

12
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"CAMPUS ACATLAN"

ESTUDIO DE LA CONVENIENCIA DE LA REVERSION DE CUOTAS DEL SEGURO SOCIAL A LAS EMPRESAS PRIVADAS.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA: DINORAH MUÑOZ ZAIZAR PARA OBTENER EL TITULO DE: ACTUARIO

BAJO LA OPCION DE CAMPUS ACATLAN SEMINARIO TALLER EXTRACURRICULAR ASESOR: MAT. HECTOR ARGUELLES TEJEDA.



UNAM CAMPUS ACATLÁN NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO

1998.

TESIS CON FALLA DE CUBREN

458613



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A dios por ser mi fuerza
espiritual y mi amigo incansable*



*A mis padres
Maria E. Zaizar y Francisco Muñoz
por el gran esfuerzo que les
representó mi crecimiento*

*A mis hermanos,
Francisco, Gloria, Ma. Elena, Rosa I. Mónica, Marcela
por permanecer siempre juntos*

*a F. Javier por su amor, comprensión
y sabiduría compartidas para toda la vida*



*A la Universidad Nacional Autónoma
de México por ser la puerta abierta
al conocimiento y a la superación*

*A mis profesores del seminario por
sembrar la semilla de la perseverancia
y el ánimo de lucha*

*A mis compañeros de seminario
por unificar nuestras metas*

A mis amigos por su apoyo moral

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

i

CAPITULO I

Análisis de la seguridad social en México y los servicios privados de asistencia médica.

1

- 1.1 El concepto de seguridad social y tipos de seguridad social existentes 2
 - 1.1.1 Concepto de seguridad social 2
 - 1.1.2 Tipos de seguridad social existente 2
- 1.2 Ramos de aseguramiento del Instituto Mexicano del Seguro Social 4
- 1.3 El régimen financiero del Instituto Mexicano del Seguro Social por ramo de aseguramiento 6
- 1.4 Obligaciones del patrón 11
- 1.5 Situación financiera actual del I.M.S.S. 13
 - 1.5.1 Comportamiento de la población derechohabiente del I.M.S.S 13
 - 1.5.2 Evolución de los servicios médicos otorgados y la infraestructura del I.M.S.S 15
 - 1.5.3 Estado de ingresos y egresos del I.M.S.S 17
- 1.6 Instituciones que prestan servicios médicos a la población. 20
 - 1.6.1 Redes médicas en los Estados Unidos de Norteamérica (HMO's). 25
 - 1.6.2 Expectativas del servicio médico en México. 26

CONCLUSIONES

28

BIBLIOGRAFIA

29

CAPITULO II

La reversión de cuotas en el seguro social

31

- 2.1 Concepto de Subrogación de servicios con reversión de cuotas y sus antecedentes 32
 - 2.1.1 Conceptos básicos 34
 - 2.1.2 Antecedentes 34
- 2.2 Proyecto de reglamento de subrogación de servicios del I.M.S.S 36
- 2.3 Convenios de subrogación de servicios celebrados entre la Asociación de Banqueros de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social. 41
- 2.4 Los servicios médicos en las instituciones que integran la Asociación de Banqueros de México. 42
- 2.5 Derechohabientes cubiertos bajo el seguro de enfermedades y maternidad del I.M.S.S. 46
- 2.6 Relación entre el Índice de Precios al Consumidor y el Índice de Inflación del Sector Salud 47

CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	51
CAPITULO III	
Evaluación del sistema de reversión de cuotas del Seguro Social - Caso práctico.	53
3.1 Hipótesis de cálculo utilizadas	54
3.2 Escenarios utilizados	56
3.3 Proyección demográfica	57
3.4 Análisis de costo en el servicio médico de asistencia privada	59
3.5 Cuotas totales aportadas al IMSS por el ramo de enfermedades y maternidad	61
3.6 Comparación entre el costo del servicio médico y las aportaciones al Seguro Social	63
3.7 Factibilidad de la reversión de cuotas y subrogación de servicios	66
TABLAS 13 a 24	71
FIGURAS 1, 2 Y 3	95
CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFIA	100
CONCLUSIONES GENERALES	101
BIBLIOGRAFIA GENERAL	103

INTRODUCCION

La transformación financiera y económica que actualmente presenta la economía mexicana, ha hecho que tanto las empresas como el mismo gobierno busquen nuevas alternativas para la disminución de costos y que a su vez incrementen los beneficios que hace poco eran utópicos en economías de escala como la nuestra.

Esta transformación no únicamente implica cambios en la legislación, sino busca un cambio en estructuras y formas de financiamiento.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), no ha quedado al margen de esta transformación, al verse afectado por diversos factores tales como el incremento en el número de derechohabientes y el aumento en la edad promedio de los mismos, generando un déficit, principalmente en el ramo de enfermedades y maternidad, lo que ha desencadenado problemas de liquidez y con ello anomalías en el servicio y calidad en el mismo.

Sin duda esta problemática requería medidas de fondo en la estructura y en la forma de financiamiento del IMSS.

Estas medidas incluían modificaciones a la Ley del Instituto, y al esquema de financiamiento del sistema de pensiones a través de la creación de administradoras de fondos para el retiro (AFORE) y por otro lado al ajuste de las cuotas obrero patronales. Así mismo, promover una alternativa existente desde la creación del I.M.S.S. como es la de revertirle al patrón el total o parte de las cuotas obrero-patronales aportadas por concepto de los ramos de enfermedades y maternidad, riesgos de trabajo y de guarderías, a fin de subrogar los servicios otorgados a los derechohabientes por estos ramos, de acuerdo con el diseño de un convenio entre el Instituto y las empresas interesadas.

El presente trabajo puede definirse como un estudio de factibilidad para la empresa que actualmente observa un incremento sostenido en el pago de cuotas hechas al Instituto Mexicano de Seguro Social.

Factibilidad en la decisión para la empresa de seguir con un nuevo sistema de cuotas o bien buscar nuevas alternativas para otorgar el servicio médico a través de instituciones privadas que puedan prestar el o los servicios que actualmente tiene el Instituto para sus trabajadores.

Considero trascendente hacer mención que la oportunidad de considerar opciones fuera del sistema tradicional que venía ofreciendo el Instituto hasta antes de la reforma a la Ley en 1° de Julio de 1997, se encuentra estructurada desde los inicios del I.M.S.S; sin embargo la actual situación financiera del Instituto y de las empresas en general ha motivado al patrón a tomar esta opción como un factor viable a ser considerado.

El Objetivo que se persigue con el presente estudio es presentar los puntos importantes que deberán considerar las empresas privadas que tengan la inquietud de optar por la subrogación de servicios con reversión de cuotas y que no pueden dejarse pasar por alto ya que de otra forma esto podría llegar a representar un problema financiero importante a largo plazo y una carga insostenible para muchas empresas, de no efectuarse una buena proyección y planeación de los recursos disponibles para el otorgamiento de dicha prestación.

Para la realización del presente trabajo fue necesario llevar a cabo una investigación sobre la situación actual del I.M.S.S. que dió origen a la alternativa de subrogar los servicios médicos, y a las reformas hechas a la Ley del Seguro Social con respecto a las cuotas obrero-patronales, por otro lado se requirió investigar las estadísticas de las instituciones médicas privadas en cuanto a los recursos humanos y materiales y a los servicios que estas otorgan .

Esto nos llevó a analizar la situación actual del mercado de servicios médicos tanto público como privado a fin de poder visualizar el marco en el cual se desarrollan las reformas del sector salud.

De esta forma, se llevó a cabo un análisis sobre las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas planteadas, así como las fuerzas y debilidades que presenta cada sistema de manera de realizar una comparación entre los mismos.

Con la información anterior fue necesario realizar proyecciones del costo-beneficio de las alternativas expuestas a fin de poder conocer la viabilidad del sistema de subrogación de servicios médicos en comparación con el sistema que actualmente presta dicho servicio a la población trabajadora.

*Resúlvete a hacer lo que debes.
y haz sin falta lo que hayas resuelto.*

Benjamin Franklin.

CAPITULO I

ANALISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO Y LOS SERVICIOS PRIVADOS DE ASISTENCIA MÉDICA.

Objetivo:

Exponer la función actual del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) a través de la estructura de beneficios que otorga a la población mexicana y las cuotas que se aportan a cada uno de los ramos del Seguro. Lo anterior con la finalidad de analizar su evolución e importancia social a través del análisis en el incremento del número de derechohabientes, de infraestructura y del creciente déficit financiero que presenta actualmente este Instituto, lo que dió la pauta para proponer una reforma en el sistema de seguridad social mexicano.

1.1 EL CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y TIPOS DE SEGURIDAD SOCIAL EXISTENTES

1.1.1 Concepto de seguridad social

De acuerdo con el artículo 2 de la Nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social¹: "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, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado."

La seguridad social se puede definir como un conjunto de prestaciones que tienen por objetivo garantizar el derecho de todo ser humano a un nivel de calidad de vida digno, y equitativo y a su protección en caso de contingencia económica y social, es decir que cuente con los medios para la conservación de la salud y su prevención, así como a la asistencia médica, servicios sociales y a la protección de los medios de subsistencia.

1.1.2 Tipos de seguridad social

La seguridad social puede ser de diferentes tipos:²

1.- Cobertura

- a) Laboral: cuando se dirige exclusivamente a la clase trabajadora
- b) Cívica: Si va dirigida a todos los ciudadanos

2.- Tipo de Contribución y beneficios:

- a) Privatista: Cuando el beneficio depende de la cuota aportada
- b) Publicista: Cuando el beneficio es independiente a la cantidad aportada

3.- Lineamientos de elegibilidad:

- a) Carencial: Cuando se requiere de ciertos requisitos para recibir un beneficio, por ejemplo el número de cotizaciones.
- b) No carencial: Para el caso contrario.

¹En el presente documento cuando se mencione a la Nueva Ley del Seguro Social se refiere a la Ley que entró en vigor a partir del 1º de julio de 1997

² El Sistema de Pensiones en México dentro del Contexto Internacional, México, D.F. 1993

4.- Beneficios:

- a) Subjetivada: Si el beneficio está en función del salario del trabajador
- b) Objetivada: Cuando los beneficios son montos predeterminados que pueden ser en especie o cantidades de dinero fijas.

5.- Administración:

- a) Privada: Cuando el servicio se subroga a particulares
- b) Pública: Cuando el servicio es otorgado por el Estado

6.- Objetivo:

- a) Previsora: cuando únicamente se pretende restablecer el bienestar afectado por infortunios y, tratar de prevenirlos
- b) Distributiva: Si lo que se busca es una justa distribución de la riqueza.

Estos diferentes tipos de seguridad social no se presentan de manera aislada e independiente dentro de una sociedad, si no que por el contrario, se presentan combinados de acuerdo con un sistema predeterminado.

A pesar de que en nuestro país coexisten diferentes sistemas de seguridad social como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) que otorga servicios a la clase trabajadora de empresas privadas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) para los trabajadores de las Instituciones Públicas, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (I.S.S.F.A.M.) para las fuerzas armadas, así como otras Instituciones que otorgan servicio a un grupo exclusivo de trabajadores (D.D.F., PEMEX, etc.), en el presente trabajo se pretende analizar el sistema de seguridad social del I.M.S.S. en virtud de la crítica situación económica que enfrenta actualmente y los recientes cambios en sus lineamientos, así como de la gran importancia social que representa al contar con más de 37 millones de derechohabientes que representan cerca del 40% de la población total de nuestro país.

Por lo anterior, el sistema de seguridad social del I.M.S.S., se clasifica de acuerdo con lo anteriormente descrito, como:

- 1) *Laboral*: en virtud de que la afiliación a esta Institución se genera de una relación laboral patrón-trabajador.

- 2) *Privatista*: en virtud de que los ingresos a esta institución se generan a partir de una cuota aportada en forma tripartita entre el estado, patrón y trabajador en un porcentaje determinado en base a los lineamientos de la Ley del Seguro Social.
- 3) *Carencial*: Pues se requiere de un determinado número de semanas de cotización que varían de acuerdo con la naturaleza del beneficio a recibir.
- 4) *Subjetivada*: De acuerdo al salario que perciba el trabajador será el beneficio, sin embargo, existen prestaciones en dinero y especie que la definirían también como objetivada.
- 5) *Pública*: por que la otorga el gobierno sin intervención, hasta el momento, del sector privado
- 6) *En parte previsor* en virtud de que otorga los servicios que permiten remediar inconvenientes y prevenirlos, y por otro lado, distributiva de la riqueza al garantizar una pensión mínima.

1.2 RAMOS DE ASEGURAMIENTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El régimen obligatorio de la Nueva Ley del Seguro Social del 1º de Julio de 1997 comprende los seguros de :

- 1.- *Riesgos de trabajo*: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.³
- 2.- *Enfermedades y maternidad*: Cubre las contingencias como son las enfermedades no profesionales y la maternidad.
- 3.- *Invalidez y vida*: Los riesgos cubiertos en este ramo son la invalidez y la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez. Se considera que existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que ésa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional. De esta manera pueden existir diferentes grados y clases de invalidez, la invalidez parcial, cuando se ve afectada la capacidad funcional del individuo en menos de un 50%, la total cuando se afecta más de un 50% y hasta un 100% la capacidad funcional del individuo , la temporal cuando la incapacidad es por

³ Artículo 41 Ley del Seguro Social (L.S.S.)

un período corto y existe la posibilidad de recuperación física del individuo, o la permanente cuando no existen posibilidades de recuperación y la incapacidad es definitiva.⁴

4.- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez: Los riesgos protegidos por este ramo son el retiro, la cesantía en edad avanzada y la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro.⁵

Para los efectos de la Ley del Seguro Social existe cesantía en edad avanzada cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados después de los sesenta años de edad.⁶

Se considera que para vejez el asegurado deberá haber alcanzado la edad de 65 años de edad y tener cotizadas bajo la nueva ley del Seguro Social mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales como mínimo.⁷

5.- Guarderías y prestaciones sociales: Este ramo cubre el riesgo de la mujer trabajadora o del trabajador viudo o divorciado que conserve la custodia de los hijos por no poder proporcionar cuidados durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia⁸, incluyendo el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, la educación y la recreación de los menores.

Las modificaciones a la Ley del Seguro Social que entraron en vigor a partir del 1º de julio de 1997 abarcaron la separación de los ramos de invalidez y vida (antes denominado muerte) y el ramo de retiro (antes SAR), cesantía en edad avanzada y vejez denominado anteriormente como un solo ramo de invalidez, vejez, cesantía y muerte o conocido por sus siglas como I.V.C.M.

Lo anterior se llevó a cabo con el fin de que cada ramo se manejara de manera independiente y de integrar a la seguridad social el sistema de ahorro para el retiro existente en nuestro país desde el año de 1992 y el cual era administrado en cuentas individuales a través de las diferentes instituciones bancarias de manera independiente a las cuotas del seguro social.

⁴ Artículo 112 y 119 L.S.S.

⁵ Artículo 152 L.S.S.

⁶ Artículo 154 L.S.S.

⁷ Artículo 162 L.S.S.

⁸ Artículo 201 L.S.S.

Estas modificaciones también trajeron consigo que los ramos de invalidez y vida, y retiro, cesantía en edad avanzada y vejez sean manejados a través de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y no por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La parte correspondiente a las modificaciones en las cuotas obrero - patronales será tratado en el punto siguiente referente al régimen financiero del seguro social.

Por otro lado, las prestaciones sociales pueden ser:

a) Prestaciones sociales institucionales: que tiene como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, tales como, la educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios, mejoramiento de la alimentación y vivienda, impulso y desarrollo de actividades deportivas y culturales, adiestramiento y capacitación para el trabajo, centros vacacionales y de readaptación al trabajo servicios de velatorios y otros similares⁹.

b) Prestaciones de solidaridad social: comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que constituyan polos de profunda marginación tanto rural como suburbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.¹⁰

1.3 REGIMEN FINANCIERO DEL I.M.S.S. POR RAMO DE ASEGURAMIENTO

El medio por el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social capta recursos para financiar las prestaciones y los gastos administrativos, así como la constitución de las reservas técnicas, son las cuotas, mismas que pueden definirse como las cantidades de dinero calculadas sobre el salario base de cotización, que periódicamente deben pagarse a este Instituto para que pueda cumplirse con las finalidades y obligaciones contempladas en la Ley del Seguro Social.

Las cuotas del Seguro Social se conforman de las siguientes aportaciones:

- 1.- Aportaciones del patrón conocida también como cuota patronal.
- 2.- Aportaciones del trabajador conocida como la cuota obrera.

⁹ Artículo 209 y 210 L.S.S.

¹⁰ Artículo 214 y 215 L.S.S.

3.- Aportaciones del Estado Federal, conocida como cuota estatal, en su carácter de prestador del servicio público.

Los patrones y trabajadores que aporten dichas cuotas al Instituto tienen derecho a acogerse a todo lo dispuesto en la Ley del Seguro Social, es decir que las aportaciones se pagan a dicho Instituto para que él, por su parte, otorgue los beneficios contenidos en la propia ley. Las cuotas que se aportan al Seguro Social varían de acuerdo con el ramo de aseguramiento.

Cabe señalar que conforme la situación económica del país lo fue permitiendo, dichas cuotas se fueron ajustando de manera de que el Instituto se procurara de mayores recursos para el pago de sus obligaciones sociales.

De esta forma las cuotas aplicables desde marzo de 1973 hasta antes de la reforma a la ley que entró en vigor el 1° de julio de 1997 fueron las siguiente:

**TABLA 1. CUOTAS OBRERO - PATRONALES
LEY DEL SEGURO SOCIAL ANTES DE LA REFORMA**

	TRABAJADOR (CUOTA OBRERA)	PATRON (CUOTA PATRONAL)	ESTADO	TOTAL
Riesgos de trabajo (1)	No aporta	La cuota esta en función del riesgo inherente al giro de la empresa	No aporta	Cuota patronal
Enfermedades y maternidad	3.125%	8.75%	7.143% de las cuotas patronales	12.5%
Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte	2.125%	5.950%	7.143% de las cuotas patronales	8.50%
Retiro	No aporta	2.00%	No aporta	2.00%
Guarderías	No aporta	1.00%	No aporta	1.00%

Fuente: Ley del Seguro Social 1973

(1) La cuota para el ramo de riesgos de trabajo depende de la clasificación que el propio Instituto otorgue a la empresa de acuerdo con su actividad y que se relacionan en el artículo 79 de la Ley del Seguro Social de 1973. La tabla de los grados de riesgo es revisada periódicamente a fin de adaptar los riesgos inherentes a cada actividad.

Adicionalmente las empresas tendrán la obligación de revisar anualmente el grado de riesgo conforme al cual estén cubriendo sus primas, para determinar de acuerdo con sus índices de siniestralidad, por el período y dentro del plazo que señale el reglamento, si permanecen en el mismo grado de riesgo, si disminuye o aumenta.¹¹

Para efecto de la Ley del Seguro Social de 1973 se entenderá que las cuotas antes mencionadas se aplicarán sobre el salario base de cotización que perciba el asegurado en el momento de su afiliación estableciéndose como límite superior el equivalente a 25 veces el salario mínimo general del Distrito Federal y como límite inferior el salario mínimo general del área geográfica respectiva. Tratándose del ramo de I.V.C.M. el límite superior será el equivalente a 10 veces el salario mínimo general del Distrito Federal.

En virtud de los fuertes problemas económicos que aquejan al Seguro Social, esta Institución se vió en la necesidad de ajustar las cuotas para cada uno de los ramos de aseguramiento a partir del 1º de julio de 1997 como se puede observar en la Tabla 2:

**TABLA 2. CUOTAS OBRERO - PATRONALES
NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL**

	TRABAJADOR (CUOTA OBRERA)	PATRON (CUOTA PATRONAL)	ESTADO	TOTAL
Riesgos de Trabajo (1)	No aporta	La cuota esta en función del riesgo inherente al giro de la empresa	No aporta	Cuota patronal
Invalidez y Vida	0.625%	1.75%	0.125%	2.50%
Retiro, Cesantía y Vejez	1.125%	5.15%	0.225%	6.50%
Guarderías	No aporta	1.00%	No aporta	1.00%

Fuente: Ley del Seguro Social 1º julio de 1997

(1) La cuota para el ramo de riesgos de trabajo de acuerdo con el artículo 71 de la Nueva Ley del Seguro Social se determinará en un porcentaje del salario base de cotización y con los riesgos inherentes a la actividad de la negociación de que se trate, en los términos que establezca el reglamento relativo.

¹¹ Ley del Seguro Social 1973 Artículo 80

A diferencia de los otros ramos, las cuotas no se integran tripartitamente sino dichas cuotas las paga exclusivamente el patrón.

En el presente trabajo no se profundiza en las características de este ramo sino únicamente se expondrán sus características generales, por lo que, para analizar la forma en que se determina el riesgo de cada empresa, se recomienda consultar la Nueva Ley del Seguro Social en sus artículos 70 al 77.

Cabe señalar que tanto para los ramos de invalidez y vida y de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, el límite del salario base de cotización se incrementará paulatinamente, año con año, de 15 veces del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, a razón de un salario mínimo por cada año subsecuente hasta llegar a 25 veces el salario mínimo en el año 2007.¹²

El régimen financiero para el ramo de enfermedades y maternidad fue uno de los ramos que mayores cambios presentó en virtud de ser el que mayores problemas financieros presenta en la actualidad.

Este ramo se financia de la siguiente manera, de acuerdo con el artículo 106 de la Nueva Ley del Seguro Social:

- ❖ La cuota patronal diaria será equivalente al 13.9% de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal (SMGDDF).
- ❖ Para aquellos asegurados cuyo salario base de cotización supere los tres SMGDDF, el patrón cubrirá una cuota adicional a la del punto anterior equivalente al 6%.
- ❖ La cuota obrera será equivalente al 2% solo para aquellos asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a los tres SMGDDF.
- ❖ El Gobierno Federal por su parte cubrirá una cuota diaria equivalente al 13.9% de un SMGDDF, la cual se irá actualizando trimestralmente de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Sin embargo, este artículo se complementa con el décimo noveno transitorio, el cual señala que la cuota patronal base se incrementará el primero de julio de cada año en 65 centésimas de punto porcentual (0.65%), comenzando a partir del año de 1998 y hasta el año 2007.

¹² Artículo 25 transitorio de la LSS, 1º Julio 1997

Por otro lado, la cuota patronal adicional se reducirá en la misma fecha a razón de 49 centésimas de punto porcentual (0.49%) y en 16 céntesimas de punto porcentual (0.16%) la cuota obrera comenzando a partir de 1998 y hasta el año 2007.

De esta forma, las cuotas que tanto los patrones como los trabajadores deberán pagar al I.M.S.S. correspondiente al seguro de enfermedades y maternidad desde 1997 hasta el 2007 serán:

TABLA 3. CUOTAS OBRERO-PATRONALES 1997-2007 ENFERMEDADES Y MATERNIDAD

PERIODO		CUOTA PATRONAL		CUOTA OBRERA
DEL	AL	CUOTA BASE %	CUOTA ADICIONAL %	CUOTA ADICIONAL %
1º-ENERO-1997	30-JUNIO-1998	13.90	6.00	2.00
1º-JULIO-1998	30-JUNIO-1999	14.55	5.51	1.84
1º-JULIO-1999	30-JUNIO-2000	15.20	5.02	1.68
1º-JULIO-2000	30-JUNIO-2001	15.85	4.53	1.52
1º-JULIO-2001	30-JUNIO-2002	16.50	4.04	1.36
1º-JULIO-2002	30-JUNIO-2003	17.15	3.55	1.20
1º-JULIO-2003	30-JUNIO-2004	17.80	3.06	1.04
1º-JULIO-2004	30-JUNIO-2005	18.45	2.57	0.88
1º-JULIO-2005	30-JUNIO-2006	19.10	2.08	0.72
1º-JULIO-2006	30-JUNIO-2007	19.75	1.59	0.56
1º-JULIO-2007	31-DICIEMBRE-2008	20.40	1.10	0.40

Fuente: Ley del Seguro Social publicada el 21 de diciembre de 1995 en el Diario Oficial de la Federación

Para los años subsecuentes, la cuota patronal base se mantendrá fija en 20.40% y la adicional en 1.10%, y la cuota obrera adicional en 0.40%.

Cabe hacer mención que aquellos trabajadores que perciban hasta tres salarios mínimos, de acuerdo con la ley no están obligados a aportar cuota alguna para ayudar al financiamiento de este ramo.

Por otro lado, los recursos para financiar la asistencia médica de los pensionados tanto por invalidez y vida como por cesantía en edad avanzada y vejez se integran de las siguientes aportaciones:

Cuota Patronal:	1.050%
Cuota Obrera:	0.375%
Cuota Estatal:	0.075%
TOTAL :	1.500%

Así mismo, las cuotas para financiar las prestaciones en dinero del seguro de enfermedades y maternidad, se integran de la siguiente forma:

Cuota Patronal:	0.7%
Cuota Obrera:	0.25%
Cuota Estatal:	0.05%
TOTAL :	1.00%

Todas estas cuotas son sobre el salario base de cotización.

Cabe señalar que para los seguros de invalidez y vida y de cesantía en edad avanzada y vejez, el salario máximo de cotización iniciará con un límite máximo de 15 veces el salario mínimo y se irá incrementando a razón de un salario mínimo por año hasta llegar a un tope de 25 veces el salario mínimo del Distrito Federal. Para todos los demás ramos el salario máximo de cotización será de 25 veces el salario mínimo del Distrito Federal.

1.4 OBLIGACIONES DEL PATRON

De acuerdo con el artículo 15 de la Nueva Ley del Seguro Social los patrones están obligados a:

- 1.- Registrar e inscribir a sus trabajadores al I.M.S.S., así como comunicar sus altas, bajas, modificaciones de su salario y a otorgar demás datos dentro de los cinco días hábiles posteriores a su ingreso a la empresa.
- 2.- Llevar registros de nóminas y/o listas de raya que contengan el número de trabajadores con sus salarios percibidos, además de la información adicional que exija el mismo Instituto. Estos registros deben conservarse por lo menos cinco años.
- 3.- Determinar las cuotas obrero patronales a su cargo y enterar su importe al I.M.S.S.

- 4.- Proporcionar al Instituto los elementos necesarios para precisar la existencia, naturaleza y cuantía de las obligaciones a su cargo relacionadas con la presente ley
- 5.- Permitir la inspección y visitas domiciliarias que practique el Instituto con el fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley del Seguro Social.
- 6.- Para patrones que se dediquen a la construcción deberán expedir y entregar a cada trabajador constancia escrita del número de días trabajados y el salario percibido. Asimismo, deberá cubrir las cuotas obrero-patronales .
- 7.- Cumplir con los lineamientos del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
- 8.- Cumplir con todos los lineamientos de la presente Ley.
- 9.- Para el caso de trabajadores eventuales de la ciudad o el campo, expedir y entregar la constancia de los días cotizados.
- 10.- Por último, de acuerdo con el artículo 16 de la Nueva Ley del Seguro Social, los patrones que por su número de trabajadores, en términos del Código Fiscal de la Federación están obligados a dictaminar sus estados financieros por contador público deberán presentar copia del dictamen al Instituto con los anexos referentes a las contribuciones por concepto de cuotas obrero -patronales.

Para la gran mayoría de las empresas mexicanas el costo por aportación de cuotas al Seguro Social para los diferentes ramos de aseguramiento, representa un desembolso bimestral de entre un 13% a un 18% del total de la nómina pagada a sus empleados, llegando a ser en muchos de los casos una carga muy pesada. En ocasiones este costo por aportación de cuotas al I.M.S.S., entre las que se considera la cuota para el ramo de Enfermedades y Maternidad, es un costo duplicado para las empresas que otorgan a todos sus empleados o a una parte de ellos una prestación consistente en un Seguro de Gastos Médicos Mayores adquirido con una Compañía Aseguradora, en virtud de que sus empleados prefieren obtener la atención médica personalizada y en ocasiones más especializada por parte de médicos, especialistas y hospitales de servicio particular a la atención recibida por parte del I.M.S.S.

De esta forma, las empresas aportan al Seguro Social cuotas por un servicio no requerido y pagan por un seguro que en ocasiones es mayor en costo que las aportaciones al I.M.S.S.

1.5 SITUACION FINANCIERA ACTUAL DEL I.M.S.S.

Para poder analizar la situación actual del I.M.S.S. en cuanto al número de asegurados, los servicios médicos otorgados y su situación financiera, es necesario presentar las estadísticas de los últimos años en cuanto a la evolución de su infraestructura, así como al incremento del número de asegurados y por ende del comportamiento que las anteriores cifras tienen con respecto al estado de ingresos y egresos por prestaciones que ha presentado el Seguro Social a través de sus 52 años de existencia.

1.5.1 Comportamiento de la población derechohabiente del I.M.S.S.

Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social brinda servicio a más de 34 millones de trabajadores mexicanos que representa cerca del 60% de la población económicamente activa del país.

Se comenzará con el análisis del número de asegurados tanto de los trabajadores activos como del personal jubilado al cual el Instituto ha tenido que brindar asistencia los últimos 52 años.

La información presentada en el siguiente cuadro incluye tanto al personal activo eventual como al permanente, a los trabajadores que pertenecen al sector urbano y del campo, así como a los familiares de estos trabajadores. Por otro lado, se presentan las cifras correspondientes al número de pensionados y sus familiares.

Estas cifras son a partir del año de 1944 y hasta el año de 1995 de forma quinquenal a efecto de poder visualizar los incrementos en la población asegurada.

**TABLA 4. ESTRUCTURA DE LA POBLACION
DERECHOHABIENTE 1944 - 1995**

ANO	TOTAL DE DERECHO-HABIENTES	INCREMENTO QUINQUENAL	TOTAL DE PENSIONADOS (1)	INCREMENTO QUINQUENAL	RELACION PENSIONADOS - ACTIVOS
1944	355,527		0		
1950	1,049,357	82.38%	5,575	100.00%	0.57%
1955	1,576,196	61.98%	28,259	406.89%	1.79%
1960	3,360,389	113.20%	63,322	124.08%	1.88%
1965	6,815,685	102.82%	135,458	113.92%	1.99%
1970	9,772,492	43.38%	276,096	103.82%	2.83%
1975	15,907,612	62.78%	430,081	55.77%	2.70%
1980	23,387,972	47.02%	737,335	71.44%	3.15%
1985	30,095,724	28.68%	1,432,859	94.33%	4.76%
1990	36,437,985	21.07%	2,137,155	49.15%	5.87%
1995	31,465,309	-13.65%	2,858,535	33.75%	9.08%

Fuente: Memorias Estadísticas del I.M.S.S. 1973, 1995.

(1) Esta cifra considera tanto al personal pensionado como a beneficiarios

Como podrá observarse en la tabla anterior, el incremento en el número de asegurados activos es muy elevado, existen quinquenios donde la población asegurada se incrementó considerablemente, como es en los quinquenios de 1955 a 1960 donde el incremento es del 113.20% y en el quinquenio de 1960 a 1965 donde el incremento alcanza los 102.82%, esto se debe principalmente a que los servicios médicos se fueron ampliando paulatinamente a diferentes regiones de nuestro país incrementando de esta forma la cobertura de servicio del Seguro Social y por ende se incrementa el número de asegurados.

Por otro lado, existen quinquenios en donde los incrementos no son tan pronunciados, inclusive son negativos, por ejemplo en el quinquenio comprendido de 1985 a 1990 el incremento es del orden del 21.07% y del quinquenio de 1990 a 1995 existe un decremento en el número de asegurados del 13.65%, este efecto se debe principalmente a las fuertes crisis económicas por las que ha atravesado nuestro país que ocasionaron una fuerte contracción en las plazas de empleo provocado incrementos en las tasas de desempleo.

Asimismo, puede observarse que el comportamiento del número de pensionados presenta incrementos muy considerables para el Instituto, pues cuando para 1955 la relación que guardaba el número de pensionados con el número de afiliados activos era de un 1.79%, para el año de 1995 esta relación aumentó a 9.08%, lo que significa que la base cotizante que aportaba cuotas a fin de financiar las pensiones de los jubilados ha ido en descenso a

razón del envejecimiento de la población creando un problema de financiamiento para el I.M.S.S

1.5.2 Evolución de los servicios médicos otorgados y la Infraestructura del I.M.S.S.

Los servicios médicos proporcionados por el I.M.S.S. son muy variados que van desde las consultas médicas hasta estudios de laboratorio, radiografías, hospitalizaciones, partos, Intervenciones quirúrgicas, fisioterapias y radioterapias, banco de sangre, etc. Para efectos de poder visualizar el crecimiento de los servicios otorgados por el Instituto, a continuación presentamos la estadística de los servicios médicos más importantes en función de su volumen otorgado desde 1944 y hasta 1995 en forma quinquenal.

**TABLA 5. EVOLUCION DE SERVICIOS MEDICOS
PROPORCIONADOS 1944 - 1995**

AÑO	CONSULTAS MEDICAS	LABORATORIOS CLINICOS ENFERMOS ATENDIDOS	GABINETES RADIOLOGICOS ENFERMOS ATENDIDOS	HOSPITALIZACIONES NUMERO DE PACIENTES	PARTOS ATENDIDOS
1944	1,120,650	26,774	24,407	4,228	1,099
1950	5,995,185	282,900	156,705	45,561	22,107
1955	8,793,347	444,208	207,180	89,642	42,264
1960	15,748,755	964,197	362,438	221,333	92,590
1965	27,046,321	2,589,835	890,903	511,245	199,600
1970	37,428,240	3,867,645	1,352,382	837,525	338,907
1975	45,926,609	6,540,812	2,104,231	1,194,984	444,092
1980	56,568,047	8,829,612	3,733,628	1,579,701	532,041
1985	71,686,845	11,782,276	5,240,706	1,893,876	634,669
1990	78,694,007	15,171,462	6,439,941	1,799,373	710,562
1995	96,830,889	18,660,884	7,891,207	1,925,884	704,751

Fuente: Memorias Estadísticas I.M.S.S. 1973, 1995.

Como puede observarse en la Tabla 5. los servicios médicos proporcionados por el Seguro Social se han ido otorgando a un mayor número de afiliados cada año, en virtud del incremento en el número de derechohabientes y a que un mayor número de asegurados acude al Seguro Social para atenderse. Esto último se debe en gran parte al incremento en los costos de los servicios médicos privados y a las fuertes depresiones económicas que ha sufrido nuestro país en estos últimos diez años y que han afectado fuertemente la capacidad económica de la población trabajadora.

En cuanto a su infraestructura el Seguro Social ha tenido que responder al incremento tan acelerado que ha presentado el número de derechohabientes afiliados en esta Institución, como ya vimos anteriormente.

La Tabla 6 nos muestra la evolución de la infraestructura con la que cuenta el Instituto para otorgar los servicios médicos anteriores.

Cabe señalar que estas cifras consideran dentro de las unidades médicas tanto a los hospitales generales, hospitales de especialidades, clínicas y las unidades médicas, así como las unidades propias y prorrogadas, ya que no se cuenta con información separada para todos los años:

TABLA 6. EVOLUCION DE INFRAESTRUCTURA MEDICA 1960 - 1995

AÑO	UNIDADES MEDICAS	CONSULTORIOS	LABORATORIOS CLINICOS	GABINETES RADIOLOGICOS	FARMACIAS	CAMAS	QUIROFANOS
1960	666	2,295				7,109	
1963	857	3,467				11,636	286
1966	941	4,309	206	215	451	15,724	329
1970	953	4,996	202	223	450	19,602	368
1973	994	5,759	225	264	532	23,507	391
1986	1,472	10,413	350	612	526	39,334	723
1989	1,564	11,431	387	692	529	40,235	833
1992	1,717	12,829	424	754	574	42,176	891
1995	1,748	13,204	455	813	605	42,863	943

Fuente: Memorias Estadísticas I.M.S.S. 1973, 1995.

Como puede observarse claramente el Instituto Mexicano del Seguro Social ha ido adaptando su infraestructura con el transcurso de los años principalmente en el número de consultorios de atención inmediata para los asegurados, en el número de laboratorios clínicos y en el número de camas. Sin embargo, estos incrementos no han podido estar a la par con el incremento en el número de derechohabientes asegurados debido al fuerte gasto que representa para el Instituto el otorgar asistencia médica y servicio a más de treinta y un millones de asegurados y derechohabientes, de tal manera, que la capacidad y calidad de atención del Instituto no es suficiente para atender a los derechohabientes que acuden al mismo para recibir atención médica.

También es necesario mencionar, el papel tan importante que ha representado el Seguro Social para la asistencia médica del país contribuyendo en el control y prevención de enfermedades que aquejan a la población derechohabiente y mexicana en general a través de campañas de vacunación y de control de natalidad.

Uno de los grandes logros del Instituto ha sido la disminución en la mortalidad infantil que en 1945 era de cuatro fallecidos por cada diez niños nacidos vivos y que para 1980 era de cuatro fallecidos por cada cien niños nacidos vivos. Por otro lado, también contribuyó a disminuir el índice de natalidad.

La atención médica y la prevención de enfermedades llevaron a incrementar la esperanza de vida de la población que para 1943 era de 65 años y para nuestros días esta es de 73 años, es decir un incremento del 12%.

Sin embargo, todos estos logros representaron para el Instituto gastos que se fueron incrementando con el tiempo, en virtud de que al disminuir la tasa de mortalidad infantil y al incrementarse la esperanza de vida, el número de derechohabientes que atendía el Seguro Social era cada vez mayor, cambiando de esta forma la estructura demográfica de la población asegurada.

Así mismo, existen factores adicionales que intervienen en el incremento de la atención médica otorgada, tales como la mala alimentación, vicios como el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción que han ido en aumento, incremento en lesiones y accidentes a causa de la inseguridad a nivel nacional y la aparición de nuevas enfermedades tales como el SIDA cuyo tratamiento es costoso y muy prolongado.

1.5.3 Estado de ingresos y egresos por ramo de aseguramiento.

Después de haber analizado los factores que influyen en la situación actual del Seguro Social como son el incremento en el número de afiliados, los servicios médicos otorgados y la infraestructura médica actual, en el presente apartado se presenta el estado de ingresos del Instituto por concepto de cuotas, productos e inversiones y otros ingresos para cada uno de los ramos de aseguramiento, en comparación con el estado de egresos por concepto de prestaciones en especie, prestaciones en dinero (incluyendo pensiones e indemnizaciones), gastos de provisión, de administración y otros gastos.

Lo anterior nos permitirá visualizar más fácilmente la problemática financiera que enfrenta hoy en día el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**TABLA 7. ESTADO DE INGRESOS Y EGRESOS
POR RAMO DE ASEGURAMIENTO
1966 - 1989
(MILES DE PESOS)**

AÑO	RIESGOS DE TRABAJO		ENFERMEDADES Y MATERNIDAD		INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE	
	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS
1966	\$604	\$510	\$2,639	\$3,596	\$1,879	\$544
1967	\$661	\$558	\$2,970	\$3,860	\$2,011	\$627
1968	\$723	\$631	\$3,463	\$4,493	\$2,199	\$791
1969	\$814	\$713	\$3,637	\$4,782	\$2,528	\$1,014
1970	\$951	\$853	\$4,332	\$5,797	\$2,994	\$1,213
1971	\$1,189	\$1,001	\$5,678	\$6,623	\$3,920	\$1,461
1972	\$1,378	\$1,179	\$6,489	\$7,850	\$4,468	\$1,715
1973	\$1,608	\$1,523	\$7,464	\$8,878	\$5,186	\$2,475
1974	\$2,252	\$2,047	\$10,454	\$12,159	\$7,151	\$3,335
1975	\$2,775	\$2,697	\$13,110	\$15,634	\$8,497	\$4,598
1976	\$3,505	\$3,623	\$17,125	\$21,314	\$11,579	\$6,026
1977	\$4,512	\$4,850	\$22,548	\$28,084	\$15,271	\$7,696
1981	\$17,810	\$15,584	\$70,288	\$78,795	\$48,716	\$25,392
1982	\$34,127	\$27,147	\$111,599	\$129,036	\$79,317	\$44,845
1983	\$43,790	\$48,295	\$166,072	\$213,456	\$121,755	\$76,841
1984	\$61,616	\$74,128	\$271,532	\$336,474	\$180,468	\$110,975
1985	\$112,066	\$129,465	\$462,508	\$522,892	\$312,662	\$194,637
1986	\$184,937	\$219,463	\$807,636	\$830,761	\$525,933	\$449,120
1987	\$458,766	\$512,896	\$1,841,748	\$1,975,439	\$1,182,975	\$1,045,037
1988	\$800,222	\$945,722	\$3,762,577	\$4,902,155	\$2,543,571	\$1,440,644
1989	\$1,110,607	\$1,291,541	\$6,614,214	\$5,721,788	\$3,428,227	\$4,066,195

Fuente: Memorias Estadísticas I.M.S.S., 1973,1995.

Considerando la suma de ingresos por ramo de aseguramiento comparado contra los egresos de los tres ramos, en términos generales, se presenta un superávit en casi todos los años a excepción de 1983, 1984, 1987 y 1988 por la fuerte recesión económica por la que atravesó nuestro país.

Como podemos observar en la Tabla 7, para el ramo de riesgos de trabajo, se presenta un déficit en los años de 1976 y 1977 y a partir de 1983 este déficit se hace creciente año con año.

Por otro lado, el ramo de enfermedades y maternidad ha presentado desde hace varios años un déficit entre los ingresos por concepto de cuotas y los egresos por concepto de servicios otorgados y prestaciones en dinero, por lo que podría suponerse que las cuotas aportadas a este ramo han sido ajustadas de manera insuficiente por más de treinta años y no compensan los gastos cada vez mayores que tiene que afrontar el Seguro Social.

La exposición de motivos de la Nueva Ley del Seguro Social señala que a pesar de la evolución de la cuota de Enfermedades y Maternidad, ésta ha sido insuficiente, lo cual se explica por la expansión de los beneficios y al incremento en los costos de los servicios otorgados. La cuota inicial para este ramo fue del 6% calculada con el fin de dar atención únicamente a los trabajadores protegiendo también a los familiares directos. Después se incrementó a 8% en 1948 y a 9% en 1959. Después de treinta años en 1989 se elevó a 12% y en julio de 1993 a 12.5% del salario base de cotización, y amplió el tope máximo de 10 a 25 salarios mínimos.

Otros de los factores señalados como las causas del desfinanciamiento de este ramo es que se aseguró a grupos de trabajadores que por su situación económica no se les descontaban cuotas y que sin embargo representaban un gasto adicional para el Instituto.

Por otro lado, se tiene el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y muerte que desde sus inicios ha presentado un superávit.

De esta forma podría suponerse que tanto el ramo de riesgos de trabajo como el de enfermedades y maternidad se han ido subsidiando en gran parte con el superávit en el ramo de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, lo que originará problemas mayores en el futuro al verse mermado el fondo para el pago de las pensiones que por razones obvias el numero de pensiones será cada vez mayor al ir envejeciendo la población asegurada.

Así se confirma lo que se señala en la exposición de motivos de la Nueva Ley del Seguro Social del 1º de Julio de 1997 que a la letra dice:

“ Durante la trayectoria institucional de cinco décadas, se han efectuado transferencias de recursos entre los distintos ramos de aseguramiento, muy especialmente de los ramos de I.V.C. M. y Guarderías para apoyar al de Enfermedades y Maternidad, el cual ha operado prácticamente desde su inicio con déficit financiero. El ramo de I.V.C.M., por tanto, no

cuenta con las reservas líquidas necesarias, además que el ramo de Enfermedades y Maternidad fue omiso en retribuir la renta correspondientes por las inversiones hechas en su favor."

1.6 INSTITUCIONES MEDICA DE ASISTENCIA PRIVADA

Adicional al Instituto Mexicano del Seguro Social, en nuestro país existen instituciones que otorgan el servicio médico a sus empleados como se comentó al inicio de este capítulo.

Los más importantes por el número de personas a las que otorgan esta cobertura son:

- I.S.S.S.T.E. que otorga el servicio médico para los servidores públicos.
- I.S.S.F.A.M. para los empleados de las fuerzas armadas coordinado por la Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.
- Petroleos Mexicanos.
- El Departamento del Distrito Federal.
- La Secretaría de Salud Pública, entre otros.

Por otro lado, existen otros recursos y alternativas para recibir atención médica para la población que no cuenta con estos servicios, e incluso para aquellos que aún contando con esta prestación prefieren una atención medica más especializada y en ocasiones más personalizada, debido en gran parte a los problemas que presentan algunas de las anteriores instituciones y en el caso que nos compete el I.M.S.S. por las causas expuestas en este capítulo.

Esta atención es otorgada a través de Instituciones privadas de asistencia médica.

El desarrollo de la medicina privada en nuestro país se originó a partir de la Revolución Mexicana con el desarrollo de la práctica médica, en donde el Estado asumió las actividades de sanidad, asistencia social y beneficencia pública realizando grandes inversiones económicas en estos proyectos.

De esta forma el desarrollo de la medicina privada se fue dando paulatinamente en nuestro país adaptando los avances de la ciencia y la tecnología incrementándose así el número de establecimientos donde se otorgaba la asistencia médica.

Estudio de la conveniencia de la reversión de cuotas del Seguro Social a las empresas privadas

	1930	1933	1936	1939	1944	1954
Hospitales públicos	262	313	496	912	1,220	1,275
Hospitales privados	156	163	335	393	463	570
Totales	418	476	831	1,305	1,683	1,845
% de hospitales privados	37.30%	34.20%	40.30%	30.10%	27.50%	30.90%

Fuente: Secretaría de Salud Pública.

Para 1943 surge el Instituto Mexicano del Seguro Social, que contribuyó considerablemente a la atención médica incrementando las consultas externas otorgadas en más de un 500% en menos de 10 años.

A partir de 1954, el número de hospitales privados tienden progresivamente a disminuir. Para 1964 de 2,026 establecimientos de salud en el país el 79.6% correspondían a hospitales públicos y el 20.4% a hospitales privados. Lo anterior se debe principalmente a un proceso de monopolización y que llevó a los sanatorios a competir con los grandes hospitales de capital nacional y extranjero y con el propio sistema de Seguridad Social.

En México la medicina privada, entendida como la prestación de servicios a personas físicas o morales, de acuerdo a las condiciones convenidas entre los prestadores de servicios y los usuarios y a las disposiciones legales vigentes, no ha tenido una participación activa y concentrada en la planeación y desarrollo del Sector Salud. No obstante se le considera como un componente importante en la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

La medicina privada proporciona servicios al 5% de la población y tiene alrededor del 20% de camas hospitalarias, sin embargo, la realidad es que hasta antes de 1991 no se conocía con precisión la cobertura, el número de establecimientos que la componían, así como los recursos humanos, físicos y tecnológicos de que disponía debido a la falta de un programa que censara este tipo de instituciones y que permitiera conocer, de forma tangible, su evolución y desarrollo.

Todavía hasta entonces, se desconocía el efecto real que el sector privado tenía en la prestación de servicios de salud en el país, en virtud de no contarse con información veraz y actualizada sobre sus recursos, la capacidad instalada y los servicios otorgados.

Dado que, realizar un censo de todas las unidades médicas privadas del país representa un costo elevado y una inversión de tiempo importante, el primer estudio que se realizó de este tipo se llevó a cabo a través de la Secretaría de Salud Pública únicamente en los estados de Guadalajara, Monterrey y en el Distrito Federal en virtud de que son los estados con el mayor número de recursos materiales y humanos que otorgan este tipo de servicios.

Los resultados obtenidos del censo levantado en 1991 por la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, en su Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación muestran información que a la vista no resulta coherente ni confiable para efectos de comparación con los años subsecuentes.

Las estadísticas para los años de 1992 a 1996 se muestran en la Tabla 8:

**TABLA 8
RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS
MEDICINA PRIVADA**

	1992	1993	1994	1995	1996
Médicos	33,621	46,163	50,575	55,124	50,411
Consultorios	8,349	9,684	6,619	6,584	6,948
Camas	30,707	33,937	33,702	34,496	34,601
Quirófanos	2,863	1,572	2,363	2,558	2,831
Laboratorios de Análisis clínico	803	612	554	614	607
Gabinetes radiológicos	503	n.d.	765	806	897
Unidades médicas:	1,790	2,723	2,784	2,816	2,945
a. Clínicas	1,450	2,173	2,260	2,247	2,316
b. Sanatorios	174	295	277	325	331
c. Hospitales	103	165	165	155	203
d. Centros Médicos	63	90	82	89	95
Bancos de Sangre	n.d.	33	193	153	179
Farmacias	710	n.d.	933	1,063	1,061
Ambulancias	n.d.	n.d.	219	217	226

Fuente: Secretaría de Salud
n.d.: no disponible

TABLA 9
SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS
MEDICINA PRIVADA
(Número de personas atendidas)

	1992	1993	1994	1995	1996
Consultas externas generales	n.d.	n.d.	1'827,075	1'827,599	2'363,707
Consultas externas especialidades	n.d.	n.d.	2'899,477	2'817,334	3'335,595
Medicina preventiva	n.d.	n.d.	39,681	32,186	66,686
Exámenes de diagnóstico	n.d.	n.d.	3'046,085	2'860,077	3'146,458
Análisis clínico	n.d.	n.d.	1'749,566	1'484,163	1'612,355
Radiologías	n.d.	n.d.	801,229	816,796	899,798
Partos atendidos	n.d.	n.d.	124,972	119,813	127,689

Fuente: Secretaría de Salud
n.d.: no disponible

La información estadística sobre los recursos materiales y humanos y de los servicios médicos otorgados por las Instituciones de asistencia privada es muy escasa en virtud de que ésta se empezó a recavar a partir de 1992 y de manera más formal y completa a partir de 1994.

Resulta difícil concluir la evolución de estos servicios dada la escasa información, sin embargo, puede apreciarse que su desarrollo es relativamente lento ya que tanto los recursos materiales con los que cuenta este sector como el número de personas que reciben la asistencia médica de él se incrementa muy poco año con año e incluso presenta incrementos y decrementos irregulares durante los años de estudio.

Actualmente el desarrollo de la medicina privada se encuentra en una situación difícil dada la profunda y prolongada crisis económica que vive el país y que acarrea problemas financieros tanto para los prestadores de servicios como para sus usuarios.

Con respecto a los costos de los servicios de asistencia privada estos tienen incrementos y variaciones de acuerdo al tipo de hospital y plusvalía que este representa, por lo que determinar un promedio de los costos de todas las instituciones del sector privado resultaría poco representativo de la realidad dadas las fuertes variaciones que existen de una institución a otra.

En la actualidad estos servicios médicos de asistencia privada se otorgan a través de la atención directa o a través de redes médicas contratadas con Compañías Aseguradoras.

El mercado asegurador por su parte ofrece diversos planes de aseguramiento en función de las necesidades y posibilidades del contratante. Ofrecen planes de servicio médico tanto para las empresas a través de la contratación de una Póliza de Gastos Médicos Mayores, como para las familias a través de la contratación de una póliza familiar o individual. Estos planes ofrecen montos variados de Sumas Aseguradas que pueden ir desde \$100,000 hasta más de \$1'000,000 con la sola requisición de un certificado médico. La Suma Asegurada se define como la cantidad máxima que puede llegar a reclamar el asegurado por algún padecimiento, enfermedad o accidente sufrido durante la vigencia de dicha póliza, siempre y cuando esté cubierto por el contrato de seguro.

Los padecimientos y enfermedades cubiertas pueden ser tan amplias o limitadas como lo desee el contratante, lo que encarece o abarata dicho seguro. Este tipo de productos tienen un costo anual para el asegurado o contratante (en este caso el patrón) en función de la edad de los asegurados y el sexo.

Las pólizas de Gastos Médicos Mayores comparten parte del gasto incurrido con el asegurado de tal manera que, a excepción de un accidente donde si se indemniza el total de los gastos, el asegurado recibe como indemnización entre un 90% y un 50% de los gastos totales efectuados.

Este tipo de contratos cuentan con una serie de exclusiones en virtud de que el seguro de Gastos Médicos Mayores solo cubre aquellos padecimientos, accidentes o enfermedades en los que no haya tenido que ver la conducta del asegurado. De esta forma, el seguro tiene por objeto proteger al asegurado de aquellos eventos fortuitos, violentos e inesperados que puedan representarle un desembolso considerable de dinero, y por otro lado no ofrecen servicios de prevención de riesgos para la población asegurada.

Actualmente el mercado asegurador en este tipo de productos se ha incrementado considerablemente en los últimos diez años, lo que ha permitido que existan una gran cantidad de Compañías Aseguradoras que ofrecen productos muy variados y novedosos.

La administración de este tipo de seguros consiste en constituir una reserva común con las primas de varios asegurados, de tal manera que las primas pagadas por unos sirvan para el pago de los siniestros sufridos por otros.

Las Instituciones bancarias debido al convenio de subrogación de servicios y reversión de cuotas, hoy en día ofrecen el servicio médico a sus empleados a través de una red de prestadores médicos que cuenta con hospitales, médicos, consultorios y laboratorios en toda la República Mexicana sin costo para los empleados activos y jubilados, así como para sus familiares, como se verá en el siguiente capítulo.

Este tipo de redes médicas ya han sido manejadas en otros países como es el caso de Estados Unidos y Chile. En el siguiente apartado hablaremos un poco sobre las redes médicas existentes en Estados Unidos llamadas comúnmente como Health Net's .

1.6.1 Redes médicas en los Estados Unidos de Norteamérica (HMO's).

En los Estados Unidos de Norteamérica, el sistema de salud para las personas consistió durante muchos años en la atención otorgada por doctores, a los cuales se les pagaban honorarios directamente por medio del paciente. Posteriormente surgieron empresas que ofrecían seguros de cobertura para gastos médicos y de hospital, lo que originó que el servicio médico se convirtiera en un negocio muy importante y para los años ochentas surgieron en todo el país organizaciones para el mantenimiento de la salud conocidos como Health Maintenance Organizations (HMO's) que consisten en organizaciones de membresía que varían según su estructura.

Estas organizaciones contratan doctores y otros profesionales de la salud con salarios fijos para que atiendan a los miembros que pagan sus cuotas, en una especie de clínica, otros sin embargo, contratan doctores privados que atienden en sus propios consultorios.

Las HMO's son en la actualidad uno de los planes de salud más utilizados por la gente en los Estados Unidos de Norteamérica. Es un plan para el cuidado de la salud cuyo trato está basado en un arreglo y un monto prepagado. El costo de los servicios médicos a través de este tipo de planes se han llegado a reducir considerablemente, de esta forma los patrones pagan mensualmente a estas organizaciones un cierto monto de dinero para el cuidado de la salud de sus empleados. Si el costo de un servicio médico representa un costo más alto para la HMO que lo pagado, entonces esta perderá, de lo contrario tendrá una ganancia. Estas organizaciones fueron creadas con el fin de intentar reducir el costo creciente de los servicios médicos.

Actualmente se está reconsiderando la posibilidad de que los pacientes sean tratados por médicos que no pertenecen al sistema, solo si el médico acepta la forma de reembolso del

sistema y, por otro lado, un nuevo servicio de emergencia que permite que se reembolse a los médicos que prestan el servicio aunque no tenga contrato con el HMO del paciente.

Hoy en día, las ocho mayores Compañías de Seguros de los Estados Unidos de Norteamérica son propietarias del 45% de las HMO's de este país y las 10 principales aseguradoras atienden al 44% de los pacientes que forman parte de estos sistemas a nivel nacional.

Otras organizaciones de iguales características pero de menor importancia son: Preferred Provider Organization (PPO's), y Comprehensive Health Plans (CHP's) que también otorgan planes prepagados diseñados para abaratar los costos del cuidado médico.

Las HMO's ofrecen ciertos servicios de atención básica a la salud, aunque los servicios específicos ofrecidos varían de una a otra. No cubren por lo general ningún tratamiento experimental o de investigación, o las visitas con acupunturistas y padecimientos psiquiátricos. Por otro lado, estas organizaciones no realizan por sí solas investigaciones médicas, sino que contratan gente de organizaciones especializadas para llevar a cabo investigaciones de este tipo.

1.6.2 Expectativas del servicio médico privado en México.

En nuestro país ya se están llevando a cabo inversiones por más de 300 millones de dólares para la compra o construcción de hospitales, debido a la expectativa de subrogar los servicios de salud del I.M.S.S. y a la necesidad de empresas aseguradoras de tener sus propias unidades médicas.¹³

Entre los grupos de inversionistas se encuentran Grupo IUSA asociado con Harvard Health, Grupo Pulsar, con los hospitales de Médica Sur y Hospital los Angeles, Abel Vázquez Raña con el Hospital Metropolitano y el Hospital ABC y Grupo Nacional Provincial.

Inicialmente se espera que estos servicios se otorguen en el centro del país y posteriormente conforme el proyecto funcione se extenderán a otros estados de México. Se comenta que el I.M.S.S. continuará otorgando sus servicios normales y las nuevas instituciones prestarán servicios adicionales a los derechohabientes del mismo. Se estima que el costo de los servicios médicos serán de \$2,500 al año por derechohabiente y de \$5,000 por cobertura familiar.

¹³ Periódico el Universal, Secc. Finanzas, martes 16 de junio 1998

Ante estas expectativas las dos grandes aseguradoras de nuestro país tales como Seguros Comercial América, S.A. de C.V. y Grupo Nacional Provincial, S.A., están interesadas en invertir en hospitales para atender a sus propios clientes, y otros grupos ante la expectativa de que el I.M.S.S. subrogue sus servicios.

De lo anterior podría esperarse que una red médica en nuestro país puede tener éxito en el panorama actual de la salud y que los médicos, al igual que sucede en los Estados Unidos de Norteamérica, mantengan el costo al igual que la calidad de la atención en sus pacientes.

CONCLUSIONES

El Seguro Social ha sido desde su creación en 1943 hasta nuestros días una institución que ha tenido grandes logros en beneficio de la población trabajadora de nuestro país.

No puede negarse que el papel que ha desempeñado preservando y promoviendo el bienestar y la salud de la población lo ha colocado como la institución que prevé de asistencia médica al mayor número de personas.

Sin embargo, el Instituto se ha visto afectado por numerosos errores que ha venido acumulando a lo largo de su existencia al grado de requerir de manera urgente una reforma a su legislación y un control en su administración tanto de su plantilla trabajadora como de sus recursos materiales.

Muchos han sido los factores que han repercutido en sus finanzas, tales como la marcada disminución en sus ingresos a causa de la seria recesión económica del país que ha aumentado la morosidad de los patrones y la evasión del pago de cuotas; así como el desempleo y el incumplimiento del Estado en sus obligaciones.

Por otro lado, los egresos se incrementan por mayor precio y el incremento en la plantilla institucional ha disminuido marcadamente la eficiencia operativa a causa de las limitaciones materiales en los centros de atención y ha disminuido el rendimiento del personal al mismo tiempo que se presenta una mayor demanda de servicios por aquellos trabajadores que antes no utilizaban los servicios institucionales y que al disminuir sus ingresos dejan de utilizar los servicios privados.

Sin embargo, el I.M.S.S. muy a pesar de sus grandes deficiencias atiende al mayor número de personas en el país y lo seguirá llevando a cabo ya que su función principal es la de solidaridad con las personas de menores recursos descartándose por el momento toda idea de privatización.

Hasta el momento, los servicios médicos que otorgan las instituciones privadas han tenido un desarrollo más lento que el Seguro Social y su capacidad de atención no es la suficiente para reemplazar a esta institución, sin embargo, conforme se abran mayores alternativas se llevará a cabo una participación de los dos sectores, dejando a un lado la idea de monopolizar el servicio médico y de esta forma se abrirán las puertas a la competencia que traerá consigo una variedad de alternativas, quizás a un costo más razonable, mejor calidad en el servicio y atención oportuna.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- EL SISTEMA DE PENSIONES EN MÉXICO DENTRO DEL CONTEXTO INTERNACIONAL, Macías Santos Eduardo y otros autores, Instituto de proposiciones estratégicas, México, D.F. , 1993, Pp: 1,2,3
- 2.- LEY DEL SEGURO SOCIAL - Reglamentos y acuerdos complementarios, I.M.S.S., Berbera editores 1994.
- 3.- LEY DEL SEGURO SOCIAL , I.M.S.S. coordinación general de comunicacion social 1995, México, D.F.
- 4.- MEMORIAS DE LABORES DE 1963 – Datos estadísticos, I.M.S.S. dirección general, México, D.F., octubre 1964. Pp: 44 – 63, 67,68, 81, 86.
- 5.- MEMORIAS DE LABORES 1962 – Datos estadísticos, I.M.S.S. dirección general, México, D.F., agosto 1963, Pp: 12 – 34.
- 6.- MEMORIAS ESTADISTICAS 1973– Datos estadísticos, I.M.S.S. dirección general, México, D.F., 1974 Pp: 27, 29-31, 57, 99-102, 114,115.
- 7.- MEMORIAS ESTADISTICAS 1995 – Datos estadísticos, I.M.S.S. dirección de finanzas y sistemas contraloría general; México, D.F., marzo 1996, Pp: 41, 42 113 – 115, 332 – 336, 339 – 342.
- 8.- DIRECCIÓN DE INTERNET, NAVEGADOR ALTAVISTA <http://www.psych.med.umich.de/web/aacap>, Amercian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, E.E.U.U. 1996.
- 9.- WEBMASTER AS SK VISION INTERNET SERVICES, Missouri Digital News, KBIA-FM, 1996.
- 10.- Periódico el Universal Gráfico, Cruz, Osiel, Sección de Finanzas, México, D.F. 16 de junio 1998.
- 11.- SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL SIGLO XXI, Ruiz Durán Clemente, Fundación Luis Donaldo Colosio, A.C., editorial Diana, México, D.F. 1997, Pp: 427, 428.

- 12.- PERSPECTIVAS EN SALUD PUBLICA No. 6. Estudio sobre los recursos y la prestación de Servicios Médicos privados en el D.F., Guadalajara y Monterrey-Instituto Nacional de Salud Pública-Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, marzo 1988.
- 13.- ENCUESTA DE UNIDADES MEDICAS CON HOSPITALIZACION, MEDICINA PRIVADA -Subsecretaría de Coordinación y desarrollo, Dirección General de estadística, informática y evaluación, México, D.F., 1991, 1992.
- 14.- RECURSOS FISICOS MATERIALES Y HUMANOS 1993- Subsecretaría de Coordinación y desarrollo, Dirección General de estadística, informática y evaluación, México, D.F. 1993.
- 15.- RECURSOS Y SERVICIOS SISTEMA NACIONAL DE SALUD-Boletín de información estadística No. 14, Vol. I, Septiembre 1995.
- 16.- RECURSOS Y SERVICIOS SISTEMA NACIONAL DE SALUD-Boletín de información estadística No. 15, Vol. I, Septiembre 1996.
- 17.- RECURSOS Y SERVICIOS SISTEMA NACIONAL DE SALUD-Boletín de información estadística No. 16, Vol. I, Septiembre 1997.

*El mérito de todo éxito es que
Uno se vence a sí mismo*

A. J. Cronin

CAPÍTULO II

LA REVERSIÓN DE CUOTAS DEL SEGURO SOCIAL.

Objetivo:

Presentar los lineamientos bajo los cuales se elaboró el proyecto de subrogación de servicios y su similitud con los convenios de reversión de cuotas existentes entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y las Instituciones Financieras pertenecientes a la Asociación Mexicana de Bancos, y a través de las estadísticas presentadas por dichas instituciones poder llevar a cabo una estimación con respecto al comportamiento de los costos de los servicios médicos privados y la relación que estos guardan con el índice de precios al consumidor (I.N.P.C.).

2.1 CONCEPTO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS CON REVERSIÓN DE CUOTAS Y SUS ANTECEDENTES

La reforma del I.M.S.S., como pudo verse en el Capítulo anterior, no solo implica modificaciones a las cuotas de sus ramos de aseguramiento, si no que la reforma también se enfoca a un cambio estructural en la manera en que se prestarán los servicios de salud.

Este cambio tiene como finalidad elevar los niveles de eficiencia y equidad a través de la generación de esquemas donde exista una participación competitiva entre el sector público (I.M.S.S., gobierno) y el sector privado (instituciones médicas privadas).

Dentro de los principios de la reforma, según Carlos Cruz Rivero, funcionario de la Secretaría de Salud, se menciona como aspecto importante la no privatización del sistema de Seguridad Social, y que esta reforma no implicará nuevos incrementos en las contribuciones obreras y patronales a fin de conseguir un desarrollo en el Seguro Social sobre la base de un esquema financiero sano.

La Seguridad Social se ve presionada por las demandas de atención tanto en calidad como en cantidad por parte de sus asegurados, así como la forma de prestar los servicios de salud que requieren de una mayor eficiencia. Estas presiones reflejan la necesidad de modernizar la forma de otorgar el servicio, a optimizar la utilización de recursos, disminuir y controlar los costos de atención tanto para el sistema público como para el privado, y fomentar nuevos esquemas de participación entre el sector público y el privado a fin de resolver nuevas demandas a partir de la competencia en términos de calidad y costos.

Lo anterior solo se logrará si el I.M.S.S. fomentara una mezcla pública y privada que garantice niveles óptimos de atención a la salud. Esta mezcla consiste en que con fondos públicos provenientes de las cuotas obrero-patronales aportadas al I.M.S.S. se pueda prestar servicios en instalaciones privadas a través de cualquiera de los dos esquemas siguientes:

1. La demanda de servicios subrogados del I.M.S.S al sector privado.- Esta aplicaría en los casos donde, por razones geográficas, económicas o sociales, es más costoso otorgar el servicio directamente por el Instituto que demandar un servicio subrogado.
2. El esquema de subrogación de servicios con reversión de cuotas.

En la actualidad la subrogación de servicios y la reversión de cuotas representa menos del 4% de la forma de prestar servicios de salud a la población derechohabiente, su importancia

se encuentra en que son instrumentos que al ser utilizados en forma adecuada pueden reflejar una mayor eficiencia, calidad y equidad en la prestación de servicios.

En la medida que estos esquemas se basen en parámetros específicos de calidad, control y costos transparentes, así como la utilización adecuada de los recursos y la posibilidad de elección por parte de los usuarios, se irán abriendo mayores oportunidades por la expansión de los mismos.

La atención médica por parte del Seguro Social podría optar por diferentes esquemas que le faciliten la prestación del mismo, tales como:

1. Continuar como hasta nuestros días ha venido funcionando a través de la aportación de cuotas del régimen obligatorio.
2. Subrogar al sector privado el servicio médico y revertir las cuotas obrero-patronales: subrogar sus instalaciones al sector privado en virtud de que cuenta con tecnología avanzada y gran capacidad instalada.
3. Y por último, que el sector privado otorgue el servicio privado directamente a los derechohabientes: bajo este esquema el papel del Instituto sería el de agente regulador del mercado privado. El sector privado deberá controlar sus costos en relación a los parámetros de costos impuestos por el Régimen Obligatorio del I.M.S.S. y sus estándares de calidad, supeditándose a la normatividad en la materia emitida por el I.M.S.S.

Lo anterior tiende a conseguir una mayor coparticipación pública y privada, en donde el Estado a través del I.M.S.S. se reserve funciones fundamentales como el financiamiento, regulación, supervisión de calidad y costos de servicio ofrecidos a sus derechohabientes.

El esquema de subrogación deberá ser evaluado permanentemente en función de la calidad de la atención de los costos. En relación con las variaciones que estos parámetros muestren dentro de otras alternativas, contando con la facilidad permanente de regresar al esquema inicial o subrogar a una opción mejor cuando sea pertinente.

En la subrogación deberá mantenerse los principios de legalidad, solidaridad, equidad, calidad, universalidad y transparencia. Lo anterior implica que los servicios sean homogéneos y equivalentes en naturaleza y cuantía a los proporcionados por el I.M.S.S., que los convenios de subrogación celebrados sean homogéneos y que el acceso sea universal sin discriminación.

De acuerdo con el proyecto de reglamentación de subrogación de servicios existente hasta este momento, se definen los siguientes conceptos que servirán de introducción para el presente capítulo.

2.1.1 Conceptos

Convenio de subrogación de servicios con reversión de cuotas:

Es el acuerdo de voluntades entre el Instituto y el patrón por medio del cual éste, sea directamente, o a través de empresas o entidades especializadas, se obliga a otorgar al asegurado y a sus beneficiarios las prestaciones en especie y subsidios de los seguros de enfermedades y maternidad, de riesgos de trabajo y del ramo de guarderías, según corresponda.

Reversión de cuotas:

Es el mecanismo financiero a través del cual el Instituto reintegra al patrón una parte (o la totalidad) de la cuota patronal u obrero-patronal cuando éste, sea directamente o a través de empresas o entidades especializadas, se hace responsable de la prestación del servicio que se subroga.

2.1.2 Antecedentes

La opción de la reversión de una parte de las cuotas patronales y obreras aparece desde los inicios de la Ley del Seguro Social en 1943 mencionada en el artículo 97 en el capítulo correspondiente al seguro de enfermedades y maternidad que a la letra dice:

Artículo 97.- " El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados, en cualquiera de las siguientes formas:

III.- Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolso. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

En todo caso, las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere y a sujetarse a las instrucciones, normas

técnicas, inspecciones y vigilancias prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan."

Por otro lado, en el capítulo correspondiente al seguro de guarderías para hijos de asegurados en su artículo 192 se mencionaba que:

"El Instituto podrá celebrar convenios de reversión de cuotas o subrogación de servicios, con los patrones que tengan instaladas guarderías en sus empresas o establecimientos, cuando reúnan los requisitos señalados en las disposiciones relativas."

Como podrá notarse, la ley ya contemplaba la posibilidad de llevar a cabo la reversión de cuotas tanto para el ramo de enfermedades y maternidad como para el seguro de guarderías; sin embargo, no existía ninguna disposición o reglamento que delimitara el manejo, administración, funcionamiento y control de dichos convenios, de lo cual se concluye que esta alternativa no fue considerada como viable para muchas de las empresas, excepto para las instituciones bancarias que llevaron a cabo un convenio específico con el Instituto.

La nueva Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 21 de diciembre de 1995 trata de dar mayor importancia a esta alternativa con el fin de presentarla más atractiva y por ende más viable para las empresas.

La exposición de motivos de esta nueva Ley que entró en vigor el 1º de julio de 1997 señala que:

"La iniciativa establece bases claras para la suscripción de convenios de reversión de cuotas, los cuales están desde la Ley del Seguro Social de 1943. Estos, que han existido desde los orígenes del Instituto, no contaban con la precisión y certidumbre jurídica requerida fijándose ahora los principios que le garantizan protección total al trabajador. Asimismo, se establece un mecanismo para que con transparencia y sin discrecionalidad, las empresas puedan acceder a este tipo de convenios siempre en beneficio de sus trabajadores y sin poner en riesgo el equilibrio financiero del Instituto."

El Consejo Técnico del IMSS es el órgano encargado de elaborar y emitir el reglamento de subrogación de servicios mediante el cual las empresas podrán gestionar a dicho Instituto la reversión de las cuotas (que hasta el momento, podrá ser solamente una parte de las mismas) obrero - patronales.

Este reglamento continúa siendo un proyecto que está siendo elaborado por abogados externos autorizados por el Instituto con apoyo del Comité de Seguridad Social del Consejo Coordinador Empresarial y de asesores internos y externos del Seguro Social.

2.2 PROYECTO DE REGLAMENTO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS DEL I.M.S.S.

Este proyecto de reglamento tiene por objeto presentar los ordenamientos de la prestación indirecta de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en términos de la Ley del Seguro Social (artículos 89 y 213), a través de la celebración de convenios de subrogación de servicios.

Este proyecto de reglamentación esta constituido de los siguientes apartados:

❖ Título primero: Disposiciones generales. Compuesto de un capítulo único que comprende las definiciones de conceptos manejados durante todo el documento, tales como :

- I. Convenio de Subrogación de Servicios,
- II. Convenio de Subrogación de Servicios con Reversión de Cuotas,
- III. Reversión de cuotas,
- IV. Servicios de guarderías,
- V. Servicios de atención Integral de riesgos de trabajo,
- VI. Servicios de atención integral de la salud,
- VII. Prestador de servicios,
- VIII. Administradora de servicios.

❖ Título segundo: De las facultades y obligaciones tanto del Instituto como del patrón: En dicho título se hace mención a los siguientes aspectos:

Obligaciones del Instituto:

- a. El Comité Técnico del Instituto es el órgano facultado para la celebración de convenios de subrogación de servicios con o sin reversión de cuotas.

- b. Le otorga la facultad al Instituto para vigilar, inspeccionar, supervisar y evaluar directamente o a través de instancias externas la eficiencia de los servicios subrogados. Asimismo, podrá convenir con los patrones la subrogación integral de servicios y subsidios con la reversión de una parte (o la totalidad) de la cuota patronal y obrera-patronal; y con el fin de garantizar la continuidad de la atención integral de los trabajadores y sus beneficiarios puede fungir como oferente de los servicios de salud estableciendo un cobro a precios de mercado que deberá cubrir el patrón o empresa a quien el Instituto brindó el servicio.
- c. La totalidad de los trabajadores y sus beneficiarios tendrán acceso a los mismos servicios de salud y de guarderías. En caso de incumplimiento de las obligaciones por parte del patrón o empresa podrán acudir a las áreas de atención y orientación al derechohabiente del Instituto para denunciar dichas irregularidades.
- d. El Instituto no será responsable ni de los contratos de trabajo que tengan las empresas con los prestadores de servicios, ni de las acciones resultantes de mala práctica, negligencia, ni reparación de los daños a la salud.
- e. La calificación de los Riesgos de trabajo y de las incapacidades serán realizados exclusivamente por el personal médico del Instituto, para lo cual los patrones deberán dar aviso de los accidentes y enfermedades de trabajo dentro de las primeras 48 horas inmediatas.

Obligaciones del Patrón:

- a. Para la celebración del convenio el patrón deberá contar con:
 - 1. La anuencia del sindicato o en su caso, de la mayoría de los trabajadores de la empresa,
 - 2. El pago de las aportaciones de Seguridad Social al corriente,
 - 3. La infraestructura o los medios autorizados por el Instituto para prestar el servicio por sí o indirectamente.
- a. El patrón o empresa estará obligado a proporcionar al Instituto los primeros diez días naturales de cada mes, estadísticas médicas y administrativas, Informes de días y causas de incapacidad por enfermedad general, maternidad o muerte, así como de incapacidades de accidentes o enfermedades de trabajo y las causas de los accidentes de trayecto y fallecimientos por riesgos de trabajo. Con respecto al ramo de guarderías deberá informar sobre el nombre y número de afiliación de los trabajadores usuarios y nombre, edad y sexo del menor, así como el número de días que recibió dicho servicio.

b. Cuando un trabajador cause baja por incapacidad de cualquier tipo, él y sus beneficiarios continuarán recibiendo los servicios médicos.

❖ Título tercero: De los convenios. En este título se contempla un capítulo referente a los convenios de subrogación de servicios con organismos públicos o particulares a fin de ofrecer y demandar servicios de salud o servicios de guarderías sin otorgar la reversión de cuotas los cuales deberán cumplir con los requerimientos y normatividad que para este concepto determina el Instituto a través del reglamento.

Por otro lado, el capítulo II se refiere a los convenios de subrogación con reversión de cuotas donde se tratan los siguientes aspectos:

a) Señala que las empresas que celebren convenios de subrogación de servicios con reversión de cuotas podrán contratar a empresas especializadas en la atención legal de la salud, o bien organizar en forma directa sus servicios médicos.

b) Estos convenios podrán incluir las prestaciones en cualquiera de las siguientes opciones:

1. Únicamente los servicios de guarderías.
2. Únicamente las prestaciones en especie y los subsidios del seguro de riesgos de trabajo.
3. Únicamente las prestaciones en especie y los subsidios del seguro de enfermedades y maternidad.
4. Las prestaciones estipuladas en cualquier combinación de las fracciones anteriores.

Señala que los servicios de atención integral no podrán ser inferiores en calidad a los proporcionados por el Instituto, en ninguno de los tres niveles de atención (medicina familiar, de especialidades médicas y de alta especialidad), así mismo, para los servicios de guarderías el patrón o empresa deberá otorgar atención integral que incluya alimentación completa, cuidado y fomento de la salud y acciones educativo preventivas.

La atención integral deberá considerar entre otros aspectos: programas de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, prevención de riesgos de trabajo, medicina preventiva, medicina curativa, rehabilitación, atención a la salud y educativo-asistencial al menor.

Para suscribir convenios de subrogación de servicios con reversión de cuotas el patrón deberá presentar:

1. Nombre y número de registro patronal,
2. El proyecto de la prestación de servicios, incluyendo lugares habituales de dicha prestación, empresa que prestará el servicio, sistemas de información para el control de las prestaciones, facilidades para la recepción de quejas y orientación y los sujetos a quienes se proporcionará el servicio, así como la autorización institucional,
3. La anuencia de la organización sindical en caso de existir éste,
4. Relación de trabajadores y sus beneficiarios, indicándose edad y sexo así como el salario base de cotización de los trabajadores.

El Instituto dará respuesta en un período no mayor a 60 días hábiles.

Los convenios de subrogación de servicios con reversión de cuotas deberán cumplir con las siguientes condiciones:

1. La prestadora de servicios deberá aceptar la supervisión del Instituto de sus instalaciones.
2. Deberá acreditar la capacidad del personal técnico, médico y paramédico presentando currícula y cédula profesional.
3. Garantizar la permanencia y continuidad en la prestación del servicio mediante una fianza previa a la firma del convenio.
4. Contar con un seguro de responsabilidad civil que cubra cualquier eventualidad derivada de la prestación del servicio subrogado.
5. Asimismo, los convenios deberán contener la fecha de inicio de la prestación de servicio, vigencia del convenio y revisión periódica del mismo, así como, la cuota a revertir de acuerdo con la mecánica para determinar el porcentaje de reversión señalada en el reglamento.

La vigencia de los convenios se mantendrá por un tiempo no menor a cinco años, siempre y cuando el patrón haya cumplido con las disposiciones señaladas en el reglamento y en el convenio respectivo.

El Capítulo III: Del régimen financiero: En el se especificarán los montos de compensación y de reversión de cuotas sustentados en los estudios actuariales, económicos, epidemiológicos y financieros que efectúe el Instituto.

Cabe señalar que hasta la fecha estos porcentajes no se encuentran definidos, únicamente se señala que para las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad

los porcentajes se regirán de acuerdo con una tabla que estará en función de las cuotas para este ramo especificadas en el artículo 106 de la Ley del Seguro Social.

Con respecto a las prestaciones en especie del seguro de riesgos de trabajo la subrogación se podrá hacer solo con la participación del total de los trabajadores de una empresa. El porcentaje aún no esta definido.

Sin embargo, cuando el convenio incluya la subrogación en enfermedades generales y maternidad, por los servicios médicos a pensionados, el porcentaje propuesto asciende al 100% del total de las cuotas de aquél ramo.

Cada año la Dirección General del I.M.S.S. evaluará globalmente los convenios de subrogación de servicios con reversión de cuotas, a fin de reconocer su impacto social, sobre las finanzas del Instituto, la atención al derechohabiente y el cumplimiento por parte de los patrones, los resultados de dichos estudios serán la base para la revisión y en su caso actualización de los porcentajes a revertir.

La reversión de una parte o de la totalidad de la cuota se realizará en el momento que se efectúe el entero mensual de las aportaciones de seguridad social. Para este efecto deberá exhibirse además de la liquidación respectiva, el recibo de reversión con base en el convenio respectivo.

Por último, las causas por las cuales se puede dar por terminado el convenio son:

- Por incumplimiento del patrón de cualquiera de las obligaciones asumidas en el convenio.
- Cuando lo considere el Consejo Técnico del Instituto.
- Por voluntad expresa de cualquiera de las partes notificada fehacientemente, si es efectuada por el patrón, El Consejo Técnico valorará la viabilidad y procedencia de dicha solicitud.
- Por la prestación de servicios subrogados no integrales o de menos calidad o cuantía que los otorgados por el I.M.S.S.
- Por solicitud expresa de la representación sindical o por la mayoría de los trabajadores.
- Por omitir o falsear el patrón la información y estadísticas médicas o administrativas.
- Por omitir el pago de tres mensualidades de las aportaciones de Seguridad Social.

2.3 CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE LA ASOCIACIÓN DE BANQUEROS DE MEXICO Y EL I.M.S.S.

El 31 de diciembre de 1957 la Asociación de banqueros de México (hoy Asociación Mexicana de Bancos) y el Instituto Mexicano del Seguro Social firmaron un convenio de subrogación de servicio mediante el cual todas las empresas pertenecientes a la asociación y con domicilio en cualquier parte de la República Mexicana, suministran directamente a sus empleados y familiares derechohabientes las prestaciones en especie y dinero referente al seguro de enfermedades y maternidad.

En dicho convenio se estipula que las empresas retendrán sobre el importe de la liquidación obrero - patronal bimestral correspondiente al seguro de riesgos profesionales (ahora riesgos de trabajo) el equivalente al 47% , y de la rama de enfermedades generales y maternidad la cuota de reversión es del 83% de las liquidaciones obrero - patronales bimestral correspondiente.

Como ya se había mencionado anteriormente en el proyecto de reglamento de subrogación de servicios, las empresas están obligadas a liquidar el importe total de sus cuotas en efectivo y deben presentar el recibo correspondiente a la reversión que tienen derecho según lo convenido.

Asimismo, a las empresas que forman parte de la Asociación el Instituto les entregará el 73% de las cuotas que por riesgos de trabajo correspondan pagar a sus empleados y beneficiarios pensionados por el Instituto para cubrir las prestaciones que quedan a cargo de las empresas.

El Instituto únicamente se hará cargo del pago de las pensiones por riesgos de trabajo o por invalidez, cesantía en edad avanzada o pensiones de viudez y orfandad correspondientes de acuerdo con lo estipulado en la Ley y sus reglamentos vigentes.

Debido a lo anterior la valuación de incapacidades parciales o totales permanentes a causa de un riesgo de trabajo o de una enfermedad serán efectuadas exclusivamente por médicos del propio Instituto.

Por otro lado, todas las prestaciones en especie y en dinero que están a cargo de las empresas quedan sujetas a la inspección y vigilancia del Instituto y al pleno cumplimiento de todas las disposiciones legales vigentes. Para lo cual las empresas deben otorgar al Instituto estadísticas médicas y administrativas relacionadas con las prestaciones a su cargo .

El convenio se firma por tiempo indefinido y las causas por las que puede terminar el mismo son:

- 1.- Por acuerdo de las partes
- 2.- Por falta de pago al Instituto por un período mayor de seis meses de las cuotas obrero patronales a cargo de las empresas en términos de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

Sin embargo, éste convenio fue modificado el 30 de Abril de 1986 para hacerlo extensivo tanto a las instituciones que prestan el servicio público de banca y crédito, Banco de México y Patronato del ahorro nacional como parte de las modificaciones a los ordenamientos normativos reguladores de estas Instituciones. Sin embargo, los porcentajes a revertir no variaron.

Se adiciona como una causa de la terminación del contrato la falta de cumplimiento por parte de una o más de las empresas (Instituciones para efectos de la redacción del convenio) que conforman la Asociación, de cualquiera de sus obligaciones en términos del convenio, afectando únicamente a las Instituciones infractoras.

Como podrá observarse el proyecto actual de reglamento pretende igualar en su contenido al convenio de subrogación de servicios y reversión de cuotas que tienen el Instituto y la Asociación.

2.4 LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LAS INSTITUCIONES QUE INTEGRAN LA ASOCIACION DE BANQUEROS DE MÉXICO

Los servicios médicos otorgados por las instituciones pertenecientes a la Asociación Mexicana de Bancos dan cumplimiento a las disposiciones de la ley del IMSS en lo relativo al convenio de Subrogación de Servicios, Ley Federal del Trabajo apartado "A" del Artículo 123 de la Constitución Mexicana y Contrato Colectivo del Trabajo.

La atención médica es proporcionada tanto al personal activo como pensionado y a sus familiares derechohabientes (*ver sección 2.5*) a través de un sistema de servicios médicos descentralizado para lo cual cuentan con convenios con médicos tanto generales como especialistas, hospitales, clínicas y servicios para el diagnóstico y tratamiento como son las farmacias, ópticas, laboratorios, estudios de laboratorio y gabinete, etc. La prestación de estos servicios se encuentra bajo la inspección de una Coordinación médica que además otorga orientación a los empleados.

Para estar en posibilidades de otorgar los servicios médicos la Institución expide a nombre del titular y sus beneficiarios una credencial que acredita que tienen derecho a estos servicios y que deberá presentar en el momento de requerirlos.

Por otro lado, también se cuenta con un directorio médico que se da a conocer a todo el personal. Con esta información el asegurado puede elegir de una amplia lista de médicos aquel que se adapte mejor a sus necesidades. Las visitas domiciliarias también se otorgan como una prestación únicamente para los empleados y no para los beneficiarios.

La atención médica se proporciona inicialmente por un médico general que es el que dictamina si será necesario que el paciente recurra a un médico especialista de la red o si es necesario llevar a cabo estudio adicionales de radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos o en su defecto de la internamiento en el hospital. Los gastos en el hospital únicamente serán cubiertos aquellos que tienen relación con el padecimiento o que son necesarios para dar un mejor dictamen del mismo. Aquellos gastos que no tengan que ver con la enfermedad a tratar deberán ser cubiertas por el propio paciente.

Para el caso de maternidad se otorgan servicios de gineco - obstetricia que incluye consultas, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y análisis de laboratorio y gabinete y de ser necesario atención integral al recién nacido. Dentro de las prestaciones que se otorgan se encuentran las siguientes:

- ◊ Noventa días de descanso repartidos en 30 días antes del parto y 60 días posterior a éste, gozando de salario íntegro.
- ◊ Ayuda de canastilla equivalente al 10% del salario mínimo mensual bancario en el Distrito Federal (SMBDF)¹⁴ el cual sólo se otorgará durante los primeros 30 días posteriores al alumbramiento.
- ◊ Ayuda extraordinaria para gastos de alumbramiento equivalente a un mes de salario.
- ◊ Ayuda para la lactancia durante los seis primeros meses sin exceder del 25% del SMBDF.

En caso de que los empleados sean atendidos de urgencia en algún hospital que no pertenezca al sistema, sus familiares deberán comunicarse con el médico coordinador a fin de que éste se haga cargo del asegurado y en su caso coordine su traslado a los hospitales y clínicas contratadas por la Institución.

Se cuenta además con asesorías telefónicas para brindar ayuda en caso de emergencia.

¹⁴ El Salario Mínimo Bancario diario en el Distrito Federal a Agosto de 1998 es de \$ 45.30.

Otros de los servicios que otorga es la atención dental para el tratamiento de padecimientos de encías, labios, paladar y maxilares sin finalidades estéticas. La ayuda para la compra de anteojos y lentes de contacto necesarios para el desempeño de sus funciones y los cuales son suministrados cada 18 meses en los casos de ser necesario. Lo máximo que absorbe la Institución por este concepto es del 100% del costo de los cristales sencillos y el 10% del Salario Mínimo Mensual Bancario del Distrito Federal para amazones, para los familiares otorga un subsidio equivalente al 50% del subsidio establecido para los empleados.

En caso de accidentes de trabajo o por enfermedad no profesional o accidente que no sea de trabajo, el personal tiene derecho a los aparatos y prótesis y ortopedia necesaria previo dictamen del médico tratante.

Adicionalmente, estas instituciones aplican las dosis reglamentarias de las vacunas de antipolio triple, sarampión y tuberculosis, así como la orientación, prevención, colocación de dispositivos intrauterinos e intervenciones quirúrgicas necesarias para el control de la natalidad.

Por otro lado, los servicios médicos cuentan con algunas exclusiones dentro de las cuales se encuentran:

- * Check Up.
- * Tratamientos y/o intervenciones de carácter estético o plástico.
- * Tratamientos para la calvicie u obesidad.
- * Curas de reposo.
- * Tratamientos de naturaleza experimental o en periodo de investigación.
- * Tratamientos o intervenciones en el extranjero.
- * Tratamientos o consultas con médicos y hospitales fuera de la red médica autorizada para la Institución.

Las estadísticas sobre los servicios médicos otorgados por las Instituciones Bancarias es publicada por la Secretaría de Salud a partir de 1995, por lo que únicamente es posible presentar en este estudio las cifras referentes a los años de 1995 y 1996.

Así mismo, la información sobre recursos materiales no se presenta ya que estas instituciones tienen convenio con diferentes instituciones privadas las cuales otorgan el servicio.

Sin embargo, la información disponible contempla únicamente a cuatro instituciones bancarias por ser las que cuentan con el mayor número de derechohabientes. Estas instituciones son Banamex, Bancomer, Bital y Atlántico.

TABLA 10
SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS 1995
INSTITUCIONES BANCARIAS

	Banamex	Bancomer	Bital
Consultas externas generales	85,463	378,987	8,036
Consultas externas especializadas	211,290	263,262	15,051
Intervenciones quirúrgicas	n.d.	6,657	370
Análisis de laboratorio	44,492	146,229	2,850
Estudios de gabinete	29,662	75,201	382

Fuente: Secretaría de Salud.

Información del 15 de agosto al 21 de diciembre, dado que no se cuenta con información anterior
n.d. no disponible

TABLA 11.
SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS 1996
INSTITUCIONES BANCARIAS

	Banamex	Bancomer	Bital y Atlántico
Población derechohabiente	73,031	75,294	30,917
Consultas externas generales	169,954	257,945	21,080
Consultas externas especializadas	416,956	374,400	14,349
Urgencias médicas	21,240	n.d.	268
Intervenciones quirúrgicas	8,932	6,455	267
Partos	1,636	n.d.	106
Análisis de laboratorio	144,391	168,291	14,720
Estudios de gabinete	700	71,456	8,996

Fuente: Secretaría de Salud

n.d. no disponible

La información referente a los costos de los servicios médicos bancarios es información confidencial tanto de estas instituciones como del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo cual no es posible exponer en este trabajo dicha información.

Sin embargo, durante la presentación ante las comisiones unidas de Trabajo y Previsión Social y de Seguridad social, en una reunión en conferencia sobre la nueva ley del Seguro Social en la Cámara de diputados el 30 de noviembre de 1995, el Lic. Ricardo García Sáinz¹⁵ mencionó que actualmente el costo de los servicios médicos que contratan los bancos para prestar este servicio a sus empleados, representa el triple del costo de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social. De esta forma podemos darnos cuenta que estos servicios representan para dichas Instituciones un costo muy elevado y en ocasiones muy difícil de afrontar aún en los mejores tiempos debido al elevado número de empleados con los que cuentan, y del número de pensionados y familiares de cada uno de los anteriores.

Los costos utilizados para las proyecciones del Capítulo III se determinaron de los costos promedio otorgados en el medio asegurador para una póliza de Gastos Médicos Mayores grupo.

2.5 DERECHOHABIENTES CUBIERTOS BAJO EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD DEL I.M.S.S.

De acuerdo con la nueva ley del Seguro Social, quedan amparadas bajo el ramo de enfermedades y maternidad las siguientes personas:

1. El asegurado
2. El pensionado por: Incapacidad permanente, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y viudez, orfandad o ascendencia
3. La esposa del asegurado o la mujer que haya hecho vida marital con el mismo durante los cinco años posteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que los dos permanezcan libres de matrimonio. Si el asegurado tiene varias concubinas, ninguna tiene derecho a la protección.

El mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubino, si reúne los requisitos anteriores.

¹⁵ La Seguridad Social Mexicana en la ruta de la privatización – De la Seguridad Social pública y privada, al seguro privado y de equivalencia, García Sáinz Ricardo, 1995. P.p: 155

4. La esposa del pensionado por invalidez, vejez, cesantía e incapacidad permanente o, a falta de ésta, la concubina que cumpla los requisitos del punto anterior. Del mismo derecho gozará el esposo o concubino de la pensionada siempre que cumpla con los requisitos antes mencionados.
5. Los hijos menores de 16 años del asegurado y del pensionado.
6. Los hijos del asegurado hasta la edad de 25 años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional o, si no pueden mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padece.
7. Los hijos mayores de 16 años de los pensionados por invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como los de los pensionados por incapacidad permanente, en los mismo casos y condiciones establecidos en el Artículo 156.
8. El padre o madre del asegurado que viva en el hogar de éste y,
9. El padre y la madre del pensionado por incapacidad permanente, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada.

Aquellas empresas que decidieran llevar a cabo un convenio de Subrogación de servicios con el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberán tener en cuenta que las prestaciones que otorgarán comprenden también todos aquellos derechos contraídos por los familiares de los asegurados, de tal manera que deberán considerar dentro de la proyección de los gastos en este rubro todos aquellos gastos provenientes de los familiares de sus trabajadores.

Esto es de vital importancia si consideramos que la familia promedio del total de derechohabientes del Seguro Social consta de los cónyuges y dos hijos menores de 18 años. Es decir que por trabajador se consideran en promedio tres personas más a las que la empresa tendrá que cubrir bajo los mismos derechos que tenían adquiridos bajo la ley del Seguro Social.

2.6 RELACION ENTRE EL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (I.N.P.C.) Y LA INFLACION DEL SECTOR MÉDICO

El presente apartado tiene como finalidad exponer la relación que tienen la Inflación y la inflación en el sector médico con el fin de contar con una base más sólida y medible para elaborar proyecciones a largo plazo de los costos en los servicios médicos que tendrán que prestar todas aquellas empresas que opten por efectuar convenios de subrogación de servicios con reversión de cuotas.

A continuación presentamos un resumen de los últimos seis años del comportamiento de la inflación general y de la inflación en el sector salud y algunos de los sectores más importantes que forman parte de este sector:

TABLA 12. INFLACION DEL SECTOR SALUD

ANO	INPC	INDICE SECTOR SALUD	PRODUCTOS FARMACEUTICOS	SERVICIOS MEDICOS	CONSULTAS MEDICAS	INTERVENCIONES QUIRURGICAS	HOSPITAL	ANALISIS CLINICO
1991	14.60	9.23	6.35	12.17	12.70	11.36	9.93	6.34
1992	13.56	9.23	5.68	12.87	23.98	9.82	9.93	6.13
1993	12.82	7.40	5.12	8.70	11.04	11.58	12.68	6.66
1994	12.96	8.48	5.99	11.80	10.82	12.13	12.02	8.04
1995	15.62	9.98	7.71	13.01	12.10	12.03	14.07	7.43
1996	15.55	9.39	7.45	12.33	12.13	10.90	10.97	7.74
PROM	14.18	8.95	6.38	12.22	13.80	11.30	11.60	7.06

I.N.P.C.: Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Fuente: Seguros Comercial América, S.A.

De la información anterior se puede deducir que la Inflación en el sector salud crece aproximadamente un 63.11% de lo que crece el Índice de Precios al Consumidor, de los cuales, las consultas médicas y los servicios médicos en general son los que representan un incremento más importante a considerar en el presente estudio.

La información anterior muestra un incremento muy importante en las consultas médicas principalmente en el año de 1992, así mismo, los servicios médicos que incluyen todo tipo de atenciones por padecimientos de menor grado, también presenta un incremento casi continuo en los últimos años.

Por otro lado se tienen que tanto los costos por las intervenciones quirúrgicas como el costo de estancia en los hospitales presentan incrementos promedios de un 11%.

Es importante analizar lo anterior, en virtud de que todo este tipo de servicios médicos como son las consultas, las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones son servicios que tendrán que otorgar las empresas de forma íntegra a todos sus trabajadores si decide optar por la subrogación de servicios con reversión de cuotas.

Para la proyección a largo plazo, estas estadísticas pueden significar que los costos para las empresas que otorguen este tipo de servicios a sus empleados puedan llegar a verse incrementados de una manera importante y representar un gasto muy elevado y en algunos casos insostenible.

*Estudio de la conveniencia de la reversión de cuotas
del Seguro Social a las empresas privadas*

En el siguiente capítulo se presentarán los supuestos bajo los cuales se llevaron a cabo las proyecciones tanto para determinar los costos de servicios médicos para las empresas que efectúen la subrogación de servicios, como el costo que representa para las empresas el continuar aportando cuotas al Seguro Social por este ramo.

CONCLUSIONES

El Instituto Mexicano del Seguro Social, ha visto mermado en los últimos años sus ingresos dado el fuerte incremento en sus gastos para la atención de la población asegurada.

Este problema plantea la posibilidad de abrirse a nuevos horizontes y alternativas de solución, que le permitan seguir cumpliendo, si no en su totalidad, en gran parte los objetivos para los que fue creado.

El Seguro Social en México no es la única institución en América Latina que se enfrenta a este tipo de problemas, muchos de los cuales se debieron a la falta de visión al futuro que permitiera que el sistema de Seguridad Social se volviera más flexible a los cambios económicos y demográficos del país.

Actualmente, se proponen esquemas de solución para este tipo de problemas como es subrogar el servicio a instituciones privadas de asistencia que permitan distribuir la fuerte carga que tiene actualmente este Instituto.

Estas alternativas se pretenden formalizar a través de convenios perfectamente reestructurados con el fin de no perder el principio de asistencia médica a los trabajadores.

Sin embargo, es recomendable que estos convenios celebrados entre el IMSS y empresas privadas se encuentren regulados y sean revisados periódicamente a fin de evitar menoscabos en los ingresos y una baja en la eficiencia del servicio.

Es necesario que se controle la calidad de los servicios subrogados, que se cuente con un sistema de información y evaluación completo, así como obligatorio, y que se tengan reglas claras.

Sobre todo es de vital importancia que exista un gradualismo en el desarrollo de esta opción en donde el Estado a través del IMSS funja como agente regulador de este sector.

De esta forma, en la medida que el IMSS participe junto con el sector privado en la atención de los trabajadores, podrá subsistir e incluso obtener ingresos de la renta de sus instalaciones a empresas privadas de asistencia médica que los requieran.

Dada la gran volatilidad que presenta nuestra economía, resulta difícil predecir en cuanto tiempo se llevará a cabo la mezcla pública - privada, en virtud de que su éxito o fracaso depende en gran medida del poder adquisitivo tanto de las personas que hacen uso de la asistencia médica, como de las instituciones que la otorgan.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LEY DEL SEGURO SOCIAL, I.M.S.S. Coordinación general de comunicación social 1995, México, D.F.
- 2.- PROPUESTA DE REGLAMENTO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS IMSS- Recomendaciones relevantes aportadas por los integrantes de las Comisiones de Seguridad Social y Laboral del Consejo Coordinador Empresarial, enero de 1998, México, D.F.
- 3.- CONVENIO DE SUBROGACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL IMSS Y LA ASOCIACION MEXICANA DE BANCOS, IMSS, 22 de abril de 1957, México, D.F.
- 4.- LA PARTICIPACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN EL FINANCIAMIENTO Y EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD- Cruz Rivero Carlos, Reflexiones sobre la reforma en la Seguridad Social, CISS, CEDESS, México, D.F. 1997.
- 5.- LA PARTICIPACIÓN DEL SECTOR SALUD HACIA EL SIGLO XXI, LA REFORMA AL SECTOR SALUD.- Miranda Guido, Reflexiones sobre la reforma en la Seguridad Social, CISS, CEDESS, México, D.F. 1997.
- 6.- EL CONTEXTO TRANSICIONAL COMO UNO DE LOS FUNDAMENTOS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO- Lozano A., Rafael Reflexiones sobre la reforma en la Seguridad Social, CISS, CEDESS, México, D.F. 1997.

*Cuando uno tiene fuerza
para vencerse a si mismo,
puede creerse de él que ha nacido
para cosas grandes*

Jean Baptiste Massillon

CAPÍTULO III

EVALUACION DEL SISTEMA DE REVERSION DE CUOTAS DEL SEGURO SOCIAL - CASO PRÁCTICO.

Objetivo:

Evaluar a través de un caso práctico, el impacto financiero que tendría para una empresa la contratación del servicio médico privado para sus empleados de efectuar la reversión de cuotas del Seguro Social, de acuerdo con el tipo de personal con el que cuenta y de los sueldos que otorga a sus empleados y compararlo con los costos que actualmente representan las aportaciones al Seguro Social.

Una vez analizado el entono en el que se efectuaron las reformas a la Seguridad Social en el ramo de enfermedades y maternidad, y la situación actual en el mercado privado de servicios de asistencia médica en nuestro país y sus expectativas, en el presente Capítulo se analizarán los costos que representaría subrogar los servicios médicos al sector privado a través de la reversión de cuotas al patrón.

Es importante mencionar que este estudio es sobre la base de igualdad de prestaciones que actualmente presta el Seguro Social a sus derechohabientes con la única diferencia que estos servicios serían otorgados por Instituciones privadas.

3.1 HIPÓTESIS DE CALCULO UTILIZADAS.

Para poder llevar a cabo los cálculos de los costos de los servicios médicos de asistencia privada, así como de las aportaciones al Seguro Social es necesario hacer una serie de supuestos con respecto al comportamiento del personal, diferentes tipos de escenarios de sueldos, y costos promedio de servicios médicos privados.

HIPÓTESIS DEMOGRÁFICAS:

1. Tabla de mortalidad: Experiencia Mexicana 62-67
2. Tabla de invalidez: Experiencia IMSS 1997
3. Tabla de rotación. Experiencia bancaria
4. Probabilidad de entrada a la jubilación. Experiencia IMSS 1997
5. Probabilidades de sobrevivencia para inválidos: Experiencia IMSS 1997
6. Probabilidades de sobrevivencia para jubilados: Experiencia IMSS 1997
7. Proporción de nuevos ingresantes por edad. Experiencia IMSS 1997
8. Número de empleados: 1,000

Los cálculos demográficos se hicieron suponiendo que la empresa motivo del estudio, es una empresa en marcha con salidas y entradas de personal, pero que mantiene el mismo número de empleados para todos los años de proyección.

HIPÓTESIS FINANCIERAS.

Los supuestos para las proyecciones de sueldos del personal se hicieron sobre la base de tasas reales, esto es, sin considerar inflación:

1. Incremento salarial. 0% anual
2. Incremento de los servicios médicos de asistencia privada: 0% anual

Como se pudo ver en la sección 2.6 del capítulo anterior, la inflación del sector médico ha sido por muchos años menor a la inflación del país, por lo que se supone que el incremento en los servicios médicos en términos reales es del 0%.

HIPÓTESIS ECONÓMICAS.

La estimación de los costos de los servicios médicos de asistencia privada se efectuó a partir de los costos promedio que registran las Compañías Aseguradoras para los diferentes servicios que prestan a los asegurados. Estos costos son el resultado de un análisis de mercado que elaboran las Compañías aseguradoras en los diferentes hospitales y clínicas del país a fin de elaborar una tarifa aplicable al cobro de la póliza.

Cabe señalar que no fue posible utilizar los costos de los servicios médicos que presentan actualmente las Instituciones Bancarias, en virtud de que la información disponible no resultaba suficiente para elaborar una tarifa aplicable a todo el personal de la empresa. Esta información, como se comentó en el capítulo anterior, no se encuentra de manera accesible al público.

El Costo promedio anual estimado por rango de edad es:

EDAD	COSTO ANUAL
de 15 a 19 años	\$ 3,381
de 20 a 24 años	\$ 4,316
de 25 a 29 años	\$ 4,734
de 30 a 34 años	\$ 5,237
de 35 a 39 años	\$ 5,896
de 40 a 44 años	\$ 6,793
de 45 a 49 años	\$ 7,967
de 50 a 54 años	\$ 9,583
de 55 a 59 años	\$ 11,901
de 60 a 64 años	\$ 15,388
de 65 a 69 años	\$20,583
de 70 a 74 años	\$25,331
de 75 a 79 años	\$ 36,562
80 años en adelante	\$ 54,866

Fuente: Promedio tarifas Gastos Médicos Mayores mercado Asegurador Mexicano.

3.2 ESCENARIOS UTILIZADOS

El presente estudio se hizo considerando varios escenarios, a fin de conocer los efectos que tienen sobre los costos las características del tipo de personal y de sueldos dentro de una empresa.

Los escenarios considerados son:

Escenario 1: Edad promedio 30 años y sueldo promedio de 1 a 2 Salarios Mínimos del Distrito Federal.¹⁶

Escenario 2: Edad promedio 30 años y sueldo promedio de 3 a 5 Salarios Mínimos del Distrito Federal.

Escenario 3: Edad promedio 30 años y sueldo promedio mayor a 5 Salarios Mínimos del Distrito Federal.

Escenario 4: Edad promedio 40 años y sueldo promedio de 1 a 2 Salarios Mínimos del Distrito Federal.

Escenario 5: Edad promedio 40 años y sueldo promedio de 3 a 5 Salarios Mínimos del Distrito Federal.

Escenario 6: Edad promedio 40 años y sueldo promedio mayor a 5 Salarios Mínimos del Distrito Federal.

Escenario 7: Edad promedio 43 años y sueldo promedio de 1 a 2 Salarios Mínimos del Distrito Federal.

Escenario 8: Edad promedio 43 años y sueldo promedio de 3 a 5 Salarios Mínimos del Distrito Federal.

Escenario 9: Edad promedio 43 años y sueldo promedio mayor a 5 Salarios Mínimos del Distrito Federal

Con base en los supuestos y escenarios utilizados, se realizó la proyección a 20 años, del comportamiento demográfico del personal (número de activos, jubilados, inválidos, retiros de la empresa, fallecimientos), considerando diferentes distribuciones de empleados por edad a

¹⁶ Salario Mínimo Diario del Distrito Federal: \$30.20 al 31 de Agosto de 1998.

fin de variar la edad promedio y poder analizar como influye ésta en los costos de los servicios médicos.

Lo anterior sirve de base para determinar a cuantas personas se les deberá otorgar el servicio médico, ya que no únicamente será el personal activo el que tenga el derecho a recibirlo, sino también todos aquellos que se jubilen, que se invaliden o a los familiares de los empleados o jubilados fallecidos, y de esta forma determinar los costos del servicio médico para cada año de proyección.

3.3 PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA

La proyección del personal se realizó bajo los siguientes supuestos:

- * El número de personas activas es de 1,000 para todos los años de proyección.
- * Las causas de salida del personal son:
 - a) Fallecimiento
 - b) Invalidez
 - c) Jubilación
 - d) Retiro de la empresa
- * Se supuso que el número de personas que salen del grupo de personas activas por cualquiera de las anteriores causas, es igual al número de personas que ingresan a la empresa. De esta forma el número de empleados es el mismo para los 20 años de proyección.
- * El número total de empleados que ingresan a la empresa cada año fueron distribuidos tomando como base la proporción de nuevos ingresantes por edad del IMSS.
- * Año con año se fue acumulando el personal jubilado e inválido aplicando la probabilidad de sobrevivencia para cada uno de los grupos.

A fin de conocer los efectos que tiene para el presente estudio el tipo de personal de una empresa, se realizaron las proyecciones demográficas tomando en consideración tres diferentes distribuciones de edad obteniendo como resultado tres grupos diferentes de empleados con las siguientes características:

- Grupo 1. Personal con edad promedio de 30 años.
- Grupo 2. Personal con edad promedio de 40 años.
- Grupo 3. Personal con edad promedio de 43 años.

La distribución inicial de empleados por edad para cada uno de los grupos, utilizada en las proyecciones es:

Estudio de la conveniencia de la reversión de costas del Seguro Social a las empresas privadas

GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
EDAD	No. EMPLEADOS	EDAD	No. EMPLEADOS	EDAD	No. EMPLEADOS
18	62	18	2	18	0
19	64	19	3	19	0
20	57	20	10	20	9
21	43	21	9	21	5
22	34	22	6	22	10
23	39	23	21	23	7
24	48	24	17	24	7
25	42	25	28	25	3
26	42	26	16	26	14
27	42	27	17	27	12
28	41	28	14	28	10
29	47	29	12	29	9
30	34	30	17	30	5
31	27	31	3	31	10
32	27	32	19	32	16
33	33	33	22	33	14
34	28	34	19	34	9
35	19	35	22	35	12
36	30	36	43	36	14
37	25	37	41	37	12
38	21	38	48	38	16
39	17	39	53	39	9
40	15	40	55	40	17
41	12	41	67	41	31
42	18	42	47	42	52
43	11	43	36	43	69
44	12	44	38	44	86
45	9	45	48	45	100
46	8	46	41	46	84
47	11	47	26	47	79
48	3	48	47	48	76
49	12	49	38	49	64
50	14	50	31	50	43
51	12	51	24	51	21
52	10	52	16	52	12
53	6	53	9	53	14
54	9	54	14	54	10
55	3	55	3	55	7
56	3	56	3	56	7
57	3	57	3	57	3
58	1	58	2	58	3
59	6	59	10	59	2
				60	5
				61	7
				62	3
				63	2

En las Tablas 13, 14 y 15 se muestran las proyecciones demográficas a 20 años, por cada uno de los grupos definidos anteriormente.

Como es lógico suponer, el número de empleados jubilados, inválidos y fallecidos es mayor conforme la edad del grupo de empleados aumenta en virtud de que la población de mayor edad se encuentra más expuesto a este tipo de riesgos.

Lo anterior repercute directamente sobre los costos de otorgar el servicio médico como se podrá analizar en el siguiente apartado.

Otro aspecto importante y que está fuertemente relacionado con lo anterior, es el hecho de que a mayor edad, la rotación del personal va siendo cada vez menor, esto se debe a que el personal va acumulando antigüedad y estabilidad dentro de la empresa y la probabilidad de alcanzar la edad de jubilación dentro de la misma es mayor, por lo que el personal difícilmente se retira de la empresa a esa edad antes de su jubilación. Esto se refleja en el número de jubilados que la empresa acumula.

Con referencia a la última de las causas de salida de la empresa, que es el retiro voluntario, el cual consiste en la renuncia voluntaria del trabajador de la empresa, esta también es importante tomar en cuenta en virtud de que, de acuerdo con el artículo 109 de la Nueva Ley del Seguro Social, referente a la conservación de derechos señala que:

“El asegurado que quede privado de trabajo remunerado, pero que haya cubierto inmediatamente antes de tal privación, un mínimo de ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, conservará durante las ocho semanas posteriores a la desocupación, el derecho de recibir, exclusivamente la asistencia médica y maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria. Del mismo derecho disfrutarán sus beneficiarios...”

Por lo que es conveniente considerar el periodo señalado en la ley para una mejor proyección de costos por concepto de servicio médico al que tienen derecho las personas que se retiran de la empresa.

3.4 ANÁLISIS DEL COSTO EN EL SERVICIO MEDICO DE ASISTENCIA PRIVADA

Una vez que se cuenta con la proyección del personal, se podrá realizar la proyección de costos de los servicios a otorgar.

Como ya se mencionó al inicio de este capítulo, el costo promedio propuesto para este estudio, está sobre la base de un servicio médico igual en coberturas y beneficios al que hasta la fecha otorga el IMSS, la única variante se encuentra en quien otorga el mismo.

Para que la empresa esté en posibilidades de valorar si la subrogación de servicios con reversión de cuotas es una alternativa viable, debe realizar la proyección de costos de otorgar por su cuenta y, a través de convenios con redes médicas, el servicio a sus empleados.

A partir de las proyecciones demográficas efectuadas con anterioridad es posible determinar el costo anual que representaría este servicio para el patrón en función del número total de personas que tienen derecho a la misma, es decir, el total del personal activo, jubilado, inválido y aquellos que al retirarse mantienen el derecho a recibir el servicio médico.

Para fines del presente estudio y, considerando que las redes médicas en nuestro país aún se encuentran en plena creación, se consideraron costos promedios de algunas Aseguradoras de pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores; mismas que sirvieron como base para realizar la ponderación de costos citada en las hipótesis económicas. Sin embargo, estos costos podrían variar dependiendo de la estrategia comercial de cada red, de la demanda creciente de dichos servicios y de las características de la empresa.

Las tablas 16, 17 y 18 muestran los costos médicos anuales estimados para cada grupo de edad y para cada tipo de asegurado para los próximos 20 años.

Los costos estimados son directamente proporcionales al número de personas que tienen derecho al servicio determinados a través de las proyecciones demográficas. Esto significa que para aquellos grupos de personas donde la edad promedio es mayor, mayor es el número de personas que reciben el servicio médico, dado que son los grupos que presentan mayor número de jubilados, inválidos y de fallecidos cuyos dependientes, de igual manera, tienen el derecho de recibir el servicio médico.

El costo por el personal de la empresa que alcanza la edad de jubilación se incrementa considerablemente conforme aumenta la edad dado que el costo a edades más altas es mayor en virtud de que la probabilidad de contraer una enfermedad o de requerir un servicio médico aumenta con el envejecimiento, y por otro lado, las enfermedades comúnmente presentadas en este grupo de edad son enfermedades de mayor costo como son, las enfermedades cardíacas, respiratorias, funcionales, que además requieren de un tratamiento más prolongado. Cabe señalar, que el número de jubilados se acumula año con año en función a la probabilidad de sobrevivencia, de tal manera que el costo también se incrementa al irse acumulando el personal jubilado que fallece después de algunos años.

El número de jubilados que puede llegar a acumular una empresa durante su vida laboral es de gran importancia, ya que si no se estima adecuadamente puede llegarle a representar un costo insostenible contraer una obligación con su personal.

De esta forma, para aquellas empresas donde la edad promedio es mayor o igual a los 40 años, es muy probable que en el corto plazo (entre 5 y 10 años) la carga de los jubilados llegue a ser tan importante que afecte considerablemente los resultados financieros de la empresa, no pudiendo renunciar a dicha obligación.

Por otro lado, con menor impacto se encuentra el costo por el personal inválido, el cual también se incrementa conforme el personal envejece y se va acumulando año con año en función a su probabilidad de sobrevivencia.

En estas tablas (16, 17 y 18) también se puede apreciar que el costo varía año con año y no necesariamente presenta un incremento o decremento regular, esto se debe a la distribución que se está considerando en este estudio, de las personas que ingresan por primera vez a la empresa, en función a las estadísticas del IMSS, de tal manera que la distribución del personal por edad varía año con año y con esto varían también el número de salidas del personal.

3.5 CUOTAS TOTALES APORTADAS AL IMSS POR EL RAMO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD

Para poder llevar a cabo una comparativa de costos, es necesario conocer el monto de las aportaciones que hacen conjuntamente el empleado y la empresa o patrón, por concepto de cuotas del ramo de enfermedades y maternidad al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tomando como base las cuotas mencionadas en el Capítulo I sección 1.3 del ramo de enfermedades y maternidad de la Nueva Ley del Seguro Social del 1ro de Julio de 1998, se llevó a cabo el cálculo de las cuotas aportadas por este concepto tanto por el patrón como por el empleado a fin de conocer el costo que representa para la empresa dichas aportaciones.

Para llevar a cabo este cálculo se utilizaron tres grupos de sueldos promedio a fin de poder visualizar la importancia que tiene el nivel de sueldos que ganan los empleados en las empresas en relación con el monto de cuotas aportadas.

Los tres grupos de sueldos promedio fueron:

Grupo A: Sueldos de 1 a 2 salarios mínimos que puede considerarse como empresas cuyo grueso de empleados son personal sindicalizado.

Grupo B: Sueldos de 3 a 5 salarios mínimos que es el grupo en el que se encuentra la mayoría de las empresas hoy en día.

Grupo C: Más de 5 salarios mínimos que son los que representan a los empleados que mayores aportaciones otorgan al Seguro Social por su nivel de sueldo, pero que por otro lado, son los que menos utilizan el servicio por tener mayor posibilidad de pagar un servicio privado de asistencia médica. En muchas empresas se otorga como una prestación para este tipo de personal un Seguro de Gastos Médicos Mayores tanto para los empleados como para sus beneficiarios que es pagado en la gran mayoría de los casos por la misma empresa y que representa en muchas ocasiones un costo extra para la empresa adicional al costo de aportaciones de cuotas al Seguro Social. Este punto se tratará más adelante como un aspecto a considerar para las empresas.

Estos tres grupos de sueldos se combinaron con los tres grupos de tipo de personal utilizados en las proyecciones demográficas, como se expuso en la sección 3.2 de este capítulo, obteniendo los resultados presentados en las Tablas 19, 20 y 21.

En esta tablas se muestra que aquellas empresas cuyos empleados en promedio ganan un sueldo mayor las cuotas del Seguro Social son mayores.

De esta forma aportan mayores cuotas aquellos empleados que teniendo una edad promedio de 30 años ganen de 3 a 5 salarios mínimos que aquellos que teniendo la misma edad promedio ganen de 1 a 2 salarios mínimos, y así para los diferentes escenarios.

No hay que perder de vista que el salario máximo de cotización es de 25 veces el Salario Mínimo del Distrito Federal, es decir que para las personas que hoy (agosto de 1998) ganan más de \$22,650, su salario máximo sobre el que se aplicará la cuota será este último.

Cabe señalar que el artículo décimo noveno transitorio de la Nueva Ley del Seguro Social del 1ro. de julio de 1997, señala que para el ramo de enfermedades y maternidad la cuota patronal base equivalente al 13.90% de un salario mínimo del Distrito Federal, se incrementará el primero de julio de cada año en 0.65% a partir de julio de 1998 y hasta el 2007, y por otro lado la cuota patronal adicional equivalente al 6% (solo para aquellos asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres salario mínimos del Distrito

Federal) se reducirá en la misma fecha a razón de 0.49% y en 0.16% la cuota obrera equivalente al 2% para aquellos asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres salarios mínimos del Distrito Federal.

Lo anterior representa un incremento en la cuota patronal de alrededor del 0.30% anual y un decremento en la cuota obrera de cerca del 1.40% para el año 2007.

Esto hace que las cuotas varíen durante los años de proyección del estudio.

3.6 COMPARACION ENTRE EL COSTO DEL SERVICIO MEDICO Y LAS APORTACIONES AL SEGURO SOCIAL.

Una vez que se determinaron los costos tanto de aportaciones como de los servicios privados, se está en posibilidad de realizar una comparativa entre los costos que representan para la empresa las dos alternativas.

Es importante señalar que una gran mayoría de empresas consideran que los costos por aportación de cuotas al Seguro Social representa un porcentaje muy elevado de sus nóminas tomando en consideración también que para aquellas empresas cuyo sueldo promedio de sus empleados es mayor a tres salarios mínimos, los empleados utilizan de manera muy escasa los servicios de asistencia que brinda el Seguro Social prefiriendo la calidad en el servicio que otorga la asistencia privada. A pesar de la situación anterior el patrón tiene la obligación de continuar aportando por ellos las cuotas correspondientes.

Así mismo, es conveniente recordar que, como se pudo apreciar en el Capítulo anterior, tanto la infraestructura como el número de personas atendidas por el sector privado son mucho menores a las que atiende el Seguro Social, sin embargo, para efectos de costos para la empresa, este punto debe valorarse por la calidad y la oferta de esta clase de servicios que presente el mercado privado.

En los puntos inmediatos anteriores se analizó que tanto los costos de los servicios médicos privados como los costos por aportación de cuotas, se encuentran muy ligados al tipo de personal que se tenga, su edad promedio y la rotación que presenta dicho personal, así mismo, las cuotas del Seguro Social también son mayores conforme mayor sea el sueldo de los empleados.

Como podemos ver, en las tablas 22, 23 y 24 por cada grupo de personal y grupo de sueldos, los costos que año con año tendría la empresa por concepto de servicios médicos privados es mayor para todos los escenarios que el hecho de continuar aportando al Seguro Social.

Por otro lado, para aquellos grupos en donde los costos por cualquiera de las dos alternativas, son muy similares en los primeros años, son los grupos de empleados con edad promedio alta y sueldos mayores a 5 salarios mínimos, dado que son los que representarían un costo mayor por la edad que tienen y al mismo tiempo son los que aportan más cuotas al Seguro Social.

Sin embargo, conforme se van acumulando empleados con derecho a esta prestación, el costo se vuelve cada vez más alto.

Para efectos de la aportación de cuotas al Seguro Social, el patrón aporta cuotas sobre la base de sueldos del personal activo, es decir que el costo por el personal retirado de la empresa es financiado por todo el conjunto de derechohabientes que cotizan al Seguro Social, de tal manera que conforme los empleados de las empresas se retiran o se invalidan son sustituidos por personal con edad más joven y muy probablemente de sueldo inferior. De esta forma la empresa va disminuyendo sus costos.

Como puede apreciarse al compararse los costos de los servicios médicos y de las aportaciones al Seguro Social, en ninguno de los escenarios expuestos los costos de los servicios médicos son inferiores a las cuotas aportadas.

Lo anterior significa que a pesar de que sí influye el hecho de que una empresa cuente con personal más joven o de sueldo menor, ya que el costo por servicios privados es menor, de cualquier forma éste no será inferior en ningún momento a las cuotas que se aportan al Instituto.

En las figuras 1, 2 y 3 se grafican los costos médicos y el total de cuotas aportadas al IMSS bajo los tres diferentes escenarios de sueldos promedio para los años de 1998 a 2019.

En ellas se puede apreciar que el incremento de los costos de los servicios médicos de asistencia privada se incrementan más rápidamente que las cuotas del Seguro Social, esto se debe a que los costos de los servicios médicos están en función de la edad del personal y en base a la inflación del sector salud.

Por otro lado, los incrementos en las cuotas tienen, en la mayoría de los casos un incremento más lento, dado que estos están en función al incremento salarial que crece más lentamente que la inflación.

Un aspecto importante de la reversión de cuotas, que ya fue mencionado en el Capítulo II, es que ésta consiste en que el Instituto reintegrará al patrón parte o la totalidad de la cuota patronal u obrero-patronal.

Sin embargo, aún suponiendo que el Instituto revirtiera el 100% de la cuota obrero-patronal, que para mi juicio considero muy poco probable que suceda ya que en la actualidad las Instituciones Bancarias cuentan con tan solo el 83% de las cuotas como reversión, la empresa continuaría teniendo un costo anual que se iría incrementando año con año, dado que en ningún momento la empresa tendría una diferencia positiva y a su favor de la cantidad revertida por el Instituto y tendría que adicionar a ese monto una cantidad que cada año va siendo mayor para poder otorgar la prestación médica.

En los casos de aquellas empresas que proporcionan a sus empleados la prestación de contar con un Seguro de Gastos Médicos Mayores adicional a la obligación de continuar aportando al I.M.S.S., posiblemente el impacto de optar por la subrogación de servicios con reversión de cuotas sea menor que para aquellas empresas que no contaba con dicho gasto.

Dado que en la actualidad en México no existen redes médicas formalmente constituidas para otorgar un servicio especializado y completo a las empresas y que algunas de ellas se encuentran todavía en análisis y desarrollo, es muy difícil predecir que podría suceder si la demanda de estos servicios se incrementara, haciendo a su vez que la competencia se originara ofreciendo una calidad mayor en el servicio y un mejor costo de oportunidad como estrategias mercadológicas.

De suceder lo anterior las redes médicas estarían compitiendo por un mercado de más de 40 millones de personas que tienen el derecho a recibir el servicio y para los cuales tendrán que ofrecer los servicios más completos, especializados y de mejor calidad. Esto podría llegar a ser un gran beneficio para los empleados al contar con servicios más oportunos y de mejor calidad y una descarga de gastos para el Seguro Social.

En concreto podemos concluir que el esquema de reversión de cuotas del Seguro Social no ofrece una alternativa viable para las empresas con el interés de disminuir sus costos e incrementar sus beneficios, ya que aunque aparentemente el beneficio se encuentra en la calidad del servicio, esto puede llegar a ser un problema financiero insostenible a largo plazo.

Por otro lado, esto haría suponer que las empresas con mayores posibilidades de llevar a cabo este cambio serían aquellas que cuentan con empleados con sueldos mayores a 5 salario mínimos, que son, como ya lo mencionábamos, aquellos que utilizan el servicio

médico privado y no los servicios otorgados por el I.M.S.S. y que además cuentan con un servicio médico frecuentemente pagado por la empresa. Este grupo de empleados es por otro lado, aquellos que efectúan aportaciones mayores al Seguro Social.

De tal manera que el Instituto puede llegar a ver disminuido sus ingresos por conceptos de cuotas si un gran número de empresas en la situación anterior se decidieran por la reversión de cuotas. Esto significaría que el I.M.S.S. continuaría cubriendo a los empleados con sueldos más bajos y cuotas más bajas y que representan cerca del 60% de la población derechohabiente.

En el presente trabajo no se analiza a fondo el efecto que esto podría llegar a tener para el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin embargo considero que debiera llevarse a cabo un análisis de la situación a fin de no verse afectado en un momento dado por sus propias reglamentaciones y autorizaciones

3.7 FACTIBILIDAD DE LA REVERSIÓN DE CUOTAS Y SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.

Una vez que se pudo visualizar el impacto financiero de la subrogación de servicios con reversión de cuotas que tendrían las empresas, se hablará sobre la factibilidad de dicha propuesta tanto para el sector público (IMSS, gobierno) así como para el sector privado.

Se iniciará replanteando las alternativas consideradas como viables para el I.M.S.S., las cuales consisten en:

1. No llevar a cabo la autorización del reglamento de subrogación de servicios y continuar bajo el esquema de aseguramiento actual.
2. Subrogar al sector privado el servicio médico y revertir las cuotas obrero-patronales.
3. Privatización del servicio médico.

Los objetivos perseguidos con la reforma a la Ley del Seguro Social son:

- a) Disminuir el déficit financiero del IMSS.
- b) Ampliar la cobertura médica.
- c) Mejorar el servicio otorgado.

- I. De esta forma, bajo la alternativa uno, puede esperarse que de no efectuarse algún cambio y continuar asegurados bajo el esquema actual, el déficit financiero del ramo de enfermedades y maternidad continuaría incrementándose hasta ser insostenible y afectar considerablemente tanto la calidad en el servicio como las coberturas otorgadas al no contarse con recursos financieros.

Al no solucionarse el déficit financiero del IMSS significará que el proceso de deterioro de los servicios continuará, situación que promoverá que los asegurados opten por el sistema de seguros de servicios privados.

Por otro lado, la falta de inversión en materiales e instrumentos médicos, así como, de personal capacitado reducirá la calidad del servicio.

De esta manera, el Instituto no tendrá la capacidad, ni los recursos para ampliar la cobertura médica ni mejorar el servicio a los derechohabientes.

Lo anterior obligaría al IMSS, en el corto plazo, a llevar a cabo una reforma en su régimen financiero incrementando el monto de las cuotas obrero-patronales o en optar nuevamente por una reforma como la que actualmente se presenta.

La población derechohabiente sufriría las deficiencias del Instituto en virtud de que la población no es estática en el tiempo y la esperanza de vida tiende a incrementarse, agravándose considerablemente, la situación del IMSS.

El sector de la población con mayores recursos continuará utilizando los servicios médicos privados, los que muy probablemente no presente un fuerte desarrollo bajo este esquema, pero que sin embargo pueden llegar a incrementar sus precios al convertirse en una necesidad.

En conclusión, esta alternativa no resulta viable ni factible dada la grave e insostenible situación financiera en que se encuentra sumergida la Seguridad Social y por otro lado, esto significaría un freno al desarrollo del sector privado debido a la monopolización del servicio.

- II. De la situación anterior surgió la segunda alternativa consistente en subrogar los servicios médicos al sector privado con el incentivo de poder revertir parte o la totalidad de la cuota obrero-patronal.

Bajo esta alternativa se pretende conseguir la coparticipación de los servicios de salud públicos y privados sin llegar a la privatización total del Instituto.

Los prestadores de servicios (privados y públicos) funcionarían bajo un esquema competitivo de "compraventa" de servicio, donde los puntos más importantes a valorar son el costo y la calidad del servicio.

Esta alternativa representa la oportunidad de crecimiento y desarrollo para el sector privado que se ha visto más relegado en comparación con los servicios de salud que otorga el sector público, en virtud de no contar con un mercado de competencia libre.

La existencia de un reglamento de subrogación de servicios impulsa la inversión de fuertes capitales para la construcción de hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias que ofrezcan un servicio de mayor calidad comparado con el que ofrece el I.M.S.S. y con capacidad para un número mayor de personas.

Por otro lado, está analizar la factibilidad de esta alternativa para el I.M.S.S. Esta alternativa implica el retiro de empleados de la Seguridad Social que muy probablemente sean aquellos empleados cuyo sueldo es más alto, dado que la libertad de elegir entre los tipos de servicios estará regido, en la mayoría de los casos, en la posibilidad económica y no tanto en la voluntad de las personas, es decir, que en función de la capacidad de compra el individuo podrá acceder o no a determinados servicios.

De esta forma, el Seguro Social se "deshace" de un grupo de cotizantes que en volumen puede llegar a ser poco representativo, sin embargo, aportan un monto importante por concepto de cuotas, dado su nivel de salario.

El Seguro Social se evocaría entonces, a otorga el servicio médico a los empleados de sueldos bajos y a seguir subsidiando a aquellos sectores más marginados del país.

Sin embargo, la situación anterior poco beneficiaría al Instituto en virtud de que, más del 60% de la población derechohabiente está constituida de empleados sindicalizados y de sueldos bajos, por lo que la carga financiera no disminuiría y el monto de los ingresos sí.

Por otro lado, los convenios se hacen caso por caso y existe la posibilidad de que existan diferencias entre empresas con impacto sobre los trabajadores. Con esto se pierden los principios de universalidad y solidaridad impuestos y respetados por el propio Instituto.

La factibilidad de esta alternativa dependerá de la existencia de un mercado de competencia legal y regulado entre las diferentes Instituciones que estén autorizadas para ofrecerlo que permita que los costos de atención se vuelvan accesibles a todos los niveles y capacidades adquisitivas. De esta forma los servicios privados estarían al alcance de cualquier trabajador y la carga del Seguro Social podría llegar a disminuir.

Así mismo, la competencia entre los diferentes servidores privados generaría la elevación en la calidad del servicio y la ampliación de las coberturas.

Cabe hacer mención que hasta nuestro días se maneja el concepto de no privatizar el Instituto a través de este esquema de subrogación.

- III. La última alternativa consistente en la privatización de los servicios de asistencia médica se visualiza hasta nuestros días como una opción poco probable ya que ésta implicaría que el IMSS ya no otorgaría el servicio a más de 35 millones de derechohabientes entre los que se encuentra un gran número de personas marginadas, las cuales son subsidiadas al 100% por el Instituto.

Esto implicaría fuertes problemas sindicales en virtud de que los fines y principios bajo los cuales fue creado el Instituto Mexicano del Seguro Social se perderían de un momento a otro.

Por otro lado, como pudo verse en el Capítulo I, la infraestructura y recurso humano del sector privado no es suficiente para otorgar el servicio a los derechohabientes actuales.

Bajo esta alternativa el Seguro Social resolvería sus problemas financieros transfiriéndolos al sector privado, sin embargo, no podría asegurarse una mejora en la calidad de los servicios y en la amplitud de coberturas.

Sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de que esta alternativa forme parte de una segunda fase, posterior a la Subrogación de servicios, a través del cual el Seguro Social delegue paulatinamente la obligación al sector privado.

TABLA 13
PROYECCIONES DEMOGRAFICAS POR AÑO

GRUPO 1: Edad promedio 30 años							
Año	Número de activos	Número de activos muertos	Número de inválidos*	Número de jubilados*	Número de personas retiradas	Número de muerto totales	Número de salidas totales
1998	1,000	2.15	0.83	0.15	1.96	2.15	5.10
1999	1,000	2.27	1.75	0.46	1.84	2.29	5.49
2000	1,000	2.39	2.73	0.83	1.73	2.43	6.01
2001	1,000	2.53	3.79	1.18	1.62	2.57	6.44
2002	1,000	2.67	4.82	1.43	1.53	2.71	6.82
2003	1,000	2.82	6.12	1.80	1.44	2.88	7.35
2004	1,000	2.98	7.39	2.30	1.36	3.04	8.01
2005	1,000	3.14	8.73	2.97	1.29	3.22	8.86
2006	1,000	3.31	10.14	3.72	1.22	3.53	9.80
2007	1,000	3.47	11.62	4.62	1.16	3.74	10.90
2008	1,000	3.64	13.16	5.58	1.11	3.95	12.07
2009	1,000	3.80	14.78	11.72	1.06	3.93	12.92
2010	1,000	3.96	16.46	18.00	1.01	4.10	13.36
2011	1,000	4.11	18.22	24.09	0.98	4.26	13.50
2012	1,000	4.27	20.06	30.03	0.94	4.43	13.70
2013	1,000	4.45	21.99	35.92	0.90	4.61	14.00
2014	1,000	4.64	24.02	41.81	0.87	4.80	14.40
2015	1,000	4.84	26.14	47.97	0.84	5.01	15.07
2016	1,000	5.05	28.37	54.52	0.82	5.23	15.90
2017	1,000	5.27	30.71	61.52	0.79	5.46	16.81
2018	1,000	5.49	33.15	68.92	0.76	5.70	17.65

* El número de inválidos y jubilados se acumulan año con año

El Número de muertos totales considera los fallecimientos tanto del personal activo como de los inválidos y jubilados

El Número de salidas totales considera el total de personal que deja de ser empleado activo de la empresa ya sea por fallecimiento, invalidez, jubilación o por retiro en cada año sin acumular las salidas por invalidez o jubilación de los años anteriores.

TABLA 14
GRUPO 2: Edad promedio 40 años

Año	Número de activos	Número de activos muertos	Número de inválidos*	Número de jubilados*	Número de personas retiradas	Número de muerto totales	Número de salidas totales
1998	1,000	3.43	1.76	0.25	0.68	3.43	6.12
1999	1,000	3.69	3.70	0.77	0.64	3.73	7.07
2000	1,000	3.96	5.63	1.43	0.61	4.02	8.19
2001	1,000	4.25	8.14	1.82	0.57	4.32	9.05
2002	1,000	4.55	10.65	2.01	0.54	4.63	9.75
2003	1,000	4.89	13.35	2.39	0.52	4.98	10.68
2004	1,000	5.25	16.25	3.08	0.49	5.36	11.94
2005	1,000	5.62	19.32	4.15	0.47	5.75	13.59
2006	1,000	6.00	22.56	5.51	0.45	6.47	15.53
2007	1,000	6.37	25.95	7.43	0.44	6.94	18.01
2008	1,000	6.74	29.46	10.03	0.43	7.42	21.17
2009	1,000	7.07	33.06	23.10	0.43	7.35	24.85
2010	1,000	7.35	36.71	39.06	0.44	7.69	28.35
2011	1,000	7.60	40.37	57.32	0.45	7.98	31.23
2012	1,000	7.80	43.99	77.23	0.48	8.22	33.44
2013	1,000	7.97	47.55	98.67	0.49	8.43	35.47
2014	1,000	8.10	51.00	121.30	0.51	8.58	37.11
2015	1,000	8.17	54.30	144.52	0.54	8.67	38.12
2016	1,000	8.22	57.45	168.48	0.56	8.75	39.36
2017	1,000	8.23	60.40	194.16	0.59	8.80	41.29
2018	1,000	8.17	63.13	221.68	0.60	8.77	43.39

* El número de inválidos y jubilados se acumulan año con año

El Número de muertos totales considera los fallecimientos tanto del personal activo como de los inválidos y jubilados

El Número de salidas totales considera el total de personal que deja de ser empleado activo de la empresa ya sea por fallecimiento, invalidez, jubilación o por retiro en cada año sin acumular las salidas por invalidez o jubilación de los años anteriores.

TABLA 15
GRUPO 3: Edad promedio 43 años

Año	Número de activos	Número de activos muertos	Número de inválidos*	Número de jubilados*	Número de personas retiradas	Número de muertes totales	Número de salidas totales
1998	1,000	4.40	2.39	2.38	0.26	4.40	9.43
1999	1,000	4.71	5.00	2.73	0.24	4.80	10.34
2000	1,000	5.03	7.86	2.79	0.23	5.12	10.99
2001	1,000	5.36	10.99	2.84	0.22	5.46	11.68
2002	1,000	5.71	14.38	3.05	0.21	5.82	12.55
2003	1,000	6.08	18.04	3.49	0.20	6.21	13.68
2004	1,000	6.48	21.96	4.18	0.19	6.63	15.09
2005	1,000	6.91	26.11	5.05	0.19	7.08	16.69
2006	1,000	7.37	30.44	6.18	0.18	8.02	18.52
2007	1,000	7.85	34.89	7.97	0.18	8.62	21.01
2008	1,000	8.36	39.41	11.30	0.18	9.27	25.01
2009	1,000	8.84	43.83	27.68	0.19	9.20	30.84
2010	1,000	9.25	48.35	50.39	0.20	9.72	37.83
2011	1,000	9.54	52.58	79.58	0.21	10.11	44.85
2012	1,000	9.70	56.53	114.75	0.24	10.37	51.43
2013	1,000	9.89	60.14	155.44	0.26	10.46	57.20
2014	1,000	9.52	63.36	200.44	0.30	10.37	61.41
2015	1,000	8.19	66.15	246.67	0.33	10.08	62.90
2016	1,000	8.72	68.50	290.77	0.36	9.61	61.25
2017	1,000	8.18	70.42	331.05	0.39	9.03	58.88
2018	1,000	7.60	71.97	365.20	0.41	8.39	50.55

* El número de inválidos y jubilados se acumulan año con año

El Número de muertos totales considera los fallecimientos tanto del personal activo como de los inválidos y jubilados

El Número de salidas totales considera el total de personal que deja de ser empleado activo de la empresa ya sea por fallecimiento, invalidez, jubilación o por retiro en cada año sin acumular las salidas por invalidez o jubilación de los años anteriores.

TABLA 16

COSTOS DEL SERVICIO MEDICO DE ASISTENCIA PRIVADA
POR AÑO DE PROYECCION

GRUPO 1

AÑO	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PERSONAL ACTIVO	5,317,211.73	5,517,952.68	5,671,835.07	5,796,813.11	5,917,182.13	6,042,711.08	6,215,591.73	6,339,318.49	6,469,755.23
PERSONAL INVALIDO	6,787.00	14,468.25	22,878.34	32,044.51	41,969.15	52,657.38	64,267.59	78,498.07	99,515.87
PERSONAL JUBILADOS	1,511.04	6,982.67	13,191.08	17,952.30	21,802.48	26,963.20	37,098.72	46,952.49	58,937.60
PERSONAL RETIRADO	1,482.05	1,444.48	1,404.58	1,339.36	1,278.67	1,227.13	1,183.63	1,142.28	1,093.02
VIUDAS Y HUERFANOS	32,220.00	32,220.00	33,750.00	50,625.00	50,625.00	53,480.00	53,480.00	74,160.00	74,160.00
TOTAL ANUAL:	5,359,511.82	5,743,086.07	5,898,774.28	6,032,898.44	6,174,183.78	6,371,801.87	6,517,369.32	6,693,461.73	6,841,087.42
INCREMENTO ANUAL:		3.88%	3.05%	2.71%	2.27%	3.20%	2.29%	2.70%	2.21%

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PERSONAL ACTIVO	6,710,350.73	8,861,591.23	6,966,615.30	7,079,571.75	7,185,244.20	7,300,088.83	7,460,886.72	7,599,640.60	7,728,228.73	7,841,371.11	7,950,085.31
PERSONAL INVALIDO	117,751.85	133,004.94	148,782.81	165,396.21	182,823.45	201,115.55	220,478.38	240,865.95	262,524.39	285,344.60	309,288.47
PERSONAL JUBILADOS	88,187.97	188,186.71	290,084.77	391,081.23	491,599.53	592,689.05	695,155.02	799,561.22	908,296.94	1,020,595.52	1,149,743.55
PERSONAL RETIRADO	1,019.48	992.07	967.43	938.76	908.90	883.36	863.58	844.08	817.73	796.25	776.66
VIUDAS Y HUERFANOS	74,180.00	74,180.00	74,180.00	74,160.00	79,260.00	99,075.00	99,075.00	99,075.00	99,075.00	99,075.00	118,890.00
TOTAL ANUAL:	6,991,450.03	7,237,934.95	7,480,810.10	7,711,145.95	7,839,837.07	8,193,851.79	8,478,458.71	8,738,986.85	9,097,940.79	9,253,192.47	9,537,784.00
INCREMENTO ANUAL:		2.20%	3.07%	3.08%	2.97%	3.20%	3.45%	3.10%	2.98%	2.84%	3.08%

TABLA 17

COSTOS DEL SERVICIO MEDICO DE ASISTENCIA PRIVADA
POR AÑO DE PROYECCION

GRUPO 2

AÑO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PERSONAL ACTIVO	6,734,822.34	6,958,787.85	7,147,259.72	7,307,790.33	7,516,189.10	7,726,954.98	7,982,425.09	8,168,874.34	8,332,483.50	8,552,569.14
PERSONAL INVALIDO	14,409.44	30,922.77	49,391.47	69,794.58	92,364.33	117,208.87	144,639.06	174,391.82	208,203.19	240,222.23
PERSONAL JUBILADOS	3,018.40	11,735.51	21,765.50	27,813.33	30,724.46	35,781.74	50,389.85	66,076.90	86,547.98	115,628.33
PERSONAL RETIRADO	654.56	827.22	603.50	575.31	551.83	530.16	506.67	488.93	465.35	449.87
VIUDAS Y HUERFANOS	53,460.00	71,280.00	71,280.00	71,280.00	89,100.00	89,100.00	95,475.00	114,570.00	114,570.00	133,665.00
TOTAL ANUAL:	6,806,364.74	7,074,383.34	7,290,300.18	7,477,235.55	7,726,929.72	7,969,955.65	8,253,435.67	8,522,398.98	8,740,370.02	9,042,474.58
INCREMENTO ANUAL:		3.937%	3.032%	2.584%	3.368%	3.113%	3.562%	3.259%	2.558%	3.456%

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PERSONAL ACTIVO	8,758,706.14	8,928,885.30	9,084,931.19	9,113,077.14	9,208,938.56	9,278,357.72	9,278,356.82	9,257,318.70	9,183,319.49	9,179,818.30	9,112,334.25
PERSONAL INVALIDO	276,312.41	314,178.82	353,296.48	392,781.32	432,863.46	473,021.67	512,596.65	551,111.93	588,132.48	623,842.78	657,586.63
PERSONAL JUBILADOS	155,183.24	360,885.42	613,552.40	903,397.95	1,222,855.80	1,571,877.78	1,946,191.17	2,335,922.16	2,736,152.01	3,165,568.60	3,628,625.14
PERSONAL RETIRADO	440.10	432.84	428.97	432.72	439.24	450.02	461.12	474.78	491.06	506.76	528.45
VIUDAS Y HUERFANOS	133,665.00	133,665.00	167,400.00	173,160.00	173,160.00	173,160.00	194,805.00	194,805.00	194,805.00	194,805.00	194,805.00

TOTAL ANUAL:	9,324,306.89	9,738,057.17	10,199,569.04	10,582,849.14	11,039,257.07	11,496,867.20	11,932,410.77	12,339,832.56	12,712,900.04	13,184,539.44	13,593,879.48
INCREMENTO ANUAL:		3.117%	4.437%	4.739%	4.313%	4.145%	3.789%	3.413%	3.025%	3.553%	3.281%

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 18

COSTOS DEL SERVICIO MEDICO DE ASISTENCIA PRIVADA
POR AÑO DE PROYECCION

GRUPO 3

AÑO	1988	1989	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PERSONAL ACTIVO	7,469,991.70	7,668,869.96	7,867,470.74	8,081,256.85	8,287,420.74	8,525,181.06	8,766,457.84	9,020,578.05	9,231,127.25	9,430,329.25
PERSONAL INVALIDO	20,467.43	43,272.60	68,734.13	96,599.85	128,258.31	162,932.42	201,067.11	242,562.69	286,834.48	333,530.32
PERSONAL JUBILADOS	36,407.07	41,750.34	43,952.33	45,776.64	51,401.01	58,593.68	68,033.10	81,662.86	98,216.39	125,859.54
PERSONAL RETIRADO	272.24	259.92	246.54	237.85	227.16	217.80	208.15	199.92	192.18	185.06
VIUDAS Y HUERFANOS	71,280.00	89,100.00	88,100.00	95,475.00	114,570.00	114,570.00	133,665.00	133,665.00	152,760.00	171,655.00

TOTAL ANUAL:	7,588,418.44	7,843,252.83	8,089,503.74	8,319,706.19	8,581,877.22	8,861,494.96	9,169,431.20	9,478,656.55	9,769,130.27	10,061,759.16
INCREMENTO ANUAL:		3.222%	3.140%	2.846%	3.151%	3.259%	3.475%	3.372%	3.085%	2.995%

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PERSONAL ACTIVO	9,864,102.98	9,872,573.05	10,036,370.81	10,089,168.48	10,044,098.01	9,955,227.66	9,764,487.27	9,507,745.99	9,178,047.19	8,803,984.80	8,441,818.15
PERSONAL INVALIDO	382,473.01	432,893.73	484,080.71	534,275.26	582,474.36	627,961.15	689,707.46	706,991.43	739,211.60	766,173.15	789,246.54
PERSONAL JUBILADOS	176,559.29	432,053.63	786,987.52	1,242,125.87	1,794,610.84	2,441,904.97	3,166,097.68	3,927,117.48	4,675,050.49	5,367,473.91	5,977,786.76
PERSONAL RETIRADO	180.24	178.32	180.84	188.88	202.80	221.12	243.63	269.37	285.14	319.43	339.28
VIUDAS Y HUERFANOS	188,325.00	189,325.00	209,250.00	209,250.00	209,250.00	216,450.00	218,450.00	216,450.00	216,450.00	194,805.00	173,180.00

TOTAL ANUAL:	10,411,640.49	10,926,123.73	11,516,849.87	12,075,008.51	12,630,636.00	13,241,784.90	13,816,986.05	14,358,574.27	14,809,054.43	15,132,766.29	15,381,322.71
INCREMENTO ANUAL:		3.477%	4.941%	5.407%	4.846%	4.601%	4.344%	3.920%	3.137%	2.188%	1.643%

TABLA 19
CUOTAS ANUALES TOTALES APORTADAS AL SEGURO SOCIAL
POR EL RAMO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD POR GRUPO
DE SUELDO

Escenario	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
GRUPO 1: Edad promedio 30 años										
Sueldo de 1-2 SMGDF	2,251,196	2,339,782	2,422,373	2,502,854	2,588,045	2,683,528	2,766,646	2,848,595	2,929,354	3,006,060
Sueldo de 3-5 SMGDF	3,062,903	3,175,520	3,256,089	3,332,329	3,414,966	3,506,404	3,567,709	3,606,002	3,635,610	3,655,554
Sueldo mayor a 5 SMGDF	4,281,620	4,412,046	4,482,409	4,538,503	4,596,364	4,658,168	4,668,975	4,635,768	4,582,321	4,509,847

Escenario	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
GRUPO 1: Edad promedio 30 años											
Sueldo de 1-2 SMGDF	3,024,825	3,033,684	3,046,507	3,064,899	3,087,999	3,103,742	3,110,985	3,114,434	3,126,925	3,146,305	3,163,300
Sueldo de 3-5 SMGDF	3,715,693	3,765,710	3,823,088	3,862,251	3,914,307	3,946,475	3,956,482	3,958,837	3,972,678	4,012,423	4,046,735
Sueldo mayor a 5 SMGDF	4,609,670	4,692,780	4,785,058	4,841,452	4,916,885	4,963,140	4,978,863	4,978,445	4,998,816	5,056,333	5,105,836

Note: Estas cifras representan la suma de cuotas obrero-patronal por el ramo de enfermedades y maternidad de acuerdo con las cuotas del Seguro Social de la Ley del IMSS al tro. de julio de 1997

SMGDF: Salario Mínimo General del Distrito Federal: \$30.20 al 31 de Agosto de 1998

TABLA 20
CUOTAS ANUALES TOTALES APORTADAS AL SEGURO SOCIAL
POR EL RAMO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD POR GRUPO
DE SUELDO

Escenario	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2018
GRUPO 2: Edad promedio 40 años											
Sueldo de 1-2 SMGDF	2,584,341	2,691,096	2,784,563	2,866,997	2,942,882	3,010,162	3,092,297	3,154,164	3,204,273	3,253,832	3,187,154
Sueldo de 3-5 SMGDF	4,377,209	4,451,839	4,494,098	4,506,102	4,490,672	4,473,060	4,454,476	4,402,831	4,314,720	4,224,592	4,010,588
Sueldo mayor a 5 SMGDF	6,657,605	6,656,498	6,606,768	6,513,487	6,375,631	6,237,282	6,088,149	5,889,358	5,631,644	5,371,291	5,022,970

Escenario	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
GRUPO 2: Edad promedio 40 años											
Sueldo de 1-2 SMGDF	3,271,309	3,276,958	3,266,414	3,256,358	3,247,723	3,237,398	3,225,724	3,209,366	3,204,612	3,199,336	3,187,154
Sueldo de 3-5 SMGDF	4,254,497	4,256,011	4,230,900	4,203,595	4,180,230	4,152,240	4,120,865	4,082,315	4,063,282	4,043,081	4,010,588
Sueldo mayor a 5 SMGDF	5,414,572	5,414,655	5,375,022	5,331,561	5,293,622	5,248,762	5,198,862	5,138,458	5,106,966	5,073,954	5,022,970

Nota: Estas cifras representan la suma de cuotas obrero-patronal por el ramo de enfermedades y maternidad de acuerdo con las cuotas del Seguro Social de la Ley del IMSS al Tro. de julio de 1997
SMGDF: Salario Mínimo General del Distrito Federal: \$30.20 al 31 de Agosto de 1998

TABLA 21
CUOTAS ANUALES TOTALES APORTADAS AL SEGURO SOCIAL
POR EL RAMO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD POR GRUPO
DE SUELDO

Escenario	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
GRUPO 3: Edad promedio 43 años										
Sueldo de 1-2 SMGDF	2,819,873	2,960,326	3,079,441	3,157,755	3,202,380	3,230,402	3,255,217	3,270,516	3,269,597	3,278,060
Sueldo de 3-5 SMGDF	5,081,296	5,159,182	5,190,241	5,144,750	5,042,002	4,906,969	4,772,601	4,616,570	4,433,290	4,263,852
Sueldo mayor a 5 SMGDF	7,769,277	7,759,255	7,660,598	7,468,185	7,211,789	6,892,561	6,556,857	6,199,211	5,802,730	5,425,707
GRUPO 3: Edad promedio 43 años										
Sueldo de 1-2 SMGDF	3,272,513	3,273,494	3,277,903	3,279,027	3,274,957	3,258,342	3,233,354	3,201,375	3,166,370	3,132,414
Sueldo de 3-5 SMGDF	4,251,162	4,245,259	4,242,340	4,230,628	4,205,747	4,157,487	4,091,619	4,013,936	3,930,800	3,851,252
Sueldo mayor a 5 SMGDF	5,405,818	5,394,215	5,366,320	5,364,626	5,322,553	5,245,231	5,141,370	5,019,861	4,890,644	4,767,666

Nota: Estas cifras representan la suma de cuotas obrero-patronal por el ramo de enfermedades y maternidad de acuerdo con las cuotas del Seguro Social de la Ley del IMSS al 1ro. de julio de 1987
 SMGDF: Salario Mínimo General del Distrito Federal: \$36.20 al 31 de Agosto de 1988

Tabla 22

COMPARATIVA ANUAL DE COSTOS ENTRE SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS Y CUOTAS APORTADAS AL SEGURO SOCIAL
GRUPO I: Edad promedio 30 años

Escenario	1989	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Costo servicio médico	5,359,512	5,573,088	5,888,774	6,032,858	6,174,184	6,371,802	6,517,389	6,693,482	6,841,087
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	2,251,196	2,422,373	2,502,854	2,588,045	2,683,528	2,766,648	2,848,595	2,929,354	3,006,080
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	3,062,803	3,175,520	3,332,329	3,414,866	3,508,404	3,567,709	3,668,002	3,635,610	3,655,554
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	4,281,820	4,412,046	4,538,503	4,596,364	4,658,188	4,689,975	4,635,768	4,582,321	4,509,847
%Diferencia serv. médico / cuotas IMSS									
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	136.07%	137.05%	135.87%	133.10%	130.08%	130.30%	128.79%	128.50%	127.58%
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	74.88%	76.39%	77.02%	76.66%	76.09%	76.59%	80.74%	84.11%	87.14%
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	25.17%	26.32%	29.97%	31.23%	32.55%	36.47%	40.59%	46.07%	51.89%

Escenario	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Costo servicio médico	6,891,450	7,257,835	7,480,610	7,711,146	7,939,837	8,193,852	8,476,459	8,735,987	8,987,841	9,253,162	9,537,764
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	3,024,625	3,033,684	3,048,507	3,064,889	3,087,989	3,103,742	3,110,985	3,114,434	3,126,825	3,146,305	3,163,300
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	3,715,683	3,765,710	3,823,088	3,862,251	3,914,307	3,946,475	3,956,482	3,956,837	3,972,878	4,012,423	4,046,735
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	4,609,070	4,662,760	4,785,058	4,841,452	4,916,885	4,963,140	4,978,863	4,978,445	4,988,818	5,056,333	5,105,836
%Diferencia serv. médico / cuotas IMSS											
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	131.14%	139.24%	145.55%	151.80%	157.12%	164.00%	172.47%	180.60%	187.76%	194.10%	201.51%
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	88.16%	92.74%	95.67%	98.65%	102.84%	107.82%	114.24%	120.86%	126.50%	130.81%	135.89%
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	51.67%	54.86%	56.33%	58.27%	61.45%	65.09%	70.32%	75.81%	80.00%	83.00%	86.80%

Tabla 23

COMPARATIVA ANUAL DE COSTOS ENTRE SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS Y CUOTAS APORTADAS AL SEGURO SOCIAL

GRUPO 2: Edad promedio 40 años

Escenario	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Costo servicio médico	6,806,365	7,074,383	7,290,300	7,477,254	7,720,930	7,969,556	8,253,438	8,522,400	8,740,370	9,042,475
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	2,584,341	2,691,096	2,784,563	2,869,997	2,942,982	3,010,162	3,082,297	3,154,184	3,204,273	3,253,832
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	4,377,209	4,451,839	4,694,098	4,506,102	4,490,872	4,473,080	4,454,476	4,402,831	4,314,720	4,224,592
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	6,657,805	6,656,488	6,608,788	6,513,487	6,375,831	6,237,282	6,068,148	5,889,358	5,631,844	5,371,281
%Diferencia serv. médico / cuotas IMSS										
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	183.37%	182.88%	181.81%	180.62%	182.82%	184.78%	186.90%	170.20%	172.77%	177.90%
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	55.50%	58.91%	82.22%	85.94%	72.11%	78.17%	85.28%	93.57%	102.57%	114.04%
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	2.23%	8.28%	10.35%	14.80%	21.23%	27.77%	35.57%	44.71%	55.20%	68.35%

Escenario	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Costo servicio médico	9,324,307	9,738,057	10,199,569	10,592,849	11,039,257	11,498,897	11,932,411	12,339,833	12,712,800	13,164,539	13,593,879
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	3,271,309	3,278,958	3,296,414	3,258,358	3,247,723	3,237,398	3,225,724	3,209,368	3,204,812	3,199,336	3,187,154
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	4,254,497	4,258,011	4,230,900	4,203,595	4,180,230	4,152,240	4,120,865	4,082,315	4,063,282	4,043,081	4,010,588
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	5,414,572	5,414,055	5,375,022	5,331,561	5,283,622	5,248,782	5,198,862	5,139,458	5,108,688	5,073,954	5,022,970
%Diferencia serv. médico / cuotas IMSS											
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	185.03%	197.17%	212.28%	224.89%	239.91%	255.13%	269.91%	284.49%	286.71%	311.48%	326.52%
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	118.16%	128.81%	141.07%	151.76%	164.08%	176.88%	189.56%	202.27%	212.87%	225.81%	238.95%
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	72.21%	79.85%	89.78%	88.49%	108.54%	119.04%	129.62%	140.14%	148.93%	169.45%	170.93%

Tabla 24

COMPARATIVA ANUAL DE COSTOS ENTRE SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS Y CUOTAS APORTADAS AL SEGURO SOCIAL GRUPO 1: Edad promedio 43 años

Escenario	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Costo servicio médico	7,598,418	7,843,253	8,089,508	8,319,706	8,561,877	8,681,485	9,169,431	9,478,657	9,789,130	10,061,759
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	2,619,673	2,960,328	3,076,441	3,157,755	3,202,380	3,230,402	3,255,217	3,270,516	3,268,597	3,278,060
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	5,061,296	5,159,182	5,190,241	5,144,750	5,042,002	4,906,969	4,772,601	4,616,570	4,433,290	4,293,832
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	7,769,277	7,759,255	7,690,588	7,469,185	7,211,799	8,862,581	6,556,857	6,189,211	5,602,730	5,425,707
%Diferencia serv. médico / cuotas IMSS	169.46%	164.95%	162.69%	163.47%	167.68%	174.32%	181.08%	189.82%	196.79%	208.94%
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	49.54%	52.03%	55.86%	61.71%	70.21%	80.59%	92.13%	105.32%	120.36%	135.96%
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	-2.20%	1.08%	5.32%	11.10%	19.90%	28.75%	39.84%	52.90%	68.35%	85.45%

Escenario	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Costo servicio médico	10,411,640	10,926,124	11,516,850	12,075,009	12,630,636	13,241,765	13,816,986	14,558,574	14,809,054	15,132,756	15,361,323
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	3,272,513	3,273,484	3,271,903	3,279,027	3,274,957	3,258,342	3,233,364	3,201,375	3,166,370	3,132,414	3,097,484
Cuota IMSS Sueldo de 3-5 SMGDF	4,251,162	4,245,259	4,242,340	4,230,828	4,205,747	4,157,487	4,091,619	4,013,936	3,930,800	3,851,252	3,773,670
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	5,405,818	5,394,215	5,368,320	5,364,628	5,322,553	5,245,231	5,141,370	5,019,681	4,890,644	4,787,666	4,649,102
%Diferencia serv. médico / cuotas IMSS	216.15%	233.78%	251.35%	268.25%	285.67%	306.40%	327.33%	348.51%	367.70%	383.10%	398.57%
Cuota IMSS Sueldo de 1-2 SMGDF	144.91%	157.37%	171.47%	185.42%	200.32%	218.50%	237.69%	257.72%	276.74%	292.83%	307.60%
Cuota IMSS Sueldo mayor a 5 SMGDF	92.60%	102.55%	113.92%	125.09%	137.30%	152.45%	168.74%	186.04%	202.80%	217.40%	230.65%

Figura 1.
Costo servicio médico vs Cuotas IMSS
Grupo 1: Edad promedio 30 años

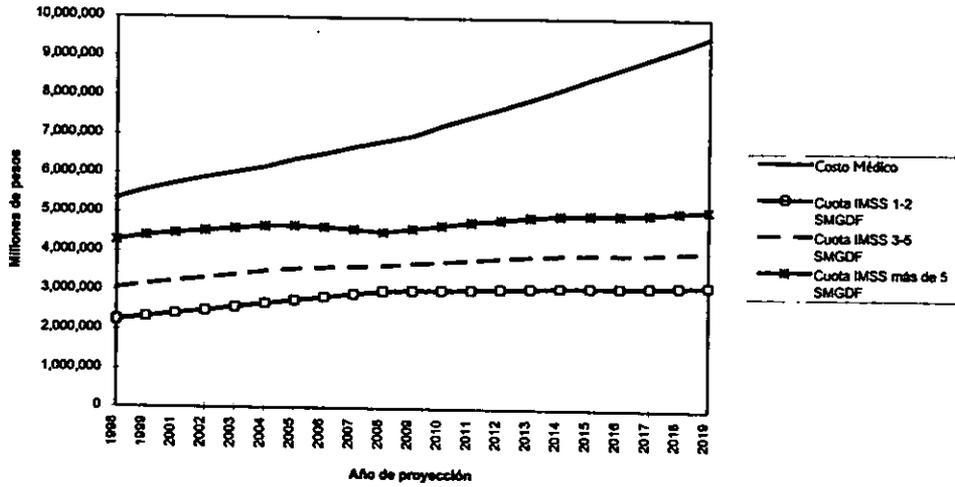


Figura 2.
Costo médico vs Cuotas IMSS
Grupo 2: Edad promedio 40 años

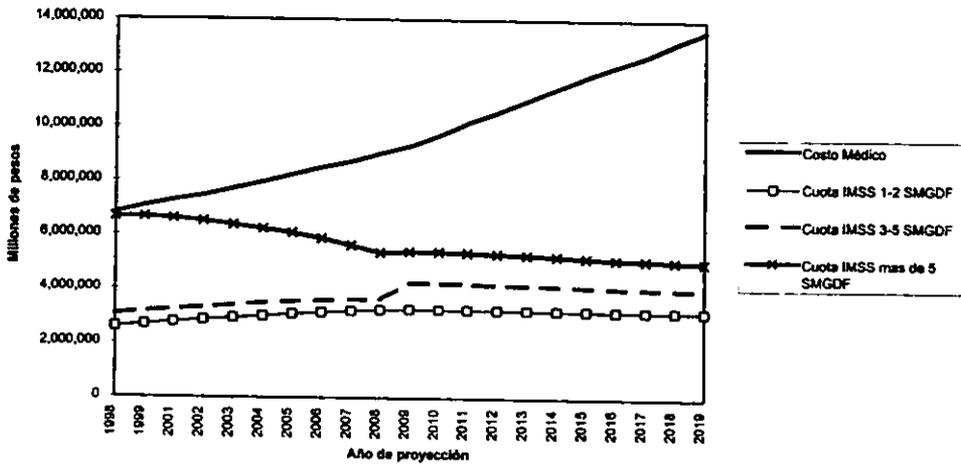
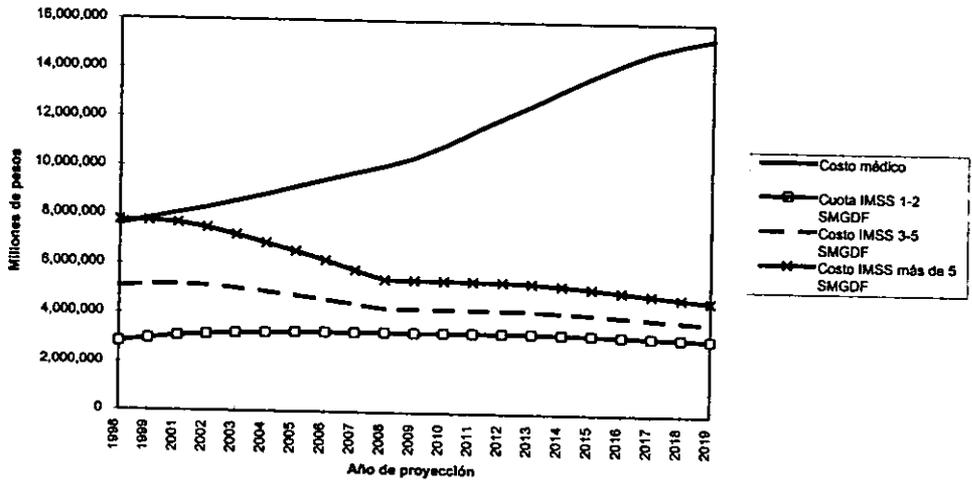


Figura 3.
Costo médico vs Cuota IMSS
Grupo 3: Edad promedio 43 años



CONCLUSIONES

Una vez determinados los costos de los servicios privados de asistencia médica y de las cuotas obrero-patronales del ramo de enfermedades y maternidad que aportan las empresas al I.M.S.S., se puede apreciar que el costo de aceptar la subrogación de los servicios es mayor que continuar aportando al Seguro Social.

De acuerdo con los resultados presentados y considerando el marco actual del Sector Salud, esta alternativa de subrogación no es viable para las empresas en el sentido que representa un gasto adicional al que actualmente efectúan y no un beneficio financiero.

Sin embargo este análisis no puede limitarse exclusivamente a las expectativas actuales, ni al aspecto económico únicamente. Es importante tomar en cuenta también que esta alternativa de subrogación implica un impulso al mercado privado de asistencia médica y muy posiblemente abre las puertas a una competencia legal de los servicios otorgado.

Los costos promedio de la asistencia médica privada utilizados en el presente estudio, pueden disminuirse al contar con un mercado más abierto y de competencia libre, representando un beneficio económico para las empresas que opten por esta alternativa.

La subrogación de servicios puede implicar para las empresas un beneficio, no cuantificable por el momento, en cuanto a la calidad del servicio otorgado y a la pronta atención de los asegurados afectados.

Por otro lado, esta alternativa permitirá al Instituto desahogar parte de la carga económica que presenta, permitiéndole subsanar su déficit y mejorar sus finanzas al disminuir el número de derechohabientes que hacen uso del servicio médico, sin embargo, el reto que presenta el Instituto a partir de la reforma a su legislación es realizar un análisis de conveniencia en el sentido de que la subrogación de servicio con reversión de cuotas también implica una disminución en los ingresos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LEY DEL SEGURO SOCIAL, I.M.S.S. Coordinación general de comunicación social 1995, México, D.F.
- 2.- Tabla de mortalidad experiencia mexicana 1962-1967
- 3.- Tabla de probabilidad de invalidez, experiencia I.M.S.S. 1997
- 4.- Tabla de rotación experiencia bancaria
- 5.- Tabla de probabilidad de entrada a la jubilación experiencia I.M.S.S. 1997
- 6.- Tabla de sobrevivencia para inválidos experiencia I.M.S.S. 1997
- 7.- Tabla de sobrevivencia para jubilados experiencia I.M.S.S. 1997
- 8.- Proporción de nuevos ingresantes por edad experiencia I.M.S.S. 1997

CONCLUSIONES GENERALES

La situación financiera actual del Instituto Mexicano del Seguro Social se debe principalmente a una descapitalización originada por una deficiente administración de las variables controlables como son las cuotas correspondientes a cada ramo de aseguramiento, los gastos propios del Instituto, la administración de su recurso humano, sus decisiones en la inversión de activos fijos que disminuyeron su liquidez .

Por otra parte, una inadecuada proyección de las variables incontrolables tales como el incremento en la población derechohabiente, el incremento en la esperanza de vida de la población mexicana, la inflación del país y las crisis económicas, originó que el modelo inicial de 1943 resultara insostenible y poco representativo de la realidad que aqueja al Instituto.

Sin embargo, esta situación pudo ser corregida evaluando cada una de las variables, antes mencionadas, de forma periódica a fin de adaptar los requerimientos referentes a la población derechohabiente y del propio Instituto, evitando así la descapitalización del IMSS y por ende su repercusión en la calidad en el servicio médico otorgado.

Ante esta problemática, el sector privado ha vuelto sus ojos a nuevas expectativas de servicio médico, mediante la adquisición de redes de prestadores de estos servicios encargados de subsanar algunas de las deficiencias del sector médico público.

Dada la anterior problemática, el IMSS en su afán de aminorar el grave déficit que posee, ha realizado una serie de modificaciones a sus estatutos máximos, mismos que consisten en reestructurar del esquema de cuotas y promover la alternativa de reversión de cuotas a las empresas y la subrogación de los servicios a las mismas.

Se concluye que con esta alternativa el IMSS persigue traspasar la obligación del servicio médico de los empleados a las instituciones privadas bajo una nueva reglamentación formal.

Sin embargo, lo anterior fractura los principios básicos de solidaridad e igualdad que persiguen otorgar el servicio médico a todos los derechohabientes sin importar clases sociales o situación económica en un esquema de aportaciones a un fondo de apoyo común.

Esta reversión de cuotas puede servir como factor de conveniencia a las empresas privadas siempre y cuando éstas conozcan el alcance de la misma ya que de otra forma no se le podrá dar una aplicación correcta.

Bajo este planteamiento se ha decidido realizar un estudio de factibilidad considerando diferentes supuestos.

De los resultados obtenidos en el Capítulo III se pueden desprender las siguientes conclusiones:

- 1) Considerando el costo actual promedio del servicio médico otorgado por las principales Compañías Aseguradoras, se observa que el costo total de dichos servicios es superior, en todo momento, al costo de las aportaciones al IMSS.
- 2) Definitivamente, este costo deberá decrecer por conceptos tales como participación del mercado de las diversas compañías que presten dicho servicio, por lo que paulatinamente se verá reflejado en un beneficio para las empresas.
- 3) Este estudio de factibilidad deberá incluir la rotación real de cada empresa, así como la distribución del personal y de los sueldos reales con el fin de conocer el efecto económico real de dicha alternativa y poder tomar una decisión oportuna y precisa.
- 4) Asimismo, la empresa deberá cuantificar aquellas prestaciones adicionales como son los Seguros de Gastos Médico Mayores que otorgan a sus empleados a fin de conocer sus erogaciones totales por este concepto y el impacto económico que representaría la sustitución de esta prestación.

Por otro lado, esta reforma implica repercusiones para el mismo IMSS, en virtud de que esta alternativa de revertir las cuotas representaría:

- 1) Deshacerse de un porcentaje de cuotas que muy probablemente correspondan a los empleados de sueldos mayores y que a su vez son los que aportan mayores cuotas al Instituto.
- 2) Desaprovechar la opción de allegarse recursos mediante la renta de sus instalaciones a las empresas que prestarán estos servicios al autorizarse el reglamento de reversión de cuotas.
- 3) Contar con pocos recursos para enfrentar los momentos de crisis económicas en nuestro país y que afectan severamente a la población trabajadora provocando fuertes depresiones en las plazas de trabajo y por ende menores cotizaciones al IMSS.

El Seguro Social deberá valorar a fondo la conveniencia propia de llevar a cabo la autorización del Reglamento de Reversión de cuotas que hasta el momento de concluido este trabajo no ha sido autorizado, sin embargo la tendencia del mercado que presta estos servicios, así como los mismo comentarios del instituto al respecto, están claramente dirigidas a su autorización.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- LEY DEL SEGURO SOCIAL, I.M.S.S. coordinación general de comunicación social 1995, México, D.F.
- 2.- SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL SIGLO XXI, Ruiz Durán Clemente, Fundación Luis Donaldo Colosio, A.C., Editorial Diana, México, D.F. 1997
- 3.- CONVENIO DE SUBROGACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL IMSS Y LA ASOCIACION MEXICANA DE BANCOS, IMSS, 22 de abril de 1957, México, D.F.
- 4.- REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL, CISS, CEDESS, México, D.F. 1997