mx/imss/articulos/lectura-en-voz-alta-en-guarderias-delimss](http://www.gob.mx/imss/articulos/lectura-en-voz-alta-en-guarderias-delimss)  
Origen de un problema

- 33 Todo incumplimiento a la normatividad o suceso ocurrido que pone en riesgo la integridad o seguridad de las niñas y los niños, del personal de la unidad y la operación de la guardería.
- 34 Mecanismo permanente de revisión y análisis de los servicios de Guardería donde se identifican áreas de oportunidad en la operación del servicio y se establecen acciones de mejora en los procesos de la operación para satisfacer las necesidades de las personas usuarias.
- 35 Instituto Mexicano del Seguro Social. Cursos en Línea masivos del IMSS. Disponible en: <https://climss.imss.gob.mx/>
- 36 Los géneros elaborados en La Trinidad eran muy variados: manta, dril, gabardina, kaki, popelina, percal, palma, piel de león, jaspes, batista, cabeza de indio, etamina, escocés, franela, sarga, velo imitación casimir, gamusina, granité, irlandia, linoseda, molletón, Málaga, nansson, pocketing, shantung, trinitela, tussor, todos de diversos colores, medidas y diseños.
- 37 Entrevista al C. P. Raúl Aispuro Rivas, tercer administrador del Centro Vacacional IMSS Oaxtepec. Morelos, México, 2014.
- 38 Centro Vacacional La Malinche. Disponible en: [www.tlaxcala.tlax.com/cgi-bin/mostrarGalerias.pl?galeria=37#:~:text=Historia%20El%20lugar%20que%20ocupa%20actualmente%20el%20Centro,Centro%20Vacacional%20La%20Malintzi%20como%20un%20espacio%20recreativo-familiar](http://www.tlaxcala.tlax.com/cgi-bin/mostrarGalerias.pl?galeria=37#:~:text=Historia%20El%20lugar%20que%20ocupa%20actualmente%20el%20Centro,Centro%20Vacacional%20La%20Malintzi%20como%20un%20espacio%20recreativo-familiar)
- 39 Ver: Iniciativa del Presidente de la República, Emilio Portes Gil, a la que se dio lectura en la Sesión Extraordinaria de la Cámara de Senadores, celebrada el 26 de julio de 1929. En la H. Cámara de Diputados, XLVI Legislatura (1967). Ver: Derechos del pueblo mexicano: México a través de sus constituciones. Tomo VIII. Antecedentes y evolución de los Artículos 107 a 136 Constitucionales.
- 40 El número de personas pensionadas al cierre de 2022 corresponde al número personas pensionadas totales (casos) menos las rentas vitalicias totales (casos), en conformidad con los conceptos utilizados en las Memorias Estadísticas del IMSS.
- 41 Según datos de la Auditoría Superior de la Federación, el pago de obligaciones por beneficio definido del IMSS alcanzará su monto máximo en 2034 y terminará en 2090, mientras que las obligaciones por el mismo concepto para el ISSSTE tocarán el punto máximo en 2035 y acabarán en 2075. En el caso de Pemex alcanzaría el máximo de erogaciones por el concepto de pensiones en 2055 hasta extinguirse en 2108 y para la CFE el máximo sería en 2030 y acabaría en 2090. Disponible en: [https://www.asf.gob.mx/uploads/56\\_Informes\\_especiales\\_de\\_auditoria/CFE\\_Interactivo.pdf](https://www.asf.gob.mx/uploads/56_Informes_especiales_de_auditoria/CFE_Interactivo.pdf) [https://www.asf.gob.mx/uploads/56\\_Informes\\_especiales\\_de\\_auditoria/PEMEX\\_Interactivo.pdf](https://www.asf.gob.mx/uploads/56_Informes_especiales_de_auditoria/PEMEX_Interactivo.pdf)





**1 9 4 3 - 2 0 2 3**







GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

