

LOS ESQUEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA ATENCION A LA SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES. MÉXICO, 2010.

Autora: Dra. Hilda Santos Padrón.¹

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas tres décadas, han surgido múltiples reformas o intentos de reforma en las principales políticas públicas en casi todos los países. Estos procesos se han enfocado, básicamente, a la organización y funcionamiento de los gobiernos nacionales, sus instituciones y las relaciones e interacciones entre las instituciones y los ciudadanos. También, se han debatido cuestiones fundamentales vinculadas al crecimiento económico y al bienestar social, con amplio consenso para el primer elemento. Con mayor o menor éxito, en la mayoría de las naciones se asumieron programas de reformas más o menos congruentes, que se iniciaron con medidas orientadas a controlar la hiperinflación, resultante del colapso del modelo económico, basado en la sustitución de importaciones y en el intervencionismo estatal.

Las reformas económicas condujeron al replanteamiento de las estrategias de bienestar en casi todos los países, lo que originó un franco enfrentamiento entre los objetivos del nuevo modelo liberal y la concepción vigente sobre el estado de bienestar.

Ante esta serie de complejidades y desencuentros de todo orden, cada nación, cada país e incluso cada unidad operativa, ha ajustado el modelo general a condiciones peculiares y diversas. En ese sentido, los objetivos de este trabajo se orientan a mostrar la evolución histórica de la protección social en México; describir las principales características de los esquemas de seguridad social y analizar el caso del Estado de Tabasco, territorio donde se dispone de un sistema de seguridad social.

DESARROLLO

El estado de bienestar: una revisión teórica

Si bien no existe una definición unánime sobre el “Estado de bienestar”, se coincide en reconocer que éste comprende tanto a instituciones, como a medidas específicas dirigidas a brindar protección a los ciudadanos. En un breve recorrido histórico, se acepta que las raíces de estas instituciones o políticas públicas, se remontan a la dinastía abasí que gobernó el mundo islámico durante el siglo VIII de nuestra era, cuando se introdujeron las primeras formas de pensión y bienestar, mediante el zakat (caridad), uno de los pilares del islam. (Ruiz Figueroa, 2004).

Ya en nuestra era, estas ideas surgieron en Francia en la década de 1860, bajo la denominación del "Estado de providencia", donde se consideraba que la obligación del Estado radicaba tanto en el

¹ Directora Instituto de Seguridad Social del Estado Tabasco. (ISSET). México

cuidado del interés particular de cada individuo, como del interés general. Posteriormente, el modelo establecido por el canciller prusiano Otto Bismarck en 1881, fue el primero en incluir los elementos de la política social que caracterizan las actuales políticas sociales. El diseño fundamental del modelo bismarckiano consiste en la protección de los ciudadanos frente a eventualidades, a partir de cotizaciones sociales que después son redistribuidas por el Estado. (Sgarbossa, 2009)

En 1942 y en contraposición al modelo bismarckiano, Sir William Beveridge propuso en su informe el establecimiento de un sistema de protección universal en la Gran Bretaña y enfatizaba la responsabilidad del Estado de proveer a todos sus ciudadanos, sin importar su capacidad contributiva, un mínimo de ingresos y prestaciones que le permitieran enfrentar los riesgos de la vida humana. Adicionalmente, de acuerdo con el propio Sgarbossa (2009), este modelo rompió con las políticas restrictivas basadas en los seguros sociales, que se habían diseminado a la mayoría de los países europeos y a los EE.UU. en la década de 1930.

Ya fuese según el modelo bismarckiano de los seguros sociales o el modelo Beveridge, la mayoría de los países establecieron sus sistemas de protección social y construyeron sus modelos particulares de bienestar social. En América, por ejemplo, Canadá desarrolló un esquema muy exitoso de protección universal, en tanto que Chile se ha estructurado una política social con esquemas de protección basados en distintos seguros sociales. ¿Qué ocurrió en México?

El Estado de bienestar en México: evolución y características.

Los antecedentes del modelo de Estado de bienestar adoptado en México, se remontan a finales del siglo XIX durante el gobierno de Porfirio Díaz, cuando comenzaron a secularizarse las organizaciones religiosas que antes se encargaban del funcionamiento de la mayoría de los hospitales y las leyes locales de accidentes del trabajo de los Estado de México y de Nuevo León, promulgadas en 1904 y 1906, respectivamente. En la Constitución de 1917, elaborada al triunfar el movimiento armado se establecieron compromisos en materia social en los artículos 3, 73 y 123: educación primaria, salud preventiva, condiciones de trabajo, accidentes laborales, fomento del financiamiento a la vivienda y establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida y de cesación involuntaria del trabajo.

Referente a la protección contra las enfermedades, durante el período post-revolucionario se produjeron iniciativas y legislaciones que sustentaron el diseño actual del modelo de bienestar social aún vigente en México. Como se consigna en el estudio de la OCDE sobre el sistema de salud mexicano, en 1937 la creación de la Secretaría de Asistencia Pública marcó el inicio de la fragmentación del sistema sanitario, al establecerse medidas para prestar diversos servicios médicos a favor de la niñez, los trabajadores gubernamentales, los militares y las cooperativas agropecuarias afines al gobierno en aquella época (OCDE, 2005).

Ya en el campo específico de la Seguridad Social, en 1925 se expidió la Ley de Pensiones Civiles y se creó la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro. Esta Ley que fue reemplazada en 1946 por la Ley de Retiros, sin embargo, era notoria la ausencia de leyes dirigidas a la cobertura de la atención médica curativa y la oferta de medicamentos. En la década del 40, se formalizó en el país el modelo vigente de múltiples instituciones prestadoras de servicios médicos, como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para proveer servicios de salud a la población pobre y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para administrar los distintos esquemas de seguridad social establecidos a favor de los trabajadores del sector formal de la Economía, entre estos los de salud y pensiones. Ambas instituciones se crearon en 1943 y su estructura institucional se organizó para cubrir a la gran mayoría de las familias mexicanas con excepción de la cobertura de algunos grupos de familias rurales o de la población marginal en las zonas urbanas que se atenderían por un conjunto de organizaciones asistenciales del gobierno. Adicionalmente, se preservaron o crearon algunos esquemas de seguridad social para cubrir a grupos estratégicos de la población mexicana, entre estos, los militares, los trabajadores de la industria petrolera y en el año 1960, a los servidores públicos.

Durante las siguientes tres décadas, no se alcanzó el pleno empleo y quedaron grandes grupos de la población sin protección social, situación agravada en los años 80 con las crisis económicas regionales, provocaron un fuerte crecimiento de la economía informal. En síntesis, como se observa en el Cuadro 1, aunque la cobertura de la seguridad social ha aumentado desde la creación del seguro social, no se logró la cobertura universal o casi universal de la protección social. En 1960, estaban adscriptos al IMSS 3.4 millones de derechohabientes, equivalente al 9.6% de la población, cifra que ascendió en 1970 al 20.3%; para 1990 la cobertura fue de 47.5% de la población total del país. En cuanto a distribución geográfica, en 1960 el 96% de la población derechohabiente del IMSS residía en zona urbana, cifra similar a la de 1990 (95.4%). Las cifras del ISSSTE en 1960 arrojaron una cobertura del 1.4% de la población total, de 2.8% en 1970 y de 10.2% en 1990 con 8.3 millones de derechohabientes. (INEGI,1998)

Con estos antecedentes y, ante la imposibilidad de lograr los objetivos sociales, se replanteó la estrategia de bienestar social para el país a partir de la segunda mitad de la década de los años 80, con medidas de estabilización económica y variantes para diferenciar al Estado de la economía y acometer con otros enfoques, los distintos retos en materia de protección social. Sobre el tema de las reformas sociales, Millan y Valdés Ugalde (1996), consideran que la nueva política social de México se ha sustentado en el reconocimiento de cuatro factores, cuya interacción ha modificado el paradigma de la protección social en México.

En los ochenta, no hubo cambios significativos en la arquitectura de la política social mexicana y curiosamente, se reconocieron nuevos derechos sociales como el derecho a la protección social de la salud y el derecho a una vida digna y decorosa. (Barba Solano, 2004). Desde los años noventa y hasta fechas muy recientes, se han producido cambios estructurales en los principales campos del bienestar social en México: la seguridad social y la salud. En la seguridad social, la reforma estructural originó tres grandes transformaciones; la primera en 1997, con una nueva Ley del Seguro Social; la segunda y tercera modificaciones se establecieron en 2007, al promulgarse una nueva legislación para el régimen

de la seguridad social de los trabajadores del gobierno nacional, administrada desde el ISSSTE y diversas modificaciones al régimen de pensiones y jubilaciones de los trabajadores del propio IMSS.

La reformas del IMSS e ISSSTE comparten similitudes y la principal diferencia entre las nuevas leyes, deriva del tiempo en resolver la situación de la actual generación de trabajadores. En el ISSSTE se fijó un plazo para que cada servidor público activo, optara entre permanecer en el régimen abrogado o incorporarse al nuevo sistema, mientras que en el IMSS, se conserva la libertad de elección hasta el momento mismo en que un trabajador se pensiona. Actualmente, el riesgo financiero más importante para estas instituciones deriva del seguro de enfermedades y maternidad (Molinar, 2007).

Referente al campo de la salud, se han producido cambios -tanto funcionales como organizativos- desde finales de los años 80. Los primeros fueron, la descentralización de los servicios de salud hacia los gobiernos estatales y la sectorización de las instituciones de salud y continuaron con, la definición de distintos paquetes básicos de atención médica, la formulación y revisión de los modelos de atención y, finalmente, la creación del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular en Salud, en el año 2004.

Adicionalmente, el nuevo Sistema de Protección Social incluyó la creación de un fondo específico de carácter mutual, para proteger a la población frente a los efectos económicos que producen las enfermedades de alto costo o catastróficas, aunque en una investigación de la autora, se cuestionaba la sustentabilidad de dicho Fondo a largo plazo. (Santos, 2006). Hecho a destacar, al igual que para la seguridad social administrada por el IMSS e ISSSTE, en la reforma del sistema de protección social se consideró que -la obligación constitucional de proteger financieramente la salud de los mexicanos- debía materializarse en una aportación específica del Estado. Esta aportación es conocida como cuota social y se fija en un monto similar al que se otorga en los casos de la seguridad social.

La Seguridad Social de los servidores públicos de los gobiernos locales: origen y características

Los sistemas estatales de seguridad social han adoptado modelos casi tan distintos, como número de entidades existen en el país. Veamos:

- De los 32 estados, solo en ocho se dispone de una institución de seguridad social completa, es decir, encargada de administrar un esquema que comprende, desde la prestación de servicios médicos, hasta la administración del régimen de pensiones.
- La mayoría opera bajo el modelo bismarckiano de reparto solidario, pero los sistemas que se han reformado como Nuevo León, Puebla, Coahuila, Estado de México y Aguascalientes, han adoptado un régimen mixto o exclusivo de cuentas individuales.
- Existen entidades en que desde una institución se administra el sistema pensionario y en otra institución, se aplica el esquema de beneficios en materia de vivienda y prestaciones sociales.

- En unos territorios, se desarrollan sistemas que incorporan obligatoriamente a los trabajadores municipales y en otros se concede el derecho de incorporarse a otro esquema de seguridad social.
- En Quintana Roo y Baja California Sur, se carece de una institución de seguridad social propia pues sus legislaturas, optaron por contratar la totalidad de los servicios de la seguridad social con el ISSSTE.

Esta heterogeneidad, revela la necesidad de considerar la situación particular de cada entidad y proponer medidas específicas de reforma en cada caso, sin embargo, la realidad es que casi todos estos regímenes comparten problemas comunes y están condicionados por factores externos, como las regulaciones de ámbito nacional. La propuesta de reforma financiera no resulta festinada, ya que el impacto de estas instituciones en la finanzas de los gobiernos locales, varía de estado a estado, en dependencia de las condiciones económicas particulares de cada entidad federativa. En resumen, en el Cuadro 2, se observan datos proyectados por Aguirre (2005) que dimensionan adecuadamente la situación de estas instituciones. En su conjunto, constituyen por su número el tercer sistema de seguridad social del país, solo detrás del IMSS e ISSTE, al cubrir un total de 877,113 trabajadores activos, proteger a casi 3 millones de derechohabientes y otorgar pensiones a 98,581 trabajadores en retiro.

La seguridad social en el estado de Tabasco

El sistema de seguridad social del Estado de Tabasco, se inició en la década del 80 del pasado siglo al establecerse el Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET), como el organismo encargado de otorgar los seguros y prestaciones sociales a los trabajadores de los poderes de la entidad, de los ayuntamientos de los 17 municipios y de las dependencias y organismos de la administración pública estatal y municipal. La seguridad social en Tabasco se distingue del resto de las entidades por varias características peculiares:

- a) Administra un régimen de seguridad social completo, que protege a sus asegurados y derechohabientes ante riesgos por enfermedades, accidentes laborales, invalidez, vida, retiro, así como proporciona servicios de cuidado infantil para madres trabajadoras, proporciona préstamos para consumo y personales y para la adquisición de habitaciones.
- b) Ofrece aseguramiento al 10.30 % de la población ocupada del estado, con 79,561 trabajadores asegurados al 31 de diciembre de 2008 y tasas anuales de crecimiento, durante los últimos 10 años, que fluctúan entre 3.00 a 6.00 % de la población protegida, a excepción del año 2006 (**cuadro 3**).

- c) Una población asegurada en proceso de maduración, con una edad promedio de 41.70 años, edad al ingreso de 29.92 años y una antigüedad media en el empleo de 11.72 años. (cuadros 4 y 5).
- d) Una cobertura total (asegurados y familiares derechohabientes) equivalente al 16.90 % de la población total de la entidad, con un total de 338,089 derechohabientes.
- e) Un pasivo actuarial total, pensiones en curso de pago y pensiones de la actual generación de servidores públicos, equivalente a 41.02 % del PIB estatal.
- f) Una infraestructura de atención médica compuesta por un centro hospitalario con un antigüedad mayor a 30 años y una capacidad de 84 camas censables, así como 17 unidades de medicina familiar ubicadas en las cabeceras municipales.

Un elemento negativo para el sistema, es que se afrontan debilidades en las fuentes de financiamiento y en las condiciones de otorgamiento de las pensiones. Las fuentes de financiamiento se muestran en el cuadro 4 y resultan deficitarias e insuficientes para cubrir las obligaciones de la mayoría de los seguros, servicios y prestaciones del sistema, ya sea por su proporción o por la base sobre la que se aplica. La legislación vigente en Tabasco es muy laxa, ya que no exige una edad mínima para el otorgamiento de una jubilación, sino tan solo el cumplimiento de un número determinado de años de trabajo de 25 años para las mujeres y 30 años en el caso de los hombres. Todo lo expuesto en párrafos anteriores, estimuló al equipo de dirección de la institución en 2007, a promover una reforma necesaria para mejorar la misión institucional y especialmente, garantizar una eficiente prestación de servicios a los trabajadores y derechohabientes.

Elementos básicos para una reforma en la seguridad social en Tabasco

En respuesta a la situación descrita acerca del ISSET, durante el sexenio que ahora concluye se consideró imprescindible realizar una propuesta de Reforma que, en su momento, se presentó ante XXXX sin posibilidad de aprobación, por razones incomprensibles. Con la propuesta se intentó elevar el nivel institucional a planos de actualización y fueron muy útiles las revisiones de las investigaciones sobre experiencias concretas en ámbitos locales, nacionales o regionales, como los de Uthoff (1995), Jaramillo, Molina y Salas (1996), Demarco, Almeida y Mastrangelo (1997), Fox (2003), Mesa-Lago (2004) y Bitran (2006). Entre los cambios o aportes de la propuesta se sugerían:

1. Adoptar un modelo mixto de pensiones, basado en dos pilares fundamentales: primero, un sistema de reparto que garantice el acceso efectivo a una cuota mínima de pensión y, segundo, un sistema de contribuciones definidas a cuentas individualizadas, que posibilite acrecentar los montos de las pensiones u ofrecer un ahorro para el momento del retiro.

2. Redefinir las bases de cotización y los porcentajes de contribución que eviten la elusión y la debilidad financiera del sistema.
3. Establecer una edad mínima de jubilación y las condiciones para su aumento, en consecuencia con la elevación de la esperanza de vida.
4. Solicitar una contribución de los pensionados y jubilados por el servicio médico, ya sea por cotizaciones generales o co-pagos que, además de fortalecer los ingresos del sistema, puedan servir como mecanismo de contención de la demanda.
5. Implementar un modelo de atención médica basado en principios de equidad, integralidad, eficiencia y oportunidad.
6. Gestionar las aportaciones del Estado Nacional que se otorgan a todos los ciudadanos y de las cuales se encuentran excluidos los servidores públicos.

Además de estas propuestas generales, se elaboraron varias específicas para las prestaciones médicas y ajustadas a la actual situación de salud territorial:

No obstante las dificultades y barreras para su aprobación, nunca lograda, se habían iniciado cambios en algunas prestaciones médicas al comienzo de este mandato, con el diseño y elaboración de un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) uno de cuyos componentes -la Salud del Trabajador- se transformó en un programa insignia de la institución, al utilizarse innovadores procedimientos para atender a los trabajadores en sus propios centros laborales.(ISSET, 2008) (Santos & Martínez, 2009) (Santos, Castro & Martínez, 2010) (Santos & Martínez, 2010), así como en prestigiosas publicaciones (Santos, Martínez & Castro, 2012).

CONCLUSIONES

En este recuento acerca de las instituciones de Seguridad Social en México y particularmente, en el estado de Tabasco, se confirma la obligatoriedad de estas instituciones de proporcionar servicios tendientes a preservar, promover y mantener la salud, con un enfoque eminentemente preventivo y de corresponsabilidad entre los derechohabientes, el Instituto y las instituciones públicas.

Transcurridos más de 80 años de promulgada la Ley de Seguridad Social en el país, es notorio que la mayoría de los esquemas organizativos institucionales en los estados, no se hayan reformado como ha sucedido en el resto de las grandes instituciones existentes en el país para brindar protección social a la población. En ese sentido, no es posible que para atender grupos numerosos como los trabajadores de la economía formal y los servidores públicos del gobierno aún no se perciban vientos de cambios, algo casi imprescindible si se desea beneficiar a las generaciones actuales y futuras. Ese es el fundamento de la reforma que se propuso para el ISSET.

La seguridad social en el estado de Tabasco se encuentra en una coyuntura histórica. La dimensión de los pasivos contingentes que se enfrentan y la imposibilidad de ampliar y modernizar sus establecimientos destinados a la prestación de servicios médicos, reclaman una urgente reforma estructural de ese sistema. Con este trabajo, se intenta promover un debate que ya resulta impostergable, no solo en el caso de esta entidad mexicana, sino para muchos sistemas de protección social que aún disfrutan de las ventajas de una población en proceso de maduración, futura reclamante de sus derechos previsionales.

Referencias

- Aguirre, F. M. (27 de Mayo de 2005). Pensiones para los servidores públicos en México y métodos actuariales. *documento presentado al seminario nternacional "Sistemas públicos de pensiones: situación actual y perspectivas"* . Guadalajara.
- Barba Solano, C. (2004). *Régimen de bienestar y reforma social en México*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bitrán, R. (2006). *Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Demarco, G., Almeida, S., & Mastrangelo, J. (1997). *Las reformas sociales en acción: Seguridad Social*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Fox, L. (2003). Pension reform in Europe in the 1990s: lessons for Latin America. *CEPAL Reviews* , 127-142.
- INEGI. (1998). *Estadísticas Históricas de México*. México: INEGI.
- ISSET (2009). Modelo Integral de Atención de Salud. Documento de trabajo.
- Jaramillo, I., Molina, C., & Salas, A. (1996). *Las reformas sociales en acción: Salud*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Mesa-Lago, C. (2004). Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina. *Revista de la CEPAL* (84), 59-82.

Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012.

La Habana 3-7 de diciembre de 2012

ISBN 978-959-212-811-8

Millán, R., & Valdés Ugalde, F. (1996). La Reforma del Estado: reflexiones sobre la política social. En R. Casas Guerrero, H. Castillo, R. Millán, & F. Valdés Ugalde, *Las políticas sociales en México en los años noventa* (págs. 145-153). México: UNAM - FLACSO.

Molinar, J. (31 de Enero de 2007). El régimen de jubilaciones no es el mayor problema del IMSS. *La Jornada*, pág. 5.

OCDE. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los servicios de salud: México*. México: Secretaría de Salud.

Ruiz Figueroa, M. (2004). Religión y Estado durante la dinastía abasí. El califato de Al-Mansur. *Revista Estudios de Asia y África*, 57-87.

Sgarbossa, L. F. (2009). *DO ESTADO-PROVIDÊNCIA AO MERCADO-PROVIDÊNCIA*. Curitiba: UFPR.

Santos Padrón H (2006) Modelo prospectivo para evaluar la sustentabilidad del Fondo de Protección contra gastos catastróficos. México 2006-2010. Tesis doctoral. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

Santos Padrón H, Castro Georgana, V y Martínez Calvo S. (2010). Modelo Integral de Atención a la Salud en una institución de Seguridad Social. III Congreso de Salud y Trabajo. La Habana, Cuba

Santos Padrón H y Martínez Calvo S (2009). Prospective approach to epidemiological surveillance of diseases in health sector's workers. ISSET, Tabasco, México. 1st International Congress on Occupational Risk on Health Sector. Madrid, España.

Santos Padrón H, Castro Georgana, V y Martínez Calvo S (2012). Programa "Salud del Trabajador" en el Instituto de Seguridad Social del Estado. Tabasco, México. 2010. Rev Cub Salud y Trabajo. Vol 13, No.1. Enero-abril 2012. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/srt/vol13_1_12/rstsu/12.htm

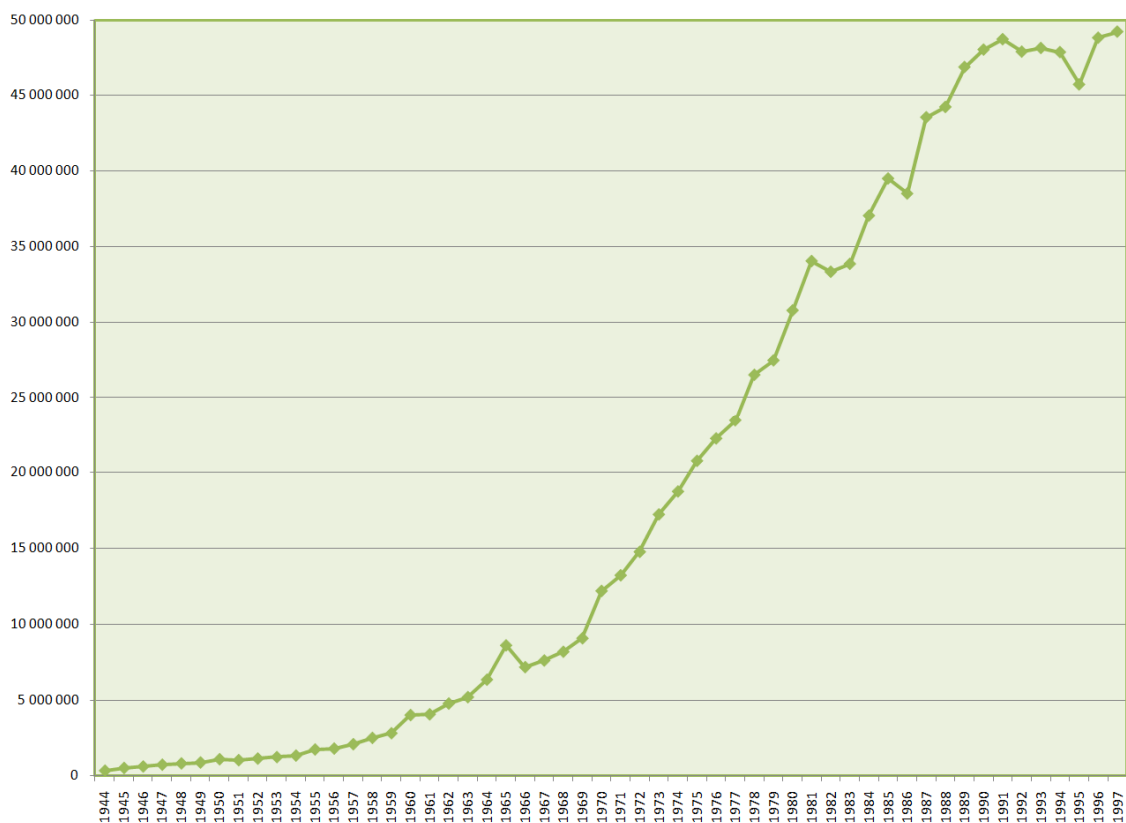
Santos Padrón H y Martínez Calvo S. (2010) Análisis prospectivo y escenarios futuros, en la vigilancia de riesgos laborales del estado de Tabasco, México. 2009. III Congreso de Salud y Trabajo. La Habana. Cuba

Uthoff, A. (1995). Pension system reform in America Latina. *CEPAL Review*, 43-60.

Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012.
La Habana 3-7 de diciembre de 2012

ISBN 978-959-212-811-8

Cuadro 1
Evolución de la población cubierta por la seguridad social
1944-1997



Fuente: Estadísticas históricas de México, INEGI

Cuadro 2
Estadística de las Instituciones Estatales de Seguridad Social
2005

Activos	
Número de trabajadores	877,113
Edad promedio	39.16
Antigüedad promedio	10.62
Sueldo mensual promedio	6,142
Jubilados y pensionados	
Número de jubilados	98,581
Edad promedio	63.91
Pensión mensual promedio	6,427
Tasa de reemplazo/Salario promedio:	105%
Numero de trabajadores por pensionado:	8.9

Fuente: Estimaciones en Aguirre (2005).

Cuadro 3
Evolución de la población asegurada por el ISSET

AÑO	POBLACIÓN ASEGURADA TOTAL		TRABAJADORES ACTIVOS		PENSIONADOS Y JUBILADOS	
	PERSONAS	VAR %	PERSONAS	VAR %	PERSONAS	VAR %
2000	60,056	-0-	58,719	-0-	1,337	-0-
2001	63,064	5,0	61,665	5,0	1,399	4,6
2002	66,213	5,0	64,668	4,9	1,545	10,4
2003	69,265	4,6	67,607	4,5	1,658	7,3
2004	71,439	3,1	69,630	3,0	1,809	9,1
2005	73,817	3,3	71,800	3,1	2,017	11,5
2006	73,628	-0,3	71,399	-0,6	2,229	10,5
2007	77,649	5,5	75,155	5,3	2,494	11,9
2008	82,458	6,2	79,561	5,9	2,897	16,2

Fuente: Bases de datos del ISSET. Trabajadores activos comprende personal de base, confianza y supernumerarios.

Cuadro 4
Modelo Financiero del ISSET
Origen y destino de los recursos

