

Seguridad social, bienestar y desigualdad en Morelos

◆ Gloria Moreno



En algunas latitudes, el Estado tiene un papel importante a la hora de garantizar la cobertura de las necesidades básicas de sus ciudadanos, lo que se conoce como Estado del bienestar¹ por su impacto en la población. En Europa, por ejemplo, los ciudadanos gozan de una amplia red de seguridad social que brinda cobertura sanitaria gratuita a todos los ciudadanos, y prestaciones sociales tales como pensiones, seguros de desempleo y guarderías, además de ayuda económica a personas con discapacidad o incapacidad laboral. En América latina, la legislación de los países incorpora la atención sanitaria con carácter universal a través del sector público, pero en la práctica los servicios sanitarios son limitados y una buena parte de la población carece de saneamiento básico, sobre todo en las áreas rurales.²

Hoy en día, la seguridad social contribuye al bienestar de la población porque previene de la pobreza a los grupos más vulnerables. En México, por ejemplo, la cobertura de la seguridad social es limitada, por lo que los núcleos de población que trabajan en la informalidad o que carecen de tra-

bajo no tienen acceso a ella ni pueden aspirar a algún tipo de ayuda económica y, por lo tanto, son más vulnerables a la pobreza: “la pobreza desde el ámbito de la salud es muy importante, pues en muchas ocasiones el único activo que tienen los pobres es su cuerpo y si éste se deteriora por la enfermedad, hunde al pobre y a su familia en una trampa de pobreza, de la cual es muy difícil escapar”.³

Según estudios ampliamente documentados de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los pobres son más susceptibles de enfermarse pues carecen de servicios básicos y viven en lugares con malas condiciones materiales de vida, están mal alimentados, sus estilos de vida son poco saludables, y carecen de información sobre prevención de las enfermedades y de las opciones para atacarlas, porque se enfrentan a barreras geográficas, culturales y organizacionales para atenderse. El sufrimiento de los pobres aumenta con las enfermedades, ya que se empobrecen más al enfrentar gastos imprevistos y pierden ingresos por estar incapacitados para trabajar. En suma, a la marginación económica se

¹ Muñoz de Bustillo, R., “Economía de mercado y estado de bienestar”, en *Crisis y futuro del estado de bienestar*, Alianza Universidad, Madrid, 1989, pp. 23-79; los países de la Unión Europea son considerados Estados de bienestar, pues garantizan la provisión pública universal de servicios sociales, incluyendo transferencias monetarias.

² Cruz, C. et al., “Equidad social y protección financiera en salud”, en *25 años de Desarrollo Social en México. Estudios Económicos y Sociopolíticos*, Banamex, México, 2004, p. 102.

³ Sachs, J., *Improving Health Outcomes of Poor*, OMS, Ginebra, 2002, en Cruz, C. et al., *ibid.*, p. 100.

◆ Profesora-Investigadora, campus Oriente



adhiera el problema de la vulnerabilidad en salud, y es dramática la situación para el discapacitado pobre, el anciano pobre, el enfermo pobre o el pobre con problemas de salud mental.⁴ En este sentido, la salud es fundamental para el bienestar de la población y para el buen funcionamiento de la economía del país y, por lo tanto, es recomendable el aseguramiento de todos los grupos de población.

En México, la cuarta parte de su población está atrapada en la pobreza, vive con menos de dos dólares al día. Y a pesar de estar clasificado por el Banco Mundial como un país de ingreso medio alto (8,800 dólares *per capita*), la desigualdad entre la población es extremadamente alta. Según el Informe sobre Desarrollo Humano de 2004, el Coeficiente de Gini⁵ es de 54%, el cual indica alta desigualdad en la distribución del ingreso. Si a estas cifras añadimos el hecho de que la población desempleada o la que trabaja en la informalidad carece de saneamiento básico, comprendemos por qué es necesario considerar el aseguramiento universal en salud como el primer paso para modernizar la política social.

El objetivo del presente artículo es hacer una evaluación de los servicios de salud en Morelos, por la cobertura de la asistencia sanitaria, para determinar las necesidades de la población en cuanto a

bienestar social. Un objetivo secundario es analizar la pertinencia de los programas de protección del Programa Nacional de Salud. Principalmente nos apoyamos en información estadística de la OMS (Reporte 2004), de la Secretaría de Salud y de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS 2004),⁶ realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Esta encuesta consta de un cuestionario de 21 preguntas sobre los aspectos más relevantes de la seguridad social, por ejemplo, el nivel de cobertura de las instituciones de seguridad social en la población; regularidad con la que la población acude a los servicios médicos; población que recibe pensiones; personas con discapacidad o incapacidad laboral, entre otros. La ENESS 2004 se aplicó a varios hogares de la República en el tercer trimestre de ese año, por lo que proporciona información fiable tanto nacional como de las entidades.⁷

Transformaciones en la entidad

Nuestro estado experimenta con el nuevo milenio varias transformaciones en diversos ámbitos. En lo económico, por ejemplo, está cambiando rápidamente la importancia de los sectores en la generación del PIB, y este cambio genera la demanda

⁴ *Ibid.*

⁵ El Coeficiente de Gini es una medida ideada por el estadístico italiano Corrado Gini. Normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual.

⁶ www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares.

⁷ Hubo varias encuestas aplicadas a diferentes hogares de la República en 1998, 2000 y 2004 (usaremos la última). El diseño muestral de la ENESS 2004 permite dar resultados a nivel nacional y estatal, y se caracteriza por ser probabilístico, bietático, estratificado y por conglomerados. La vivienda es la unidad de selección y el hogar y las personas son las unidades de observación.

de un sector educativo y sanitario moderno. En el momento que escribimos, el crecimiento de la población estatal es intenso pero no planificado, y la sociedad se vuelve cada vez más urbana y demandante de infraestructura, equipamientos y servicios municipales.⁸

Morelos tiene un gran potencial económico por su ubicación geográfica, la riqueza de sus recursos naturales y su buen clima. Además, si añadimos la riqueza cultural de sus municipios, la excelencia de sus balnearios y parques acuáticos, Morelos no sólo es una entidad turística importante, sino que puede llegar a convertirse en una entidad modelo en cuanto a bienestar y calidad de vida. Su extensión territorial es de 4,893 kilómetros cuadrados, ocupa el lugar 30 a nivel nacional y su participación en el PIB del país es apenas del 1.4% (lugar 21).

El crecimiento más dinámico de la población ha sido a partir de 1970, cuando la población se multiplicó por tres. Actualmente, tiene 1.6 millones de habitantes, 52% mujeres (886 mil 041) y 48% hombres (803 mil 126). Una tercera parte de la población está compuesta por niños en edades de 0 a 14 años. Estos datos nos indican las necesida-

des crecientes de oferta educativa, pero también los grandes pendientes sanitarios para la tercera edad, ya que la esperanza de vida es superior al promedio nacional en cinco años.⁹

Otro dato importante es que 85% de la población es urbana y 15% rural. Y esto se debe al dinamismo de las actividades económicas que muestran una mayor tendencia a las actividades urbanas: manufactura, comercio, turismo, servicios financieros, construcción. Además, Morelos cuenta con importantes vías de comunicación. Conforme a estas cualidades, también puede llegar a convertirse en un importante lugar para la inversión extranjera.¹⁰

El desarrollo rural también es dinámico gracias al esfuerzo de los agricultores dispuestos a propiciar la diversificación de su producción agrícola de flores y frutos exóticos, y a la búsqueda de nuevos mercados, incluso el internacional.¹¹ Es importante señalar que las regiones de Morelos tienen un comportamiento distinto en la estructura económica del estado. Las regiones oriente y sur, por ejemplo, tienen una mayor actividad agrícola, mientras que la región norte se mantiene de una intensa actividad industrial y de servicios.¹² En las zonas agríco-

⁸ Rueda Hurtado, R., "La vivienda en zonas de riesgo de las zonas conurbadas de la subcuenca del Apatlaco y sus necesidades de seguridad social", en *Apuntes multidisciplinarios de seguridad social*, UAEM, Cuernavaca, 2005, pp. 123-136.

⁹ El promedio nacional es de 72 y 73 años para los hombres y mujeres, respectivamente; en Morelos es de 77 y 78 años.

¹⁰ Los principales inversionistas, por nacionalidad, son alemanes, norteamericanos, franceses, suizos, japoneses, españoles, italianos y británicos.

¹¹ A nivel nacional es el primer lugar en la producción de arroz, cebolla blanca, ejote, durazno, aguacate, rosa y nochebuena, y ocupa un lugar importante en la producción de nopal, jícama, calabacita, maíz y jitomate.

¹² Ordóñez, S., *La nueva industrialización en Morelos*, CRIM-UAEM, Cuernavaca, 2001, p. 201; en el desarrollo industrial, el gobierno contribuyó en la creación de parques industriales: Civac, Parque Industrial Cuautla, Proyecto Consotelación del Sur y Emiliano Zapata.



las coexiste una agricultura dinámica e intensiva que busca nuevos mercados con una agricultura extensiva, sin apoyos y cada vez más rezagada.

El ingreso de las familias es asimétrico. Mientras que las remuneraciones de los trabajadores agrícolas son muy bajas, la población dedicada a las actividades secundarias y terciarias obtiene mejor pago por su trabajo. El promedio de ingreso de cada trabajador morelense por año trabajado es de \$67,834 pesos, muy por debajo del promedio nacional, de \$79,551 pesos.

Educación de la población

El grado de escolaridad promedio es de un poco más del primer grado de secundaria, es decir, 7.7 años de estudio. Por cada 100 personas de 15 años o más, 11 no tienen ningún grado de escolaridad, 15 terminaron algún grado de primaria pero no la completaron, 17 terminaron la primaria pero no continuaron estudiando, cinco terminaron algún grado de secundaria sin completar el ciclo, 22 terminaron secundaria pero no continuaron estudiando, 19 terminaron algún grado superior pero no continuaron estudiando y 11 aprobaron algún grado de educación superior.

La población analfabeta es de 91,975 personas. Noventa de cada 1,000 habitantes de 15 años o más no saben leer ni escribir. A nivel nacional son 95 de cada 1,000. Estas cifras nos indican las grandes necesidades de educación y formación profesional que tiene la población y el desafío que

enfrentan las instituciones educativas para generar una oferta educativa de calidad y acorde con las transformaciones económicas y sociales de la entidad. Veremos a continuación los orígenes del sistema de seguridad social, las políticas sociales o de desarrollo social y la red de seguridad social con que cuenta Morelos.

Salud y seguridad

El sistema de seguridad social mexicano tiene su origen en la Constitución. Particularmente, el Artículo 123, apartado A, fracción XXIX, justifica la intervención pública a favor del bienestar de la población: “es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y 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”. Según la Constitución, la seguridad social es de carácter universal, es decir, que todos los ciudadanos, por el hecho de ser mexicanos, deben tener cubiertas sus necesidades de seguridad social.¹³

En Morelos, por ejemplo, el desempleo es muy alto, por lo que cobran importancia las acciones que el gobierno emprenda mediante políticas sociales en el campo de la salud y de la educación, principalmente, para redistribuir adecuadamente la riqueza que se genera en la entidad. De esta manera, la economía estaría en las mejores condi-

¹³ Mendizábal Bermúdez, G. *et al.*, “Nueva fase de desarrollo capitalista, estado y seguridad social: elementos para la caracterización de México”, en *Apuntes multidisciplinarios de seguridad social*, UAEM, Cuernavaca, 2005, p. 36.

ciones para adecuar los resultados alcanzados por el mercado, en lo que a distribución de la renta se refiere y a los criterios de justicia social asumidos por la colectividad. Sin embargo, ni el gobierno estatal ni los gobiernos municipales contemplan en sus políticas programas de empleo o de fomento del empleo, ni prestaciones económicas o de otro tipo para la población desempleada, a pesar de que algunas de las actividades económicas sufren ajustes en las plantillas, como los ingenios azucareros y las empresas textiles.

Según cifras de la OMS, México ha avanzado en relación con la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad en general, pero todavía subsisten rezagos en torno a indicadores estratégicos como la tasa de mortalidad infantil, que es de 25 por cada 1,000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad materna, que es de 83 mujeres por cada 100,000 niños nacidos vivos. En Morelos, las cifras son de 22 y 63 muertes, respectivamente.¹⁴ El rezago se magnifica si estas cifras se comparan con países con ingresos *per capita* inferiores al de México. En Cuba, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es de 9 por 1,000 nacidos vivos y de 33 la morta-

lidad materna. Es importante señalar que el éxito del desempeño de los servicios sanitarios cubanos radica en la cobertura sanitaria tanto de la población urbana como de la rural: 99% de su población urbana cuenta con saneamiento básico y 95% de la rural también. En México, 88% de la población urbana tiene seguridad social básica, mientras que sólo 34% de la población rural tiene acceso a servicios sanitarios básicos.¹⁵

El desempeño de los sistemas de salud también se corresponde con el total del gasto realizado en salud. México, por ejemplo, destina alrededor de 6.2% de su PIB. Otros países destinan montos superiores (Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Unión Europea y Estados Unidos) y el desempeño de sus sistemas de salud es mejor.¹⁶

En Morelos, el gasto público en materia de seguridad social fue de 3% del PIB en 2003, según la Secretaría de Salud, índice bastante bajo de acuerdo con los estándares internacionales. Además, las atribuciones en salud son compartidas por los tres ámbitos de gobierno (federal, estatal y municipal), como lo señala la Constitución,¹⁷ lo que ocasiona deficiencias en el desempeño del sistema de salud

¹⁴ *Tasa de mortalidad infantil por 1,000 nacidos vivos por entidad federativa*, Secretaría de Salud, México, 2004.

¹⁵ Indicadores para medir el desempeño de sistemas de salud en países seleccionados de la OMS, citados en Cruz, C. *et al.*, *op. cit.*, p. 102.

¹⁶ Moreno Álvarez, G., "La nueva Europa y su política de cooperación al desarrollo con América Latina y el Caribe", en *Revista Mexicana de Política Exterior*, núm. 71, SRE-Instituto Matías Romero, México, junio de 2004, p. 180; el gasto global en protección social en la Unión Europea, según el Informe sobre la Protección Social en Europa, alcanza una media de 28.5% del PIB comunitario.

¹⁷ Ortega, J. M., "El gasto público en asistencia social dentro del marco de la Primera Convención Nacional Hacendaria 2004", en *Memorias del 4o Coloquio Internacional Multidisciplinario de Seguridad Social*, Morelos, UAEM-Unicedes, 2005, p. 41; Artículo 124 para los estados, 115 para los municipios y 49, 73, 74, 80, 89, 90, 94, 115 y 116 para la federación; asimismo, un importante número de atribuciones son asignadas en las leyes expedidas por los congresos locales.



porque no hay una distribución clara de las competencias y responsabilidades de cada autoridad. Algunos de los programas de prevención de la salud no se generan en función de las necesidades de los municipios o de las comunidades.

También es preciso señalar que, además de las deficiencias de la organización de los sectores salud y educación, el presupuesto asignado a ellos es insuficiente para cubrir las necesidades de la población. El raquítico gasto que México destina a la salud se relaciona con la recaudación del Estado, que apenas llegó a 15% del PIB en 2004, según datos del Banco Mundial y del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.¹⁸ Adicionalmente, presenta problemas de sustentabilidad y distribución, puesto que la tasa de crecimiento de los gastos es superior a la de los ingresos y el gasto se concentra en el ámbito del gobierno federal, según el diagnóstico hecho por la Convención Nacional Hacendaria en 2004.¹⁹

De lo anterior, podemos deducir que el grado de autonomía de Morelos en materia de política social es muy limitado, por un lado, por el condicionamiento del gasto público del gobierno federal, ya que el 94% se encuentra sujeto a diversas disposiciones jurídico-normativas de carácter irreductible, lo que implica que sólo 6% del gasto es susceptible de asignación hacia otros programas;

por el otro, por la dependencia de las finanzas en Morelos, que en 90% están supeditadas a las transferencias federales.

Saneamiento básico

Como señalábamos más arriba, los seguros sociales en México se organizan en función de la relación de trabajo, por lo que las instituciones de seguridad social se dividen el núcleo de los asegurados en relación con la actividad laboral que realizan.²⁰ Conforme a la Ley del Seguro Social, Artículo 12, fracción III, el titular del Ejecutivo federal tiene la facultad de dotar de las prestaciones en especie a toda la población; sin embargo, el seguro social mexicano sólo cubre a los trabajadores y a sus beneficiarios, llamados derechohabientes. Las instituciones públicas en Morelos que ofrecen sanidad, pensiones y prestaciones económicas son el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el IMSS. El último es el principal instrumento de gestión de las políticas de bienestar del Ejecutivo federal.²¹

El número de derechohabientes o de población con seguridad social es de 597,208 personas, es decir, 37% de la población morelense. Los centros de salud de la Secretaría de Salud también ofrecen servicios médicos generales económicos y medicina gratuita para la población no asegurada. La

¹⁸ La recaudación fiscal en Francia fue de 39% y en Inglaterra de 34%.

¹⁹ Ortega, J. M., *ibid.*, p. 42.

²⁰ Mendizábal Bermúdez, G. *et al.*, *ibid.*, p. 188; ISSSTE para trabajadores al servicio del Estado; ISSFAM para miembros de las fuerzas armadas mexicanas; IMSS para trabajadores por cuenta ajena e independientes.

²¹ Según la ENESS 2004, 1,059,169 personas no tienen seguro social y sólo 629,998 tienen derechohabiencia. Lo que representa 62.7% y 37.3%, respectivamente, de una población total de 1,689,167.

importancia de estos centros radica en que, tan sólo en 2004, atendieron a 419,992 morelenses, frente a 301,874 que atendió el IMSS y 66,846 el ISSSTE. Es importante mencionar que los servicios médicos privados atendieron a 331,941 personas y otras 52,810 acudieron con curanderos y yerberos o se automedicaron.

El baluarte de la seguridad social en Morelos es el IMSS, que inauguró hace 50 años²² la primera Unidad de Medicina Familiar del Seguro Social en Cuernavaca. En 1963 y 1968, respectivamente, se inauguraron el Hospital General de Zacatepec y de Cuautla, y en 1979 comenzó sus actividades el Hospital General Regional de Cuernavaca. Según cifras de la propia institución, su cobertura es de 540,000 morelenses, pero según la ENESS 2004, la cobertura del IMSS es de 494,091 morelenses, de

los cuales 157,048 son asegurados titulares; 31,566 pensionistas o jubilados; 280,477 beneficiarios; 23,424 estudiantes y 1,576 de otro tipo.

En Morelos, el IMSS cuenta con 23 unidades de medicina familiar en distintos municipios, nueve centros de seguridad social, 34 guarderías y un Centro de Investigaciones Biomédicas, en donde se investigan y analizan plantas con propiedades curativas. Entre los programas prioritarios que tiene el IMSS está el de abasto de medicamentos. La Delegación Morelos cuenta con 67 proveedores que le surten medicamentos.

Las prestaciones que otorga el IMSS son atención médica y de maternidad, servicios de guardería, prestaciones en dinero (incapacidad, invalidez, vejez, viudez, orfandad y ayuda de gastos de matrimonio).

Cuadro 1
La seguridad social en Morelos: principales indicadores

Género	Población	Porcentaje
Hombres	803,126	47.5%
Mujeres	886,041	52.5%
Total	1,689,167	100%

Condición de derechohabencia	Población	Porcentaje del total de la población
Sin derechohabencia	1,059,169	62.7%
Con derechohabencia	629,998	37.3%

Afiliación de derechohabientes	Población	Porcentaje del total de la población
Instituciones públicas	619,491	36.9%
IMSS	494,09	29.3%
ISSSTE	103,117	6.1%
Otras	22,283	1.3%
Instituciones privadas	10,505	0.6%

Fuente: a partir de la ENESS 2004, estimaciones y precisiones de los principales indicadores, Morelos, cuadro 5.1.49.

²² El 26 de agosto de 1956.



El IMSS en el siglo XXI

El IMSS cumple con su cometido de cuidar de la salud en el estado, pero sólo se limita al núcleo de población asegurada, que representa 37% de la población morelense. El 63% restante no tiene acceso a los servicios que presta. Sin embargo, las estrategias desarrolladas en cuanto a la provisión ordenada de acciones preventivas relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva son muy acertadas. Atiende a la población derechohabiente de forma integral y por grupos de edad: niños (de 0 a 9 años), adolescentes (de 10 a 19 años), mujeres y hombres (de 20 a 59 años) y adultos mayores de 59 años. Para los niños hay diferentes programas, desde la atención de la desnutrición hasta la prevención de las enfermedades y la aplicación de las vacunas. En relación con este último programa, los datos de los organismos internacionales revelan que 99% de los niños menores de un año están inmunizados contra la tuberculosis y 96% contra el sarampión. Para los adolescentes también existen esos programas, pero además se complementan con salud reproductiva. Para los adultos, los programas se enfocan en la detección de cáncer cérvicouterino, de mama, diabetes, entre otros. En los adultos mayores, además de los programas ya mencionados, la atención se enfoca en la detección de la hipertensión y otros problemas que les son propios.

Del análisis de las instituciones de seguridad social en Morelos, podemos concluir que el IMSS es el baluarte de la seguridad social de una parte de la

población, porque los derechohabientes sólo pueden ser los trabajadores y sus beneficiarios. Casi dos terceras partes de los morelenses no cuentan con cobertura sanitaria, prestaciones ni ayudas económicas por parte de dicha institución.

Por consiguiente, concluimos que existe un déficit de bienestar social en Morelos que impide su desarrollo económico. Las causas de este déficit son las siguientes: por un lado, la falta de congruencia en los procesos de descentralización en materia de salud y educación y la ausencia de una buena coordinación entre las autoridades federales, estatales y municipales; por el otro, la falta de presupuesto dedicado a gasto social. El porcentaje que México destina a este rubro (6.1%) está muy por debajo del gasto que otros países realmente comprometidos con el bienestar de sus ciudadanos destinan para cubrir los gastos sociales. También podemos concluir que la política social de Morelos no está descentralizada y depende de las políticas generales del Estado mexicano, por lo que los programas de desarrollo social de la entidad tienen un impacto pequeño, pues el presupuesto se diluye en gastos corrientes.

En los últimos años, la oferta de trabajo ha sido insuficiente respecto al crecimiento de la demanda de trabajo, y el desempleo se ha disparado. La responsabilidad del Estado con el empleo se ha debilitado y tampoco se tienen contemplados los seguros de desempleo o de cesación involuntaria del trabajo. Por consiguiente, en Morelos no hay mecanismos que distribuyan la riqueza o que procuren una cohesión social, y los grupos más vulnerables de la población viven precariamente.

En este sentido, la política social tiene fuertes vinculaciones con el funcionamiento de la economía del estado, no sólo como medio de prevención y protección social, sino como un sistema integral que incluya una red sanitaria y asistencial que englobe a toda la población, independientemente del núcleo trabajador asalariado.

Según algunos especialistas, las recientes reformas de la seguridad social en México no se han dirigido en esta dirección, sino que sólo pretenden modificar la operación de los tres sistemas primordiales: salud, pensiones y prestaciones sociales.²³ Estos cambios, en vez de dirigirse a atender las necesidades sociales de toda la población y a luchar contra la pobreza, están liberando al Estado de responsabilizarse del pleno empleo, de crear instituciones educativas de calidad y de mantener un sistema sanitario universal, que son las condiciones necesarias para el correcto funcionamiento de una economía.²⁴

Tenemos que generar voluntades políticas en torno al papel del Estado en la economía, como garante de una educación democrática fundada en el mejoramiento económico y cultural del pueblo, como suscribe el Artículo 3 de la Constitución, y de una seguridad social universal, mediante la am-

pliación de la cobertura sanitaria. Adicionalmente, contemplar la inclusión de la universalidad de las prestaciones sociales como los seguros de invalidez, vejez, de vida, de desempleo, 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, tal y como suscribe la fracción XXIX del Artículo 123 constitucional.

Es importante señalar que la propia Constitución respalda al Estado como garante del bienestar para todos los mexicanos, por lo que no es necesario acudir a otras legislaciones que respaldan los modelos de bienestar social universal. Sin embargo, en el cumplimiento de la ley suprema, es necesario mejorar la coordinación de los gobiernos federal, estatal y municipal, y quizás buscar una descentralización de las atribuciones en salud para mejorar el cumplimiento de las entidades federativas en política social, para que éstas se ocupen del desarrollo integral de los municipios en lo que a sistema educativo y de seguridad social se refiere. Y el Estado, para dar cumplimiento cabal a dicha descentralización, debería apoyarla con fondos regionales destinados a las entidades federativas con mayores problemas de cohesión social.

²³ Mendizábal Bermúdez, G. *et al.*, *op. cit.*, p. 40.

²⁴ Muñoz de Bustillo, R. y B. Perales, *Introducción a la Unión Europea. Un análisis desde la economía*, Alianza Universidad, Madrid, 1997, p. 176.