



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

PROYECCIONES DE INGRESO-GASTO EN LOS SISTEMAS DE
SALUD

REPORTE DE SEMINARIO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARIA

P R E S E N T A :

ALICIA JANET CASTILLO CORTÉS

TUTOR

ACT. ALEJANDRO HAZAS SÁNCHEZ

CO-TUTOR

ACT. CARLOS CONTRERAS CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo I: Teoría de la Seguridad Social en Salud	6
I.1 Definición	6
I.2 Historia de la Seguridad Social con enfoque en Salud	8
I.2.1 La Historia en el Mundo	8
I.2.2 La Historia en México	11
I.2.3 Las Grandes Instituciones	12
I.3 Principios doctrinados	14
I.3.1. Universalidad	14
I.3.2 Equidad	14
I.3.3 Solidaridad	14
I.3.4 Perennidad	15
I.3.5 Integralidad	15
I.3.6 Unidad	15
I.3.7 Obligatoriedad	16
I.4 Sistema de Asistencia Médica	16
I.4.1 Sistemas Indirectos	17
I.4.2 Sistemas Directos	17
I.4.3 Niveles de Asistencia Médica en Salud	19
I.5 Problemática Actual de los Seguros de Salud en la Seguridad Social	20
Capítulo II: Marco Legal de la Seguridad Social en Salud	26
II.1 Jerarquía de Orden Jurídico Mexicano	26
II.2 El Artículo 123 Constitucional	28
II.3 Convenios Internacionales	29
II.3.1 Convenio 3	30
II.3.2 Convenio 103	31
II.3.3 Convenio 102	31
II.3.4 Recomendación 134 de la Organización Internacional del Trabajo	33
II.4 Principales Disposiciones Federales en materia de Salud, como parte de la Seguridad Social	33

II.4.1 Ley del Seguro Social	34
II.4.2 Ley del ISSSTE	36
II.4.3 Ley General de Salud	38
II.4.4 Seguro Popular	40
II.4.5 Ley del ISSFAM	42
Capítulo III: Proyecciones de Ingreso-Gasto en Salud	44
III.1 Método de Proyección Estándar Poblacional	45
III.2 Procedimiento para los Factores de Proyección	46
III.3 Proyecciones de Ingresos	47
III.3.1 Ingreso Total	48
III.3.2 Remanente	50
III.4 Proyección de Gasto	51
III.4.1 Beneficios en Efectivo	51
III.4.1.1 Subsidio de Enfermedad	51
III.4.1.1 Subsidio para Maternidad y Beneficios Funerarios	52
III.4.2 Beneficios en Especie	53
III.4.2.1 Asistencia Médica	53
III.4.2.2 Suministro de Medicamentos	58
III.4.2.3 Cuidado Hospitalario	59
III.4.2.4 Estudios de Diagnóstico y Otros Servicios	60
III.4.2.5 Otros Cuidados	61
III.5 Costos Administrativos	61
III.6 Gasto Global Proyectado	63
III.7 Cálculo de un Término Medio de la Prima o Tasa de Cotización	63
Conclusiones	66
Glosario	67
Bibliografía	70

Introducción

Todos los seres humanos estamos expuestos a un sinnúmero de riesgos fortuitos a lo largo de nuestras vidas, por lo que para la sociedad, es de suma importancia cuidar a cada uno de sus habitantes tratando de proporcionar el mejor esquema de seguros, especialmente los de salud, buscando captar el mayor número de habitantes con nuevas y mejores formas de protección y gestión, alcanzando un mejor nivel de desarrollo.

Como bien sabemos, en nuestro país existen varias instituciones que se encargan de brindar estos seguros obteniendo ingresos por medio de un pago presupuestal o a través de cuotas, con el fin de solventar sus costos y gastos originados por la asistencia médica que proporcionan, por tal motivo, el objetivo de este trabajo es conocer más a fondo cómo funciona el seguro de salud en el ámbito de la seguridad social; en él se analizan sus bases teóricas, legales y problemática actual, así como la necesidad financiera futura a través de técnicas de la Matemática Actuarial que permitan estimar la cantidad de recursos que se requieren durante tres años al futuro; y mostrar su factibilidad utilizando datos reales de alguna institución administradora de seguros de salud de la seguridad social.

Al inicio de este trabajo se comparan algunas definiciones y principios determinados por algunos autores para obtener una visión más amplia y clara sobre el concepto de seguridad social. Por consiguiente, se hace una investigación acerca de sus orígenes para valorar la importancia de la misma, así como la labor y las luchas que ha tenido que enfrentar para el bien común, dando origen al sistema de provisión de atención médica que conocemos en nuestros días. También se inquiriere sobre los sistemas de asistencia médica, sus características y funcionamiento, dándonos un panorama que permita comprender la distribución, composición y variedad de opciones que se manejan en nuestras Instituciones Aseguradoras, sean públicas o privadas, poniendo un especial énfasis en la problemática actual que viven, así como aquellos factores que probablemente limitan su desarrollo y no les permiten ofrecer servicios de calidad.

Dado que es importante conocer el marco legal de la seguridad social en salud, puesto que en él se señala cómo debe financiarse, administrarse, etcétera, en la segunda parte de este reporte se muestra la jerarquía del orden jurídico al que se sujetan nuestra legislación;

lo que en materia de Seguridad Social menciona la Carta Magna; y se resumen los convenios internacionales y las principales disposiciones federales que la regulan.

En la tercera parte del reporte, utilizando técnicas actuariales avaladas por la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Organización Internacional del Trabajo, se muestra cómo podrían realizarse las proyecciones de la población, el ingreso y gasto de una institución, considerando los cambios demográficos y algunos factores financieros, para así estimar el monto porcentual de la contribución que puede requerirse en durante tres años; finalmente se adapta el modelo al Instituto Mexicano del Seguro Social, que es la principal institución proveedora de atención médica en la seguridad social en México, además de que cuenta con la información más completa y ha tenido reconocimiento internacional como el mayor asegurador de Latinoamérica por su propio desarrollo, aún a pesar de las dificultades financieras y administrativas que enfrenta.

Finalmente, con el fin de obtener una mejor idea de algunos términos técnicos utilizados en este trabajo, se recomienda al lector consultar el glosario que se encuentra al final de dicho documento.

Capítulo I: Teoría de la Seguridad Social en Salud

La sociedad establece distintos mecanismos para enfrentar toda contingencia que ocurra, como lo son los sistemas de seguridad social, diseñados y puestos en práctica para combatir la incertidumbre que ocurre en la vida cotidiana, donde su organización y estructura responde a condiciones particulares de cada sociedad.

La seguridad social requiere de sistemas dinámicos y flexibles para que puedan ser adaptados de acuerdo a las características de las diferentes sociedades en determinado momento y se ajusten fácilmente en las actualizaciones de la época. Hoy en día, la seguridad social se ha convertido en una herramienta con la que los individuos aseguran el derecho fundamental a la salud, al trabajo decoroso, a la vivienda y a una vejez digna. Además representa un compromiso solidario que permite compartir riesgos, recursos y beneficios en el que el Estado es el principal participante, constituyéndose en un elemento imprescindible y esencial como un sistema de protección pública para los trabajadores.

El propósito básico del sector salud es la prevención del sistema de salud, mediante los cuidados médicos preventivos, detección oportuna de padecimientos, seguimiento continuo del tratamiento necesario para conservar o alcanzar la salud.

I.1 DEFINICIÓN

Se pueden encontrar diferentes definiciones para la seguridad social, y una de las más completas y reconocidas internacionalmente es la citada por la Oficina Internacional del Trabajo:

“La seguridad social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros de las inestabilidades y amenazas que de manera natural se presentan en la vida cotidiana de las personas mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de la enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección de asistencia médica así como la ayuda a familia e hijos”.¹

Sin embargo se definen modelos de seguridad social que reúnen las siguientes características para proporcionar una definición de acuerdo a su perfil central:

1. “Es un medio que pretende amparar al individuo frente a las contingencias de vida, además de promover su bienestar y estimular la más completa expresión y desarrollo de sus capacidades”²
2. “Es un instrumento de toda organización social moderna que se diseña y ajusta a las necesidades de una colectividad”²
3. “Es una respuesta organizada y pública frente a las privaciones y desequilibrios económicos y sociales que impone la vida contemporánea y que necesariamente demanda la participación activa de los individuos que serán beneficiados”²
4. “Es un compromiso colectivo que permite compartir los riesgos y los recursos de las personas. Su misión supera la simple lucha contra la pobreza y se propone incrementar la calidad de vida, fortalecer la seguridad personal y generar condiciones de mayor equidad”²
5. “Es un derecho fundamental y poderoso instrumento de progreso social, que actúa mediante la solidaridad y la distribución de la riqueza que con su trabajo genera una comunidad”²

Entonces, de acuerdo a los modelos, tenemos que seguridad social se distingue por ser un medio de los individuos que ocupan como instrumento organizacional para obtener una respuesta organizada y pública que creará un compromiso para compartir los riesgos y recursos personales, con el derecho de un progreso social en forma solidaria y distribución de la riqueza generada por la comunidad.

Se dice que una forma de promover el crecimiento de una nación radica en el impulso de su modelo de seguridad social, que reclama la intervención del Estado para conducir su evolución y cumplir con la justicia social, que lo ideal es que toda la gente esté cubierta y no sólo los trabajadores.

Hay quienes interpretan a la seguridad social como “el conjunto de leyes y organismos aplicados, que tienen por objeto proteger a los individuos y a las familias contra ciertos riesgos sociales”.³

- ¹Oficina Internacional del Trabajo; “Introducción a la Seguridad Social”, Alfaomega 1992.

- ²Narro Robles, José; “La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI”, FCE1993.

Los ejes que lo dirigen están constituidos por un seguro contra el desempleo, contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, contra enfermedades no profesionales y maternidad, y las prestaciones en seguridad social (vivienda, lugares de recreación y ejercitación, etc.), así como la ampliación de los beneficios a familiares.

Los sistemas de seguridad social están regidos generalmente por legislaciones estatales, aunque en algunos países se asocian a regímenes obligatorios legales, profesionales y facultativos, que es lo que ocurre en nuestro país.

En el ámbito de financiamiento los sistemas de seguridad social se clasifican en sistemas de ahorro, capitalización y sistemas de reparto.

Los elementos que la conforman son: asistencia social, prestaciones financiadas por el Estado, prestaciones o asignaciones familiares y cajas de previsión.

Con este pequeño análisis, concluimos que la seguridad social es una protección básica y necesaria dentro de una sociedad, en la que se asegura el cuidado de la salud, del trabajo, de la vivienda y de una vejez digna como un derecho fundamental a toda contingencia ocurrida de forma natural, con las herramientas de sistemas dinámicos y flexibles, que deberán revisarse continuamente para que proporcione un servicio eficaz con los objetivos alcanzados; y puedan gozar del beneficio el trabajador y su familia. Un país sano es un país que se desarrolla positivamente.

I.2 HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON ENFOQUE EN SALUD

El hombre se ha encontrado con la necesidad de protegerse tanto él como a su familia de contingencias y peligros que lo rodean a lo largo de su historia, como resultado se ha organizado en grupos de personas con problemas y preocupaciones similares para obtener una protección mutua, como ejemplo recordaremos a los gremios de artesanos y comerciantes que se formaban con la finalidad de ayudar a sus propios miembros en caso de desgracia; o al hombre primitivo, quien se agrupaba en tribus para protegerse del medio ambiente y lograr la caza, pero cuando descubrió la agricultura, aseguró su comida y de esta forma se estableció, formando aldeas y ciudades para protegerse de los enemigos exteriores.

I.2.1 LA HISTORIA EN EL MUNDO

En la historia más antigua de la seguridad social en el mundo puede verse reflejada en los antecedentes de Egipto, en donde se crearon Instituciones de defensa y ayuda mutua que prestaban auxilio en caso de enfermedad, financiado con un impuesto especial.

En la época industrial con el desarrollo de la nueva tecnología que ocasionó un progreso comercial e industrial, dio origen a nuevos problemas sociales y económicos, ya que al trabajar en estas Industrias se derivó la necesidad de recibir un salario, que cuando el trabajador no podía asistir a laborar, dejaba de percibir su sueldo y de la misma manera ya no era posible contar con la ayuda social que proporcionaba el patrón para proteger al trabajador y a sus familiares, y al quedar desempleados, caer enfermos, sufrir un accidente de trabajo, o alcanzar una edad suficientemente avanzada para trabajar, podrían convertirse en indigentes, y la única ayuda que podrían tener era la de un refugio provisional y cierto sustento de alguna fundación religiosa, porque se creía que la pobreza era una responsabilidad de atender de las fundaciones religiosas.

Esta situación originó a la moderna seguridad social, que tubo el objetivo de lograr recuperar el ingreso de los trabajadores enfermos, a finales del siglo XIX en los países de la Europa Occidental. La seguridad social es el resultado de esta revolución, como esencia es la aportación de cuotas por parte de los trabajadores sanos que se extendía después de los ámbitos patronal y gubernamental a fin de obtener el derecho a servicios de mayor calidad que los disponibles para los pobres y a precios aceptables que podían negociarse en virtud de que el asegurado compraba en volumen. Esto generó el establecimiento de un sistema de contribución progresiva, en el que quien más percibe más contribuye.

En algunos países se elaboró una legislación de beneficencia cuyo objeto era aliviar los sufrimientos de los pobres y proporcionarles algún alojamiento, en donde se reconoce la responsabilidad del Estado, el cual sentó el principio de sufragar la acción con fondos públicos y ser de aplicación universal.

En Alemania de Guillermo I (1883-1889), con el canciller Otton Von Bismarck, se aprobaron leyes que establecieron seguros obligatorios contributivos, restringidos a la clase trabajadora, que cubrían enfermedades (1883), accidentes (1884), invalidez y vejez (1889) y eran financiados por el Estado, patronos y trabajadores.

En 1889, en Paris se creó una Asociación Internacional de Seguros Internacionales, con diferentes congresos en Europa, pero en el Congreso de Roma (1908) se propuso la creación de convenios Internacionales, y en la Carta del Atlántico se menciona la seguridad social (1941).

En 1919 con el tratado de Versalles, se pone fin a la Primera Guerra Mundial y nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con una constitución basada en protección social como pilar de la seguridad social, tal que los países que se afiliaron e introdujeron el seguro social. Convirtiéndose la OIT en la principal promotora de la seguridad social a través de sus conferencias internacionales que resultaban en declaraciones, convenios y recomendaciones.

Entre 1920 y 1923, gran parte de América Latina, Estados Unidos y Canadá, comenzaron a desarrollar políticas sociales en las distintas áreas del bienestar y poco después de 1930 se implantó la seguridad social en países de África, Asia y el Caribe que se independizaban.

La expresión de “Seguridad Social” fue utilizada por primera vez en los Estados Unidos en 1935 y después en una ley de Nueva Zelanda en 1938, que unificó diversas prestaciones de seguridad social existentes y se crearon otras nuevas.

En 1942, el economista inglés William Beveridge publicó un informe titulado “Social Insurance and Allied Service”, en el que da una definición detallada del concepto de Seguridad Social y amplía la cobertura del esquema nacional de seguro, dicho informe ha tenido trascendencia mundial, ya que especifica detalladamente cada uno de los derechos sociales que puede exigir todo ser humano, y han servido de base para crear cada uno de los sistemas de seguridad social en el mundo.

Poco después Beveridge establece el concepto de seguridad social universal, solidaria, equitativa, justa y unificada, para contrarrestar el beneficio desigual a diversos grupos sociales resultantes de los conceptos capitalistas de la política de no intervención; como consecuencia, en 1945 Inglaterra crea el Servicio de Salud en Gran Bretaña.

En San Francisco surge la Carta de los Derechos Humanos con la Organización de las Naciones Unidas (1946) que en sus artículos 22 y 25 declara el derecho de los ciudadanos al seguro social y de salud; surgió La Organización Mundial de la Salud (OMS) como el organismo técnico y político que establece las normas mundiales que todos los países deben seguir para mejorar los indicadores de salud.

En América Latina los programas de seguridad social de Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Uruguay y México (Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943) se establecieron bajo el esquema propuesto por Bismarck. El seguro de salud privado nació en Estados Unidos, esto originó un mercado competitivo en el ámbito de la salud.

El progreso social y político ocurrido durante los últimos cuatro decenios en casi todos los países del mundo, han colocado al seguro social como una prioridad de desarrollo que fundamenta los principios de equidad y solidaridad social propuesta en el Informe de Beveridge, cubriendo tan sólo el 20% de su población total, incluyendo principalmente enfermedad y maternidad, sin embargo, por lo general los seguros de desempleo y familiares están ausentes.

<i>Elementos que Caracterizan al Seguro Social en todos los Regímenes</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La financiación se asegura mediante cotizaciones; ➤ La afiliación es obligatoria; ➤ Las cotizaciones ingresan en cajas especiales a cuyo cargo está el pago de las prestaciones; ➤ Los fondos que no se necesitan para pagar las prestaciones se invierten a fin de que produzcan ingresos suplementarios; ➤ Una persona adquiere las prestaciones en virtud de las cotizaciones que ha pagado, sin que deba demostrar su carencia de recursos; ➤ El monto tanto de las prestaciones como de las cotizaciones guarda relación con los ingresos que el afiliado percibe o percibía.

I.2.2 LA HISTORIA EN MÉXICO

Así como en otras partes del mundo, en nuestro país surgieron instituciones que han brindado protección a aquellos sectores más necesitados, resultado de las crisis, las luchas sociales y la búsqueda constante por el bienestar social.

Con el objeto de brindar a la sociedad los medios y la atención para restablecer la salud, en tiempos de los Aztecas, Moctezuma I regalaba a sus súbditos plantas que se cultivaban en los jardines reales, cuando estaban enfermos. En el Imperio de Moctezuma II, existió el primer hospital para los guerreros; en Texcoco hubo otro para los inválidos, y en general, en Tenochtitlan se construyeron hospitales para los ancianos y enfermos.

Durante la Colonia, la iglesia aportó medicina a los hospitales, construyó sus hospitales a los que llamó Monasterios y en 1519 Hernán Cortés fundó el primer hospital en Huitztilan. Durante el siglo XVII los hospitales cumplían dos funciones: ser un establecimiento para el cuidado de los enfermos (con tintes medievales) y en los nosocomios se recogía a los huérfanos, se daba hospedaje a los peregrinos, se albergaba a los desvalidos y adicionalmente se cuidaba de la salud.

Entre los años de 1531 y 1532, Vasco de Quiroga amplió la segunda función de los nosocomios y creyó en las congregaciones de indígenas fundadas con conocimiento y práctica del cristianismo, el trabajo colectivo y la vida comunal (Hospitales-Pueblo); fundó con dinero propio el Hospital de Santa Fe, cerca de la ciudad de México, conmovido por las miserias de desamparo y maltrato a los indios; puede decirse que fue el Precursor de la Seguridad Social en México.

En la segunda mitad del siglo XIX, ya en la vida del México independiente, el presidente Benito Juárez nacionalizó los bienes del clero y aclaró que los hospitales quedaban en la misma disposición, entregándolos en 1861 al ayuntamiento; así los servicios de salud pasaron a ser una responsabilidad del Estado, sentando quizá el precedente del futuro Consejo de Salubridad, creado en 1887, y que el primer cuerpo consultivo de la República, con responsabilidad federal al depender de la Secretaría de Gobernación.

Con la industrialización en México y la dictadura Porfirista, que reflejó entre otros la necesidad de obtener seguridad, se originó la lucha revolucionaria de 1910, que terminó con el logro de plasmar sus peticiones en la Constitución de 1910 que en su artículo 123, establece los principales derechos y obligaciones de los trabajadores, incluida la seguridad social. En 1929 se reformó y se asentaron las bases para crear una ley.

En 1931 se expidió la Ley Federal del Trabajo y en 1932 el Congreso de la Unión otorgó facultades al poder Ejecutivo Federal para expedir la Ley de Seguridad Social, pero los acontecimientos políticos lo impidieron, sin embargo, se formaron comisiones para el proyecto durante los gobiernos de Abelardo L. Rodríguez y Lázaro Cárdenas (1934-1940)

En 1939 se creó el servicio social universitario en la carrera de medicina para ofrecer atención médica en el medio rural. La contribución de los campesinos se relegó, y las decisiones en torno a las prioridades de inversión fueron asumidas mayoritariamente por la banca ejidal, con la participación del departamento de salubridad, más en función de la seguridad económica nacional que del bienestar social, el gobierno federal destinaba a la salud 5.5% de su gasto total.

En 1943, se promulgó la Ley del Seguro Social, en la que se reafirmó que el seguro social es un servicio público nacional con carácter obligatorio.

I.2.3 LAS GRANDES INSTITUCIONES

En cuanto a la evolución de la seguridad social en México, quedó integrada por cinco grandes organizaciones que destinan sus recursos y programas a grupos de población claramente diferenciados. El IMSS, que atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el ISSSTE, que atiende a quienes prestan sus servicios en las dependencias del Estado; la empresa paraestatal Petróleos Mexicanos a quienes sirve en estructura; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, que atiende a los integrantes de las mismas; la Ley de Salud y el Seguro Popular que atienden a todas aquellas personas que no se encuentran en ninguno de los cuatro regímenes anteriores.

Las grandes Instituciones

INSTITUCIÓN	MOVIMIENTO	COBERTURA	BENEFICIOS	BENEFICIADOS
Seguridad Social	Principios	La Carta Magna como gestora y partidora de las Instituciones de la República.	Representó la vanguardia de la búsqueda de bienestar social	A largo plazo, la sociedad mexicana
Seguridad Social	Principios	La Constitución 1917, menciona la Seguridad Social en el Art.123.	Adicionó en las garantías sociales 93 disposiciones relativas al trabajo y la prevención social	Las relaciones laborales de trabajo urbano
Seguridad Social 1931	Expede	La 1ª Ley Federal del Trabajo.	Se crean Normas a seguir por el patrón y el trabajador	Los trabajadores
IMSS 1943	Publicación de la Ley	La nueva seguridad social en salud para los trabajadores; En el Art. 6º faculta la extensión del régimen rural.	Ofrecer Servicios Médicos Integrales en los ramos de invalidez, accidentes de trabajo, enfermedades, maternidad, vejez y muerte. Así como con Prestaciones en Dinero	Las relaciones laborales de trabajo urbano, y el régimen rural
IMSS 1954	Inclusión	Se implanta el seguro social al campo, fijando las cotizaciones de acuerdo al número de hectáreas.	Inclusión de Sonora, Baja California y Sinaloa	El campo
IMSS 1959	Modificación a la Ley	Hace obligatorio a los patrones de los trabajadores rurales, aportar el 50% de cuota y 50% la Federación.	La participación del patrón y la federación.	Trabajadores rurales.
IMSS 1963	Incorporación a la Ley	Ley Cañera	Ofrece Servicios Médicos e Integrales	Los productores de caña.
IMSS 1965	Incorporación	Pago compartido entre el propietario y el Gobierno Federal.	La participación de la federación.	Pequeños propietarios.
IMSS 1972	Incorporación	Incorporación del Grupo Campesino	Otro grupo cubierto.	58 municipios del

Las grandes Instituciones

INSTITUCIÓN	MOVIMIENTO	COBERTURA	BENEFICIOS	BENEFICIADOS
		productor de henequén.		Estado de Yucatán.
IMSS 1973	Reforma	Seguridad Social a Ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios; Implanta el Ramo de guarderías; Se aporta 40% por IMSS.	Se pueden incorporar al seguro social trabajadores del campo sin capacidad de cotización, pero con jornadas laborales, de beneficio a sus comunidades (infraestructura sanitaria, drenaje, agua potable y letrinas); El cuidado de los niños.	Grupos campesinos, urbanos y madres trabajadoras de toda la República.
IMSS Oportunidades 1979	Incorporación	Atención hospitalaria y ambulatoria, medicinas previstas en cualquier unidad médica del IMSS Oportunidades.	Es un programa con orientación geográfica que proporciona servicios básicos de salud a poblaciones marginadas.	Grupos marginados que residen en zonas rurales sin acceso alguno a servicios básicos de salud.
IMSS 2000	Modificación a la Ley	Adecuación de un nuevo reglamento de atención médica en la Norma Oficial del Expediente Clínico.	Tener un control electrónico, físico, magnético y otro que determine la institución en el control de los expedientes para dar un mejor servicio.	El derechohabiente.
Dirección General de Pensiones Civiles 1925	Base para la Ley	Pensiones por vejez, invalidez, muerte y retiro.	Los trabajadores públicos contaban con pensiones civiles y retiro; facilitó el préstamo a los trabajadores del Estado para el financiamiento de casa habitación o de prestamos menores.	La clase trabajadora del sector público.
ISSSTE 1959	Publicación de la Ley	Atención médica y servicios sociales al trabajador y a su familia; Servicios hospitalarios en instalaciones privadas.	Servicios de seguridad social Creación de una red de hospitales y clínicas en toda la República.	Los trabajadores del sector público y su familia.
ISSSTE 1965	1er Reglamento	Plasma su Organización y Funcionamiento.	Ya no se rige por las disposiciones de la Ley, que no era posible aplicar en algunos órganos.	Los órganos a los que no aplicaba la Ley I.
ISSSTE 1976	Modificación a la Ley	Se ampliaron beneficios, cubriendo la cobertura de enfermedades no profesionales y maternidad.	Mejores prestaciones.	Los trabajadores del sector público.
ISSSTE 2000	Modificación a la Ley	Las trabajadoras pueden registrar a su pareja.	La pareja se integra al sistema.	La clase trabajadora del sector público.
ISSSTE 2007	Modificación a la Ley	Se alarga 10 años la edad de jubilación para los trabajadores y pueden ahorrar en cuentas individuales.	Aseguran su pensión.	La clase trabajadora del sector público.
Seguro Popular 2002	Publicación de la Ley	Proporcionar un paquete básico de intervenciones de primer y segundo nivel, así como algunas intervenciones de alto costo en el tercer nivel de atención.	Ampliar la atención de seguridad social en salud a la población.	Personas no aseguradas, excluidas de la seguridad social, dispuestas a adquirir un sistema público de salud.
Dir. General de Pensiones Militares 1926	Principios ISSFAM	Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y Armada Nacionales.	Dio origen a la Dirección de Pensiones Militares.	Personal Militar.
ISSFAM 1976	Publicación de la Ley	Se promulga la Ley ISSFAM, adoptando reformas publicadas en la nueva ley del Seguro Social.	Otorga las prestaciones y servicios a que tienen derecho.	Militares en activo y retiro, a sus familiares.
ISSFAM 2003	Modificación a la Ley	Promueve y garantiza la participación democrática, amplía sus coberturas	Elaboración de un Plan y programas.	Militares en activo y retiro, a sus familiares.

Las grandes Instituciones

INSTITUCIÓN	MOVIMIENTO	COBERTURA	BENEFICIOS	BENEFICIADOS
		para los asegurados.		
ISSFAM 2006	Modificación a la Ley	Reconoce a los hijos incapacitados Se especifica la ayuda a la lactancia, aún si murió la madre.	Se amplían las coberturas.	Las aseguradas y los hijos con discapacidades.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
 Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
 Instituto Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM)

I.3 PRINCIPIOS DOCTRINADOS

Los principios doctrinados de la seguridad social se refieren al conjunto de normas por las que se rige, esto es, que sus fundamentos están basados en disciplinas de principios jurídicos, filosóficos, doctrinados y técnicos que la definen y le sirven de sustento conceptual humano de justicia y equidad social. En el informe de William Beveridge en 1942, éste describe los principios básicos de la seguridad social, de los cuales están compuestos los principios doctrinados, que se aceptaron en la Organización Internacional de Trabajadores (OIT), tales que son los siguientes:

I.3.1. UNIVERSALIDAD

Este principio se refiere a un conjunto de personas en su totalidad que integra la sociedad, dichos miembros deberán ser tratados de igual forma con los mismos derecho y deberes de protección sin distinguir sexo, edad, nacionalidad, calidad laboral y otros factores, ante las necesidades ocasionadas por contingencias sociales a través de la seguridad social. Este principio es una garantía de la protección para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.

I.3.2 EQUIDAD

Deberán ser amparadas con igualdad y sin discriminación todas las personas cuando ocurra una misma contingencia. A causa de las desigualdades sociales y económicas, la prestación se otorgará con un trato digno y adecuado del riesgo en cuestión, sin importar tal desigualdad.

I.3.3 SOLIDARIDAD

Se define como la base y fundamento de la seguridad social, ya que expresa el sentimiento natural que impulsa al hombre a expresarse ayuda mutua para mantener el bien común. Este

principio es aplicable a la seguridad social, cuando existe un grupo de personas en los que no se quiere ver afectado algún interés propiciado por un riesgo, con el principio de solidaridad, la seguridad social ayuda a aquellos miembros que sufrieran alguna contingencia, para no ver afectado el nivel de vida de éstos, con las contribuciones de los demás asegurados.

Marca una importante diferencia en las prestaciones del servicio de la seguridad social, esto es, que mientras existen prestaciones que dependen de la antigüedad del trabajador en el sistema y del nivel de salario, la única prestación en la que no se puede hacer diferencia por las aportaciones o contribuciones que el trabajador haya hecho, es en el servicio de atención médica de cualquier tipo, es decir, cualquier derechohabiente o su familiar integrante del sistema, no sufra de discriminación y reciban toda atención dentro del sistema con un buen nivel de servicio, ya que las aportaciones de todos los trabajadores se destinan para ofrecer un servicio a todo el que lo requiera.

Como finalidad la seguridad social es un deber y un derecho de todos los ciudadanos, los miembros de la sociedad que están obligados a contribuir a su financiamiento de acuerdo a su capacidad económica y a velar por su correcto y adecuado desarrollo, como actores participantes en el servicio de la seguridad social, para el logro de su perfeccionamiento y consolidación.

I.3.4 PERENNIDAD

Esta doctrina indica el tiempo que debe cubrir el servicio de la seguridad social, y como su nombre lo indica perenne o perpetuo, es decir la seguridad social deberá ser ejercida indefinidamente y sin interrupción, ya que si alguna de estas condiciones no se cumpliera, podría perderse el derecho del trabajador y duplicarse la responsabilidad del empleador y del Estado.

I.3.5 INTEGRALIDAD

Como su nombre lo expresa se deriva de lo integral, que comprende el amparo de todas las partes o aspectos del grupo de individuos que lo integran, este se encuentra directamente vinculado con el beneficio y las prestaciones de la seguridad social.

Procurar las condiciones para el bienestar bajo la noción del cumplimiento de un derecho social, tal que, cada cual contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias.

I.3.6 UNIDAD

Con referencia a la administración de la dependencia de servicio que la norma como una tendencia hacia la unidad del sistema de seguridad social, la coherencia y coordinación

armoniosa de los organismos encargados, la articulación de las políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social. La unidad se vincula con el órgano rector y con la unidad administrativa responsable de la dirección, desarrollo de los programas de seguridad social, con la estructura y funcionamiento del sistema de seguridad social como un todo. Los recursos administrativos, técnicos y financieros deben ser manejados de manera adecuada para que los servicios otorgados por el sistema de seguridad social sean suficientes y oportunos.

I.3.7 OBLIGATORIEDAD

La mayoría de los países adopta este principio de obligatoriedad en el sistema de seguridad, y esto se debe a que es responsabilidad del estado brindar protección y seguridad a sus habitantes, pero no puede obligar a que todos sean integrantes del sistema y en la búsqueda de un equilibrio se apoya en la ley de los grandes números asegurándose de que se incluya el mayor número de participantes posibles.

Estos principios son aplicables con el fin de que las sociedades tengan una buena salud. La OIT en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), trabaja en forma conjunta para mantener el completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional, social y la ausencia de infecciones o enfermedades en el mundo; la OIT normando a la seguridad social y la OMS desarrollando el trabajo de investigación para identificar e informar al mundo la problemática y los avances que se tienen en la salud.

En países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y sus problemas económicos, mientras que en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.

I.4 SISTEMA DE ASISTENCIA MÉDICA

La asistencia médica prevé el mantenimiento, restablecimiento y mejora de la salud de las personas. Esta asistencia médica resulta ser muy cara, por lo que algunos países dedicaron el 10% de su PIB per-cápita a la asistencia médica.

Los regímenes de seguro social asumieron a la asistencia médica en forma de instalaciones y servicios, sin embargo hay múltiples tipos de regímenes y de prestaciones, por ejemplo, están las consultas médicas, las medicinas y el tratamiento hospitalario que se proporcionan sin ningún cargo directo o pagando una pequeña cantidad; en otros casos están las cotizaciones de los afiliados que pagan el seguro médico y en el que deberán de pagar en parte los servicios o el tratamiento recibido.

La historia ha desempeñado una función importante en la estructura actual de la asistencia médica; se han desarrollado dos grandes sistemas de organización tales como “indirecto” y “directo”.

I.4.1 SISTEMAS INDIRECTOS

Cuando se estableció la seguridad social, muchos países ya tenían servicios profesionales privados de atención médica y existían hospitales e instituciones conexas. En estos casos la seguridad social solía concertar acuerdos con esos servicios para atender a sus asegurados, estipulando condiciones bastante complicadas en las que se establecían unos honorarios por dichos servicios. Se acordaban precios para una larga lista de servicios médicos, recetas, medicamentos, etc., que se revisaban con periodicidad. Surgieron dificultades para controlar y verificar adecuadamente los servicios prestados, prestándose a abusos tanto en el servicio como en sus precios.

Para reducir estos abusos, pueden utilizarse diversos métodos; por ejemplo, que la seguridad social abone sólo una parte de los honorarios y el afiliado pague el resto. En algunos casos el afiliado paga los honorarios y la oficina de seguridad social se los reembolsa total o parcialmente. Debe mencionarse otra variedad; algunos países recurren al método de “pago por acto médico” para pagar a los médicos quienes perciben una cantidad fija por prestar sus servicios generales a los pacientes que se les asignan. Todos los métodos que se acaban de mencionar se conocen como “sistemas indirectos”.

I.4.2 SISTEMAS DIRECTOS

En la prestación de asistencia médica “directa”, la misma institución de seguridad social es propietaria, administra y controla las instalaciones médicas necesarias y emplea el personal médico correspondiente; y tiene sus propias clínicas, centros de salud y hospitales donde presta servicios de atención de salud directamente a los beneficiarios.

Sobre los méritos de ambos sistemas hay una divergencia de opiniones. Por una parte los servicios “directos” resultan ventajosos si pueden proporcionarse con eficacia, controlando adecuadamente los costos operativos y consiguiendo una difusión geográfica correcta. Por otra parte los defensores del sistema “indirecto” critican la burocracia del sistema “directo” y la falta de libre elección del médico, la pérdida de la importante relación personal entre el médico y el paciente y las limitaciones en cuanto a la población abarca, dado que tiende a servir sólo a los afiliados del régimen.

Muchos regímenes contributivos de seguridad social exigen a los afiliados un mínimo de cotizaciones o un periodo de empleo antes de poder recibir las prestaciones de asistencia médica. El Convenio 102 señala que debe haber un periodo de calificación, el cual, es necesario para evitar el abuso, aunque debe considerarse que en el caso de accidente de trabajo, enfermedad profesional, o maternidad (Convenio 103 sobre protección de maternidad 1952), no se necesita ningún periodo.

Los administradores del régimen del sector salud tienen el deber de garantizar que los asegurados tengan acceso a los servicios que forman parte del conjunto de prestaciones de asistencia médica.

Consideremos el siguiente cuadro que proporciona algunas diferencias en cuanto a ambos sistemas.

SISTEMAS INDIRECTOS		SISTEMAS DIRECTOS	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
	No existe un control directo en los precios	Control Indirecto en los precios accesibles por medio del patrón	
Mejor calidad a raíz de la motivación y la cooperación			Falta de incentivos para ofrecer una buena calidad en servicio de medicina externa
No existe la burocracia			Burocracia
	La planificación es escasa en la estructura más fácil para el seguro de salud	Planificación de la estructura más fácil para el seguro de salud	
Fuentes de ingresos adicionales para los establecimientos, lo que también puede mejorar la calidad para los pacientes del seguro de salud			No existen fuentes de ingresos adicionales para los establecimientos, lo que también puede afectar la calidad para los pacientes del seguro de salud
	Hacen falta administradores calificados que sepan negociar		Todos los movimientos son administrativos
Múltiples métodos de administración, propiedad, calidad y organización			La administración puede llegar a ser un Monopolio
Separación de intereses			Posible conflicto de intereses
	Se necesitan más disposiciones y marcos jurídicos	Todo está establecido en una Ley	
Mayor flexibilidad			No existe la flexibilidad
	Soborno y corrupción		Soborno y corrupción
La siguiente cita está dentro del tiempo del tratamiento para especialidades			La siguiente cita está fuera del tiempo del tratamiento para especialidades
	No proporciona el medicamento que prescribe el médico	Proporciona los medicamentos que prescribe el médico	
Hay un doctor que le da seguimiento al diagnóstico			Son diferentes los doctores que le dan seguimiento al diagnóstico
	Se encuentra limitado con aparatos y técnicas para hospitalización y especialidades	Cuenta con los mejores y más avanzados aparatos y técnicas para hospitalización y especialidades	
Para la medicina general y hospitalización, no participan estudiantes de medicina			Para la medicina general y hospitalización, participan muchos estudiantes de medicina
	El asegurado se encuentra limitado a los gastos que se puedan originar al continuar con el tratamiento o en una emergencia	El asegurado no tendrá límite al servicio en cuanto a los gastos que se puedan originar al continuar con el tratamiento o en una emergencia	

SISTEMAS INDIRECTOS		SISTEMAS DIRECTOS	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
Cuenta con todos los servicios			No se abastece de suficiente medicamento

A pesar de haber ventajas y desventajas en cada sistema, lo que es cierto es que todo sistema de asistencia médica de la seguridad social debe integrarse en el plan general de salud y desarrollarse en estrecha coordinación con el ministerio nacional responsable de la sanidad.

Gran parte de estas diferencias dadas en los sistemas de la asistencia médica, es consecuencia de ser países subdesarrollados a los que nos referimos, que presentan una población con particularidades cuyo nivel de vida de la población es muy desigual y el índice de crecimiento es alto, con una gran proporción de personas menores de quince años. Los índices de mortalidad, en especial los de los recién nacidos y los niños, también son altos y muchas enfermedades infecciosas todavía no se han podido erradicar. Hay recursos limitados, pocos médicos y falta de personal especializado desde el punto de vista de asistencia médica, todavía queda mucho por hacer y las instalaciones que existen tienden a juntarse en instalaciones urbanas, y las ventajas con las desventajas son más marcadas.

La creación del régimen de seguridad social de salud no debe concebirse como un mecanismo que debilite la insuficiencia de fondos del servicio de salud pública, proporcionándole mayores recursos, con el fin de elevar el nivel global de atención de salud, sin la responsabilidad absoluta en el desarrollo del sistema de salud; de igual forma, la creación de dicho régimen no exime al gobierno de un país de prestar atención básica de salud a toda la población, pero puede permitir que todos los recursos limitados del Estado se concentren más en prestar mejores servicios y atención de salud públicos a quienes todavía no forman parte del régimen.

I.4.3 NIVELES DE ASISTENCIA MÉDICA EN SALUD

Existen tres diferentes Niveles de Asistencia Médica en Salud que ha clasificado la Organización Mundial de Salud (OMS) y establecidos por la Organización Internacional de Trabajadores (OIT), de los cuales en cada uno de ellos pueden haber distintas clases de proveedores que ofrecen los servicios propios de cada nivel.

<i>Niveles y proveedores de asistencia médica</i>		
NIVEL	CARACTERÍSTICAS	PROVEEDORES
Atención Primaria de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicios Preventivos; ➤ Consulta y atención médica básica, incluyendo atención dental, pediatría y ginecología; ➤ Referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médicos generalistas y médicos de familia; ➤ Dispensarios y ambulatorios; ➤ Hospitales de provincia.
Atención Secundaria de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención especializada de pacientes ambulatorios; ➤ Atención común de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Especialistas del sector privado; ➤ Policlínicas; ➤ Hospitales.

<i>Niveles y proveedores de asistencia médica</i>		
NIVEL	CARACTERÍSTICAS	PROVEEDORES
	hospitalarios.	
Atención Terciaria de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención altamente especializada de pacientes ambulatorios; ➤ Atención especializada de pacientes hospitalarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospitales centrales; ➤ Hospitales universitarios; ➤ Clínicas especializadas del sector privado.

La estrategia fundamental de la OMS consiste en utilizar los recursos disponibles para aprovechar al máximo los servicios educativos, preventivos y curativos en el ámbito local, urbano y regional. Se confía en una tecnología barata; por ejemplo, el suministro de medicamentos se efectúa con arreglo a una lista con aproximadamente doscientas especialidades consideradas fundamentales por los expertos de la OMS.

Como la atención primaria de salud requiere todos los recursos que se puedan obtener para conseguir su objetivo, la seguridad social, entre otras instituciones afectadas en este ámbito, puede contribuir de muchas maneras al objeto general. Se puede compartir personal, equipamientos y edificios; se puede también coordinar la formación y así sucesivamente.

La asistencia médica sufre de un costo creciente por haber una mayor toma de conciencia pública acerca de la necesidad de la atención médica y del interés general por ella; las necesidades adicionales y de larga duración de una creciente población envejecida; la disponibilidad de nuevos y costosos medicamentos; equipamiento costoso y cada vez más perfeccionado, que requiere para su uso personal médico o con especialización de otro tipo muy bien remunerado.

Se han tomado medidas para el control de costos y reducir gastos, que consisten en acuerdos para compartir costos, limitar la duración del tratamiento y su reembolso y desde luego controlar el suministro de medicamentos (o sustituirlos por una alternativa menos costosa) Una buena organización y una administración eficiente podrían reducir estancia media de los hospitales.

No hay que dejar pasar que la salud de la fuerza laboral incrementa la productividad necesaria para el crecimiento económico que proporciona un efecto favorable en el conjunto de la sociedad.

I.5 PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LOS SEGUROS DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Las Instituciones de seguros en salud establecidas en nuestro país han sido afectadas por las trayectorias económicas y políticas que hemos visto. Vivimos con muchos cambios y una rapidez acelerada en nuestras vidas, que afectan nuestro entorno, tal que nos desarrollamos en muchos aspectos y cada vez surgen más cambios. Estas transformaciones y transiciones

están interrelacionadas en nuestra vida cotidiana y podemos identificarlas en la educación, en lo tecnológico, en lo cultural, en lo político, y en lo económico.

En la educación, a pesar de que la educación en nuestro país no es la ideal, se ha notado un importante incremento de la escolaridad que genera mayores conocimientos y mejores prácticas sobre la salud, ya que los niños tienen acceso a herramientas nuevas de estudio que cambian su forma de enfrentarse a la vida, tal que cuando crecen, tienen una capacidad más refinada para interactuar con los prestadores de servicios;

En el ámbito **tecnológico**, se encuentran los avances más modernos, en materias como la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones, que prometen ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver los problemas de salud, que lo hemos visto tan solo en la medicina, en donde existen tantas enfermedades que son tratadas con diferentes aparatos tecnológicos que hacen maravillas que en un momento las vimos lejanas;

Lo cultural, mediante la difusión de las explicaciones racionales y la constatación del poder de la tecnología, lo cual produce mayores expectativas respecto a la calidad de vida y mayor aceptación a las intervenciones científicas sobre la enfermedad, ya que cada vez más personas consideran importante su salud, así como los tratamientos que prolongan y dan calidad a su vida;

En lo político, con la ampliación de los espacios de participación social que se expresa en la exigencia de la atención a la salud como un derecho social y por servicios de alta calidad, incluyendo una mayor libertad para elegir al prestador, razón por la cual es de suma importancia para un sano crecimiento del país;

Lo económico, por medio de una transformación estructural que ha sentado las bases para una mejoría de ingreso que genera aún mayor demanda de atención médica y facilitará las transformaciones anteriores, ya que cada vez más países tratan de incrementar el capital dirigido a seguridad social.

Las necesidades de salud son infinitas y cada vez somos más las personas que necesitamos los servicios, ya que todos en un momento determinado hemos de enfermar y morir, razón por la cual tratamos cada vez más de evitar un padecimiento, así como el riesgo de sufrir algún otro; este comportamiento es una conciencia creada por el sistema de salud, que ocasiona una prolongación de vida que da lugar a nuevas y costosas necesidades de salud, es decir, el sistema de salud es víctima de sus propios éxitos, ya que las crecientes expectativas sociales determinan que hay un número cada vez mayor en la necesidad de salud.

El problema es que si bien las necesidades son infinitas, los recursos para atenderlas no lo son y la escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece, por lo que es urgente analizar las opciones de reforma para obtener un mejor financiamiento y como resultado un mejor servicio.

Si México hubiera mantenido una economía cerrada, una estructura demográfica joven y un perfil de enfermedades dominado por las infecciones agudas, podríamos continuar con los esquemas actuales para financiar los beneficios de seguridad social, pero el sistema de seguridad social requiere un nuevo esquema de protección y bienestar que dé cuenta del envejecimiento de la población y dé una pauta compleja de enfermedades asociadas a un gasto en salud creciente, como son las enfermedades terminales que requieren de servicio médico, medicamento y constantes exámenes para que el paciente sobreviva como lo es el SIDA, la diabetes, etc., que son enfermedades costosas.

Dada la enorme importancia de la seguridad social en el sistema de salud, la decisión de reformarla es un elemento central del proceso de desarrollo económico y social del país.

La estructura económica, las reformas de organización social, los esquemas de participación política, las características del medio ambiente, el grado de urbanización, la situación de la fecundidad, la escolaridad, las expectativas sociales, los avances tecnológicos, las condiciones y los estilos de vida, son todos determinantes decisivos en la salud, a los cuales el sistema de salud debe dar respuesta.

La atención de la salud es, por lo tanto, un esfuerzo que va mucho más allá de la aplicación de las tecnologías médicas. Todos los determinantes mencionados se transforman cada vez a un ritmo más acelerado que las instituciones de salud, éstas se crearon para ser flexibles a los cambios, pero se necesitan reformas actualizadas de acuerdo a los cambios que vive la sociedad, pues las transformaciones no son mágicas.

Sin embargo, es importante no perder de vista cada uno de los principios doctrinados, que no envejecen y siempre están a la vanguardia para aplicar a la seguridad social, sin importar las transformaciones que tenga dicha sociedad.

Digamos que el país atraviesa por una transición epidemiológica que muestra rápidos cambios y grandes contrastes en las necesidades de la población. Por un lado existen importantes rezagos que corregir y por otros nuevos problemas que resolver, los cuales se resumen en un modelo prolongado y polarizado de la transición epidemiológica.

Sin embargo es necesario alimentar cada una de las transformaciones epidemiológicas con cada uno de los principios doctrinados de la seguridad social, ya que con la combinación de una buena educación, tecnología, cultura de prevención, con la creación de nuevas y mejores leyes, con inversión sustancial, más una buena disposición de tratar a todos de la misma forma, de ser amparados con igualdad y sin discriminación, con ayuda mutua, sin límite de tiempo del servicio, con una atención integral, con la responsabilidad de solo dar protección y un sistema unido, se desarrollaría una transformación más humana y quizás con menos enfermedades y más recursos para el sistema.

Hace un siglo las enfermedades contagiosas e infecciosas, como la diarrea, la influenza y la neumonía, representaron la principal causa de muerte para la mayoría de la población, sin embargo, ha disminuido en forma continua a lo largo de los años, mientras ha aumentado la

importancia de las enfermedades no contagiosas, como las afecciones crónicas y las relacionadas con la edad.

Por un lado están las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas ligados con la reproducción, que conforman el rezago epidemiológico. Del otro lado están las enfermedades no transmisibles y las lesiones accidentales e intencionales, que representan los problemas emergentes.

En la sociedad mexicana aún existen notorias desigualdades así como gran exposición de la población a factores que dañan la salud. Los cambios en el patrón epidemiológico también están relacionados con cambios de la dinámica de la población, como es la caída de la mortalidad y un incremento en la fecundidad absoluta principalmente entre los años 1930 y 1970. A partir de entonces la reducción de la fecundidad ha sido tan importante que ha conducido al surgimiento de un movimiento demográfico conocido como “envejecimiento de la población” es decir, la proporción de niños comienza a disminuir, mientras que la de adultos comienza a aumentar.

Se espera que la estructura de la población por grupo de edad envejezca durante los próximos tres decenios; así como también el tamaño de la población en edad de trabajar aumente, de apenas poco más de 60% de la población, a casi 70% en la década entre 2020 y 2030 (conforme los grandes segmentos de jóvenes se incorporen a la fuerza laboral). En este cambio de la estructura por edades de acuerdo a la proporción de los mayores de 60 años duplicarán su peso relativo y su número absoluto rebasará los 7 millones. En el rango poblacional con edades entre 15 y 59 años alcanza los 44.7 millones en 1990 y 70.5 millones en 2020; sin embargo para los menores de 15 años descenderá a 39% en 1990 y un 30% en 2020; hoy en día de acuerdo con las investigaciones de la OCDE, en comparación con otros países la población mexicana es joven, tan solo en el 2002 la población de 64 años o más, ocupaba 5.2%.

Si bien la tasa de fecundidad seguirá descendiendo, el número de nacimientos se mantendrá elevado debido al gran número de mujeres que nacieron en la etapa alta de fecundidad. Esto significa que también la atención de partos seguirá representando una fuerte presión para los servicios de salud.

La tasa bruta de la mortalidad en México en los años 1898 y 1993 cayó de 31 a 4.7 defunciones por cada 1,000 habitantes vivos; hoy se ha dado un incremento en la esperanza de vida de 1940 a 1993 de 40.4 a 68.6 años en los varones y en las mujeres de 42.5 a 73 años.

Así pues, ésta puede ser la causa de los problemas a los que se enfrentan las Instituciones de salud, ya que cuentan con edificios y estructuras de servicios, pero con un gran número de derechohabientes que crecieron mucho más rápido que el número de médicos, enfermeras y camas.

México al igual que América Latina enfrenta una serie de presiones emergentes. El envejecimiento demográfico, el acelerado proceso de urbanización, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables son responsables de un peso cada vez mayor ocasionado por enfermedades no transmisibles y lesiones. Los sistemas de salud enfrentan desafíos con nuevas infecciones (SIDA).

La panorámica de las necesidades de salud deja ver importantes avances, pero también rezagos y marcada la desigualdad en el interior del país. Ello refleja las consecuencias de la mala distribución del ingreso en México. Los rápidos y profundos cambios expresados en la transición epidemiológica crean una demanda por un sistema flexible y adoptado a las necesidades de salud de la población.

Como dato importante, de acuerdo a las investigaciones de la OCDE, publica que nuestro país ocupa el segundo lugar más pobre después de Turquía con respecto a su PIB per cápita, esto es que nuestro país sólo tiene una cuarta parte del valor en su PIB a comparación de Estados Unidos; tal que marca una de las desigualdades más grandes del mundo en su distribución y riqueza.⁴

México gastó 6.1% de su PIB en salud en el año 2002, lo que se sitúa en los países que registran las proporciones más bajas y en niveles inferiores en relación con países latinoamericanos con grados de desarrollo similares como Argentina, Chile, Brasil y Costa Rica; más sin embargo no hay que dejar de mencionar que a través de los años lo ha incrementado, ya que en 1990 sólo se disponía de un 4.8%.

<i>Países con grado de desarrollo similares</i>			<i>Con otros países</i>	
PAÍS	PIB PER-CÁPITA, US\$ PPC	GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PIB	PAÍS	GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PIB
México	8,540	6.1%	Canadá	9.6%
Argentina	9,230	9.7%	EEUU	14.1%
Brasil	7,250	7.6%	Italia	8.5%
Colombia	5,870	5.5%	Alemania	10.9%
Costa Rica	8,260	7.2%	Inglaterra	7.7%
Chile	9,180	7%	Japón	7.8%

Fuente: Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud; "México", OCDE, 2005

Fuente: www.ilo.net, (pág. de la OIT, inf. 2005)

El gobierno de México tiene un índice de marginación en la falta de accesos a servicios, a la privación social y económica, vista en forma más marcada, en entidades del centro y el sur del país; sin dejar atrás las desigualdades en las condiciones de salud. Las zonas más ricas del país tienen un perfil epidemiológico más cercano al de países más desarrollados de la OCDE, mientras que las enfermedades contagiosas aún son una causa importante de muerte en los estados más pobres, sin embargo, se ha declarado que las Instituciones de salud se encuentran en quiebra, y que es necesaria su privatización, con la creación de fórmulas como el "seguro popular" o esquemas de "copago de las familias" para "salvar" la viabilidad del sector, sin embargo en los informes que se entregan al final de cada

administración, se dice que las cifras se disfrazan para evitar que se declare la quiebra, esperando que un milagro pudiera salvarlas.

También se habla de que la calidad de los medicamentos no está garantizada y un sin número de los que están a la venta en el mercado privado, así como la mayoría que se distribuyen en las instituciones públicas, ya que nunca han certificado su efectividad terapéutica.

Los problemas que enfrenta nuestro país son muchos en el aspecto de seguridad social, al igual que nosotros como sociedad, nos hace falta un desarrollo con principios para que en cada transformación que exista, estemos prevenidos, preparados y concientes con las posibles soluciones a dichos problemas para no ignorarlos y echarlos al olvido sin solución.

- ⁴Estudios de la OCDE; “Los Sistemas de Salud en México”, 2005.

Capítulo II: Marco Legal de la Seguridad Social en Salud

En esta parte estudiaremos a la enfermedad y a la maternidad, en el marco legal de la seguridad social, con condiciones, prestaciones y requisitos distintos descritos en las diferentes leyes de las Instituciones y Tratados Internacionales que existen en nuestro país.

La enfermedad es un estado patológico resultado de la acción continuada de una causa, es decir, es la alteración del funcionamiento normal del organismo por una causa externa o interna; ajena a la relación de trabajo. Por otro lado, la maternidad es el periodo de vida de una mujer, comprendido entre el comienzo de la gestación y el momento del parto.

En materia de enfermedad y maternidad, declararemos a la seguridad social como un derecho de todo trabajador que persigue su bienestar y el de su familia mediante las prestaciones económicas y en especie que le aseguren atención médica en caso de contingencia. Para asegurar este derecho social se han establecido documentos que contienen leyes y tratados que ocupan un lugar jurídico dentro de la jerarquía de orden jurídico en el país, por lo que revisaremos algunos términos de éste para comprender el marco legal de la seguridad social.

II.1 JERARQUÍA DE ORDEN JURÍDICO MEXICANO

El orden jurídico mexicano es el conjunto de preceptos de derecho que están en vigor en nuestro país en un momento dado, integrado por diversas normas que siguen una Jerarquía; estas normas constituyen un sistema, ya que todas derivan de la misma fuente o norma fundamental que establece su razón de validez. Cada norma es la razón de validez de otra norma de grado inferior, que a su vez se apoya en otra de grado superior hasta llegar a la norma fundamental.

Por lo tanto, el ordenamiento jurídico es un sistema legítimo de normas, jerárquicamente puestas en vigor en la colectividad, derivadas a partir de una norma superior a la que todas deben su validez. Y se ofrece como un conjunto de constituciones, códigos, artículos,

sentencias, resoluciones, etc.; que forman un sistema en atención a los diversos grados del orden en que se encuentran con fundamento en la constitución federal.

La Jerarquía del Orden Jurídico en México implica la coexistencia del Orden Federal (aplicable a la República Mexicana) y de Ordenes Locales (aplicable a cada uno de los Estados y en el Distrito Federal), pero ambas se rigen a partir de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

**JERARQUÍA DEL ORDEN JURÍDICO EN
MÉXICO**

<i>Orden Jurídico Federal</i>	<i>Orden Jurídico Local</i>
1. Constitución Federal	1. Constitución local
2. Tratados Internacionales	2. Leyes ordinarias
3. Leyes Federales y Ordinarias	3. Leyes reglamentarias
4. Leyes reglamentarias	4. Leyes municipales
5. Normas jurídicas individualizadas:	5. Normas jurídicas individualizadas:
a) Actos jurídicos	a) Actos jurídicos
b) Resoluciones administrativas	b) Resoluciones administrativas
c) Resoluciones judiciales	c) Resoluciones judiciales

La Constitución Federal es el conjunto de normas que se refieren a la estructura suprema fundamental del Estado, a las funciones de sus órganos, a las relaciones de estos entre sí y con los particulares, es el ordenamiento supremo según su artículo 133 constitucional. La Constitución contiene los derechos fundamentales del individuo, la conformación del Estado Mexicano y la organización de los poderes públicos de éste y todas las leyes secundarias deben sujetarse a las disposiciones constitucionales.

Como consecuencia de las diferentes características de cada Estado de la República, nace la Constitución local, que es la ley suprema cuyo campo de aplicación es solamente una entidad federativa determinada, sin dejar de regirse por la Constitución Federal; por ejemplo “La Constitución del Estado Libre y Soberano de México”.

Los Tratados Internacionales son acuerdos que celebran dos o más Estados a nivel Internacional. Son celebrados por el Presidente de la República y deben ser aprobados por la Cámara de Senadores para ser obligatorios. Como ejemplos podemos citar: “El Tratado de Libre Comercio para América del Norte (TLCAN) y Los Convenios 03, 102 y 103 de Seguridad Social hechos con la Organización Internacional del Trabajo referentes a Salud y Maternidad.

Las Leyes Federales se aplican a todas las entidades federativas que integran la República Mexicana, podríamos citar “Ley Aduanera”, “Ley Agraria”, mismas que actúan junto con las Leyes Ordinarias, que emite el Congreso para la aplicación de preceptos o materias reguladas por la constitución; éstas últimas se dividen en dos: orgánicas y las de comportamiento. Las leyes orgánicas contemplan la organización de los poderes públicos, por ejemplo la “Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación”, “Código Fiscal de la

Federación”, “El Código Civil para Procedimientos Federales”; y las leyes de comportamiento buscan regular la conducta del particular, aunque puede existir una combinación, como es el caso de la “Ley Federal del Trabajo”, “Ley de Amparo”, “Ley de Nacionalidad”, que regulan relaciones entre patrones y trabajadores y a las juntas de conciliación y arbitraje.

En cambio las Leyes Ordinarias en nivel local son expedidas por el Congreso Local y su propósito es la regulación de materias contenidas en la Constitución Local, como la “Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal”, la “Ley de Agua Potable y Saneamiento en Monterrey” o la “Ley de Administración Pública en Querétaro”, sin embargo, es necesario crear reglas obligatorias propuestas por una autoridad administrativa para el cumplimiento de su fin, por lo que nacen las Leyes Reglamentarias en nivel federal y local, las primeras contienen disposiciones específicas sobre las normas generales contenidas en algunos artículos de la Constitución Federal, tal es el caso del “Reglamento de la Ley de Energía para el Campo”, “Reglamento a la Ley de Propiedad Industrial” o “Reglamento a la Ley de Obras y Servicios Públicos”.

Las Normas Individualizadas en nivel federal se consideran contratos, las sentencias judiciales, resoluciones administrativas y testamentos que son casos concretos, no obstante, las Normas Individualizadas en nivel local son aquellas que están contenidas en contratos, sentencias, resoluciones administrativas y testamento, pero todas ellas celebradas y emitidas en las entidades federativas.

Como punto de observación la jerarquía del orden jurídico es importante, porque en cualquier nivel, si coexisten dos normas en una ley, sea reglamento, ley ordinaria o norma individualizada, siempre van a mandar ante todo las federales o la anterior inmediata.

II.2 EL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL

La Constitución Mexicana en su contenido social comprende los aspectos educativo, agrario, del trabajo y religioso, tal que nuestra seguridad social está comprendida en los aspectos del trabajo, en el artículo 123 constitucional; éste se caracteriza por las propuestas económicas, sociales, políticas e ideológicas de los trabajadores, que establecen sus principales derechos y obligaciones. Tal que el Congreso de la Unión, es el único capacitado para expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán lo mencionado en sus fracciones.

Dicho artículo nombra dos apartados como dos grupos de trabajadores, el apartado **A** que está conformado por los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo privado; y el apartado **B** que incluye a los integrantes de los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores, del sector público o que pertenecen al gobierno.

La constitución revisa casos como embarazo y enfermedad en los que establece los lineamientos que se obligará respetar al patrón y el trabajador deberá exigir su cumplimiento correcto de las siguientes prestaciones:

RAMA	COBERTURAS	
	Apartado A	Apartado B
<i>Enfermedades Profesionales</i>	<p>Dicta que la protección y bienestar de la seguridad social para los trabajadores del sector privado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los trabajadores contarán con servicio de seguridad social; ➤ Deberá extenderse a los familiares, a los no asalariados y a otros sectores sociales; ➤ Los patrones deberán pagar indemnización correspondiente según las leyes lo determinen; Esta responsabilidad subsistirá aún en caso que sea intermediario. 	<p>Para los trabajadores del sector público:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los trabajadores contarán con servicio de asistencia médica y medicinas; ➤ Se extenderá el servicio a los familiares de los trabajadores, según la ley; ➤ Se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.
<i>Embarazo</i>	<p>En cuanto al embarazo en la fracción V determina los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ “Durante el embarazo de las mujeres, no deberán realizar trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación”; ➤ “Gozarán forzosamente de un descanso de 6 semanas anteriores a la fecha aproximada al parto y 6 semanas posteriores”; ➤ “Percibirá su salario integro”; ➤ “Conservará su empleo y los derechos que hubiera adquirido por relación de trabajo”; ➤ “En el periodo de lactancia tendrán 2 descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para alimentar a sus hijos”; ➤ “Disfrutará del servicio de guarderías infantiles”. 	<p>Para las embarazadas pertenecientes al sector público en la fracción XI menciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ “Durante el embarazo de las mujeres, no deberán realizar trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación”; ➤ “Gozarán forzosamente de un descanso de un mes anterior a la fecha aproximada al parto y de otros 2 después del mismo”; ➤ “Percibirá su salario integro”; ➤ “Conservará su empleo y los derechos que hubiera adquirido por relación de trabajo”; ➤ “En el periodo de lactancia tendrán 2 descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para alimentar a sus hijos”; ➤ “Disfrutará de asistencia médica, obstétrica y de medicinas”; ➤ “De ayudas para lactancia”; ➤ “Disfrutará del servicio de guarderías infantiles”.

* Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Así como este artículo de nuestra constitución mexicana, han surgido convenios internacionales que integran los derechos de los trabajadores en la seguridad social con prestaciones más completas, buscando siempre proteger la seguridad del trabajador, dichos convenios reflejan el manejo de la seguridad social en el mundo y se retroalimentan para obtener una mejor seguridad social.

II.3 CONVENIOS INTERNACIONALES

Los convenios o tratados internacionales son acuerdos sobre diversos temas que preocupan en los diferentes países, los cuáles se organizan con dos o más Estados a nivel Internacional. Y son celebrados por el presidente de la República y deben ser aprobados por la cámara de Senadores para ser obligatorios.

Para los convenios referentes a la seguridad social, existe una Institución Internacional conocida como Organización Internacional del Trabajo (OIT) que es una organización especializada en reglamentar los estándares mínimos de derechos laborales en el ámbito internacional, encargándose de la protección del trabajador contra las enfermedades y los accidentes de trabajo, así como de las pensiones de vejez y de invalidez y de la protección de los intereses de los trabajadores ocupados en el extranjero. Esta institución cuenta con 178 miembros y ha formado 185 convenios y 195 recomendaciones. México tiene 78 convenios adoptados para temas relativos a trabajo, empleo, seguridad social, política social y derechos humanos relacionados. En materia de enfermedad y maternidad, los Tratados que nuestro país ha ratificado son los convenios 3, 103, 102 y la recomendación internacional 134, todos realizados por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.

II.3.1 CONVENIO 3

Este convenio refiere a la protección de la maternidad que es relativo al empleo de las mujeres antes y después del parto, se establecen las condiciones en que deberá ser tratada y las prestaciones que debe recibir una mujer que requiera los servicios de maternidad, algunas deberán estar empleadas en empresas industriales y agrícolas, así como las mujeres asalariadas que trabajen en su domicilio tendrán un régimen obligatorio, sin embargo las que no estén empleadas, también gozarán de dicho beneficio, pero tendrán que pagar un monto que establezca la Nación. Dicho convenio se celebró en la ciudad de Washington.

La prestación de maternidad deberá prevenirse con toda contribución a un sistema de seguridad social obligatorio, y todo impuesto calculado a base de los salarios pagados impuesto con el fin de proporcionar la prestación.

Convenio 3. -	<u>Maternidad</u>	
<i>Fecha Convenio / Fecha Ratificación</i>	<i>Prestaciones</i>	<i>Condiciones</i>
Se celebró el 28/junio/1919	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descansará al menos 12 semanas; ➤ Será obligatoria una parte del tiempo después del parto; ➤ Tendrá derecho a dos descansos de media hora para permitir la lactancia; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un certificado médico en el que se indique la fecha presunta del parto, a un descanso de maternidad; ➤ La duración del descanso será fijada por la Legislación Nacional, pero en ningún caso será menor a 6 semanas; ➤ Si es mayor la fecha del parto, ésta se prolongará;
No se ha ratificado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recibirá, prestaciones suficientes para su manutención y la del hijo en buenas condiciones de higiene; ➤ Asistencia durante el embarazo; ➤ Asistencia durante el parto; ➤ Asistencia puerperal; ➤ Hospitalización; ➤ La libre elección del médico y la libre elección entre un hospital público o privado deberán ser respetadas; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El sistema de seguridad social será obligatorio o un cargo a los fondos públicos, siempre y cuando las mujeres reúnan las condiciones preescritas; ➤ El error del médico o de la comadrona en el cálculo de la fecha del parto no podrá impedir que la mujer reciba las prestaciones a que tiene derecho, desde la fecha del certificado médico hasta la fecha en que sobrevenga el parto; ➤ En ningún caso el empleador deberá estar personalmente obligado a costear las prestaciones debidas a las mujeres que él emplea;
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durante la ausencia de la mujer embarazada por enfermedad o a causa del mismo por un periodo mayor, será ilegal que su empleador la despida. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificará su ausencia con un certificado médico que esté motivado por el embarazo o el parto.

II.3.2 CONVENIO 103

Este convenio describe las prestaciones convenidas que complementan el convenio 3 de 1919, haciéndolo más específico o añadiendo puntos importantes con el objeto de proteger y preservar la maternidad en toda sociedad, y el trabajador tenga derechos y obligaciones de exigir la protección de la misma.

En el siguiente cuadro solo mencionan las prestaciones que no están incluidas o las que se especificaron de forma más explícita:

Convenio 103. -		Maternidad
Fecha Convenio / Fecha Ratificación	Prestaciones	Condiciones
Se celebró el 28/junio/1952	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Específica de manera más amplia los trabajos a los que deben ser empleadas; ➤ En caso de enfermedad a consecuencia del embarazo, la legislación deberá proveer un descanso prenatal suplementario cuya duración máxima podrá ser fijada con la autoridad competente; ➤ En caso de enfermedad a consecuencia del parto, la mujer tendrá derecho a una prolongación del descanso puerperal, cuya duración máxima podrá ser fijada por la autoridad competente; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplica a mujeres empleadas en empresas industriales, en trabajos no industriales y agrícolas, aquellas que sean asalariadas y que trabajen en su casa; ➤ Para descanso por enfermedad a consecuencia del embarazo tendrá que presentar un certificado médico que la justifique;
No se ha ratificado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las prestaciones en dinero y las prestaciones médicas, serán dadas en virtud de un sistema de seguro social obligatorio o con cargo los fondos públicos, y serán dadas de pleno derecho a todas las mujeres que reúnan las condiciones; ➤ Aquellas que no reúnan las condiciones, tendrán derecho a recibir prestaciones adecuadas a cargo de los fondos de asistencia pública, según las condiciones relativas a los medios de vida; ➤ Tendrá derecho a interrumpir su trabajo durante uno o varios periodos para amamantar a su hijo; ➤ Las interrupciones deberán contarse como horas de trabajo y remunerarse como tales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toda contribución obligatoria para prevenir la prestación y todo impuesto se calcule sobre la base de los salarios pagados, deberán ser pagados por los empleados o en conjunto por lo empleadores; ➤ La duración será determinada por la legislación nacional.

II.3.3 CONVENIO 102

Este convenio refiere a la seguridad social de una Nación, basado en la norma mínima de seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo. Es más específico ya que define quién, cómo y bajo qué condiciones debe proporcionarse el servicio, y establece las obligaciones tanto del empleador como del asegurado para que funcione. Cuenta con las prestaciones de asistencia médica, maternidad, monetarias de enfermedad, desempleo, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez, a familiares y prestaciones de sobrevivientes.

El tema es relativo a la enfermedad y maternidad del trabajador y de su familia, proporcionando principalmente asistencia médica, con el objetivo de conservar, restablecer,

mejorar su salud y garantiza que se cumpla la prestación, para que pueda incorporarse a la vida laboral y productiva o a las labores a que se dedique el familiar.

Convenio 102. -		<u>Seguridad Social</u>
<i>Fecha Convenio / Fecha Ratificación</i>	<i>Prestaciones</i>	<i>Condiciones</i>
<p>Se celebró el 28/junio/1952</p> <p>Se ratificó en 1961</p>	<p>➤ Asistencia Médica:</p> <p><i>En estado mórbido</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Médica, comprende la asistencia a domicilio, • Asistencia por especialistas, en hospitales si fuera necesario, • El suministro de productos farmacéuticos, • La hospitalización si fuere necesaria; • En estado de embarazo, parto y sus consecuencias • Asistencia prenatal, asistencia durante el parto, asistencia puerperal, • La hospitalización si fuera necesario. <p>➤ Monetarias por Enfermedad</p> <p>➤ Maternidad</p> <p><i>En el Embarazo, el parto y sus consecuencias recibirá</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica, • Asistencia Prenatal, • Hospitalización, • Un pago periódico. 	<p>➤ Será garantizado el carácter curativo o preventivo;</p> <p>➤ La contingencia cubierta cubrirá todo estado mórbido cualquiera que fuera la causa;</p> <p>➤ (AM) Las personas protegidas deberán constituir al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 50% de todos los asalariados, así como la familia, • El 20% de la población económicamente activa, • El 50% si es residente, en la categoría de residentes, • El 50% de los asalariados en empresas industriales que cuenten como mínimo con 20 personas, así como los familiares; <p>➤ Las prestaciones deberán garantizarse a las personas protegidas que hayan cumplido, (periodo de calificación es de 3 meses de cotización);</p> <p>Familiares</p> <p>➤ Todo miembro podrá garantizar la misma protección a su familia;</p> <p>➤ Las personas deberán cumplir con los mismos requisitos que con los del titular, solo que en caso de ser residentes con contingencia que no excedan los límites prescritos;</p> <p>➤ El valor total de las prestaciones concedidas deberá ser tal que represente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3% del salario del trabajador, no calificado adulto de sexo masculino, multiplicado por el número total de hijos de todas las personas protegidas; • 1.5% del salario del susodicho, multiplicado por el número total de hijos de todos los residentes; <p>➤ Cuando las prestaciones consistan en un pago periódico, deberá concederse durante todo el transcurso de la contingencia.</p> <p>➤ Se garantizará la concesión de las prestaciones a las personas protegidas;</p> <p>➤ Se otorgará en caso de incapacidad para trabajar, sea un estado mórbido que cause la suspensión de ganancias;</p> <p>➤ Las personas deberán cumplir con las condiciones de (AM) sin aplicar la parte de residentes;</p> <p>➤ La prestación monetaria se concederá durante la contingencia con un límite de 26 semanas;</p> <p>➤ Comprende a categorías asalariadas, consistirá en un pago periódico;</p> <p>➤ Durante la contingencia si no exceden los límites prescritos, será un pago periódico de calificación;</p> <p>➤ Deberá garantizarse la contingencia;</p> <p>➤ Cuando exista una declaración, la duración de la prestación podrá limitarse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el periodo es un año, la prestación no deberá ser inferior a 10 veces el promedio de las personas protegidas en el año; • Si son 13 semanas por cada caso de enfermedad, con la posibilidad de no pagarse la prestación por los tres primeros días de suspensión de ganancias. <p>➤ Todo miembro deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de maternidad;</p> <p>➤ Las personas protegidas deberán comprender las condiciones de (AM);</p> <p>➤ El monto del pago periódico podrá variar en el transcurso de a la contingencia;</p> <p>➤ Las prestaciones se concederán durante todo el transcurso de la contingencia, sin embargo los pagos periódicos podrán limitarse a doce semanas, a menos que la legislación nacional imponga un periodo menor.</p>

La siguiente tabla de beneficiario tipo nos indica la participación que tiene cada miembro de la organización:

<i>Pagos Periódicos al Beneficiario Tipo</i>		
<i>Contingencias</i>	<i>Beneficiarios Tipo</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Enfermedad</i>	Hombre con cónyuge y dos hijos	45%
<i>Maternidad</i>	Mujer	45%

II.3.4 RECOMENDACIÓN 134 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La Organización Internacional del Trabajo publicó la recomendación 134 (Ginebra 25 de junio de 1969), correspondiente a los convenios de asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, con el objetivo de identificar algunos aspectos que pueden incluirse en nuestra seguridad social, con la finalidad de que una persona siempre tiene que estar protegida para su buen desempeño laboral.

Propone ampliar las prestaciones de asistencia médica y prestaciones monetarias a los eventuales y a sus familias, a miembros de familia condicionados por el trabajo que realicen, los residentes, y a toda persona que sea económicamente activa; también incluir tanto las medicinas, el abastecimiento de instrumentos de ayuda médica en asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, tales como anteojos y servicios de convalecencia en toda la contingencia, sin importar si el asegurado vive un periodo de separación de la empresa; e incluir una ayuda económica para una persona en estado mórbido, justificado en que se genera una pérdida de ganancia y abría que sustituirla contratando a otra para que la atendiera y completara su función dentro del hogar, o pagar la prestación monetaria completa en caso de contingencia de una enfermedad.

Estas recomendaciones se tratarán de adoptarlas a aquellas que se consideren favorables para los convenios, que serán ratificados con estas recomendaciones y las instituciones mexicanas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSFAM, etc.) las adoptarían para completar su esquema de seguridad, independientemente de la problemática que tenga cada institución.

II.4 PRINCIPALES DISPOSICIONES FEDERALES EN MATERIA DE SALUD, COMO PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las Disposiciones o Leyes Federales, que son de igual importancia Jerárquica en el Orden Jurídico Mexicano como los convenios internacionales, se definen como aquellas normas que alcanzan a todas las entidades federativas que integran la República Mexicana. Estas normas son jurídicas generales y permanentes, expedidas por el órgano constitucionalmente facultado para ello de conformidad con el procedimiento señalado por la constitución. Una

ley es general cuando comprende a toda persona y situación que pueda quedar incluida dentro de su disposición, ya que no se refiere a una persona o a algún caso en particular.

Entre las Principales Disposiciones Federales en materia de salud se encuentran: Ley del ISSFAM, Ley del ISSSTE, Ley del Seguro Social, y la Ley General de Salud.

II.4.1 LEY DEL SEGURO SOCIAL

Esta Ley fue aprobada por el Congreso de la Unión el 19 de enero de 1943, publicada en el Diario Oficial de la Federación, creándose como consecuencia el primer Instituto para la atención médica integral y la primera Ley en materia de seguridad social en México, con aportación tripartita que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones; estando como presidente del país Manuel Ávila Camacho.

La Ley del IMSS ha sufrido reformas, como la del 01 de abril de 1973 con Luis Echeverría como Presidente, en tal reforma se contempla proteger los riesgos de trabajo como son invalidez, cesantía, vejez y muerte, así como a la enfermedad y maternidad y prestaciones sociales para los derechohabientes. La reforma creada en el año de 1995, que contempla entre otras características el Seguro de Ahorro para el Retiro, en que cada trabajador dispone de una cuenta individual de ahorro para su vejez, en donde puede incrementar su saldo con abonos, la reforma está vigente desde el 01 de julio de 1997.

Hoy en día está integrado por más de 370 mil trabajadores en todo el país y es la Institución más grande de América Latina, siendo el pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana; es un soporte importante para los mexicanos con bajos recursos económicos, que son los principales ocupantes de este servicio, destacando la alta infraestructura en tecnología y buen servicio en los hospitales y en las especialidades, convirtiéndose en una de las instituciones más importantes de México, a pesar de los problemas económicos que puede llegar a tener la Institución. Esto nos hace pensar: ¿qué no haría el IMSS con un poco más de dinero y una mejor administración para hacer a un lado la burocracia?.

Para estar a la vanguardia y tratando de eliminar imperfecciones y recuperar la viabilidad financiera, se han hecho modificaciones a la Ley que se mencionaron la parte histórica de nuestro documento, y cabe mencionar que las últimas se dieron en 2001, como las relativas a la gestión del Instituto que perfecciona la autonomía fiscal de él; así como las reformas dieron al Instituto mayores facultades presupuestarias, fortalecieron la transparencia y la rendición de cuentas, modernizan la gestión del consejo técnico, sentaron las bases para la modernización del Instituto, crearon un fondo para el cumplimiento de las obligaciones laborales a favor de los trabajadores del Instituto, establecieron un nuevo régimen de reservas para la Institución en su carácter de entidad de seguros, posibilitaron un nuevo régimen de servicios personales, generaron beneficios para los trabajadores y otorgaron beneficios para las empresas.

IMSS

COBERTURA	PRESTACIÓN	AMPARADOS	CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN	COMO SE OFRECE
Enfermedad	<p>En General:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ El Instituto otorgará atención médica integral: la Asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria; ➢ Los padres del asegurado o pensionado fallecido conservarán el derecho al servicio; <p>En Maternidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ La asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio contará con: <ol style="list-style-type: none"> 1.Asistencia obstétrica; 2.Ayuda en especie por lactancia; 3.La canastilla al nacer el hijo. ➢ La primera y la segunda prestación la tendrá la esposa o concubina; ➢ Durante el embarazo y el puerperio recibirá un subsidio del 100% igual al último salario de cotización; ➢ Si fallece el asegurado, un familiar recibirá una ayuda por gastos funerarios. Para el régimen obligatorio y voluntario serán las mismas prestaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ El asegurado es la relación laboral con la empresa; ➢ Los que el asegurado elija, que dependan económicamente de él: <ul style="list-style-type: none"> • La (el) Cónyuge o concubina del asegurado de vida marital no menor de 5 años antes a la enfermedad o que haya procreado hijos en su caso; • Hijos <17 años del asegurado o pensionado; • Hijos con enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, o si estudia tal que no pueda mantenerse con su propio trabajo, hasta que cese su incapacidad o tengan 25 años; • Padre y madre del asegurado que vivan en el hogar de éste o sufran de invalidez, incapacidad o cesantía; 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ La atención, médica integral se otorgará hasta 52 sem. en el mismo padecimiento, prorrogables a 52 más si son cubiertas como mín. 4 cotiz. semanales anteriores a la enfermedad; ➢ Se deberán sujetar a las prescripciones y tratamientos médicos indicados por el Instituto, en caso contrario suspendido su pago de subsidio o la prestación; ➢ El instituto determinará la hospitalización del derechohabiente cuando lo exija la enfermedad, así como certificará el embarazo y fecha del parto para validar la prestación; ➢ La hospitalización requiere del consentimiento expreso del enfermo, o un familiar. Y el mismo asegurado o sus derechohabientes cobrarán dicho subsidio, para < de edad la será con consentimiento el padre o tutor; ➢ Cuando una enfermedad no profesional incapacite al asegurado para desempeñar su trabajo, recibirá un subsidio en dinero equivalente a 60% de su último salario con sus respectivas cotizaciones anteriores; ➢ Si el asegurado tiene mín. de 8 cotizaciones semanales, y queda privado del trabajo, tendrá derecho al servicio de atención médica y maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria durante 8 semanas posteriores, así como los beneficiarios; ➢ El Ejecutivo Federal podrá pedir ampliar los días posteriores a la separación del asegurado con su trabajo, siempre y cuando suministre la cantidad necesaria y suficiente para cubrir el tiempo señalado; ➢ Los gastos funerarios serán validos si el trabajador cotizó 21 semanas y se presenta el acta de defunción del asegurado, y serán el equivalente a 2 meses de salario mínimo general en vigor en el D. F. ; ➢ La asegurada embarazada deberá haber cubierto al menos 30 cotizas. semanales en el periodo de dos meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar su subsidio; ➢ Que no ejecute trabajo alguno mediante retribución durante 2 periodos ant. y post. al parto, en caso contrario se cancelará el subsidio menor; ➢ El patrón se eximirá del pago del sueldo de la aseguradora, en caso contrario el pago del subsidio quedará a cargo del patrón; ➢ La ayuda por lactancia será de seis meses de vida del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Prestaciones en especie <ul style="list-style-type: none"> • El Estado dará una cuota mensual del 13.9% de un SMGVDF* • Si el salario base del trabajador es <= 3 veces de SMGVDF, por cada asegurado: el Patrón pagará una cuota diaria equivalente al 13.9% de SMGV y el Asegurado no paga; • Si el salario base del trabajador es >3 veces SMGVDF, el Patrón cubrirá una cuota diaria de el 13.9% del SMGVDF más 6% adicional de la diferencia entre el SBC** y 3 veces el SMGVDF, y el Asegurado pagará el 2% de la dicha diferencia. El 6% y 2% se verá decrementado en 49 y 16 centésimas respectivamente partir del 01 de julio de 1998 hasta el 01 de julio de 2007 para obtener un 1.10% y 0.4% respectivamente. ➢ Prestaciones en dinero se financiarán con una cuota del 1% sobre el SBC que se pagará: <ul style="list-style-type: none"> • 5% el Gobierno Federal • 70% el patrón • 25% el trabajador ➢ Para el régimen voluntario, la Institución fijará cuotas con base al Índice Nacional del Precios al Consumidor. <p>SMGVDF* = Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal SBC** = Salario Base de Cotización</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Es administrada por la misma Institución IMSS; ➢ Las cotizaciones se miden en semanas: el total de días entre 7; ➢ El salario base puede ser fijo, variable o mixto; ➢ Se divide en 2 regímenes: voluntario y obligatorio (tal que incluye: enfermedades y maternidad). 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ El Instituto prestará su servicio directamente, a través de su propio personal e instalaciones; ➢ El servicio podrá otorgarse indirectamente mediante convenios con otros organismos públicos o privados, con las características y procedimientos determinados, bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto; ➢ La asegurada recibirá su subsidio en dinero durante 42 días antes y 42 días después del parto; ➢ Si no coincide la fecha fijada de la Institución con la fecha del parto, la asegurada deberá cubrirse por los subsidios correspondientes por 42 días posteriores al mismo sin importar el periodo anterior, en caso contrario se pagará como continuación de incapacidades originales por enfermedad sin excederse de 1_a semana

II.4.2 LEY DEL ISSSTE

Esta Ley fue aprobada por el Congreso de la Unión el 30 de diciembre 1959, dando origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), siendo presidente del país el Lic. Adolfo López Mateos. Se constituiría como la primera Ley en México, que respondía a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto a la asistencia en salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios son extendidos a los trabajadores.

Como antecedente directo de la Ley del ISSSTE, se tuvo la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, la cual fue creada para funcionarios y empleados públicos de la Federación, en tiempos del presidente Plutarco Elías Calles en 1925.

Un poco más de cuatro décadas que nació el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con el fin de brindar seguridad social y servicio médico de calidad a los trabajadores burócratas, éste se ha convertido en una Institución fundamental para la seguridad social en México, creciendo y modernizándose. La Institución brinda servicio a 10 millones de Mexicanos de los cuales 2.5 millones son activos y cotizantes; esta Institución ofrece atención médica y brinda a sus trabajadores vivienda y acceso a servicios sociales y culturales para ellos y sus familias.

Actualmente el ISSSTE se rige bajo la Ley aprobada el 20 de marzo de 2007, promulgada por el Presidente Felipe Calderón al inicio de su mandato.

ISSSTE

COBERTURA	PRESTACIÓN	AMPARADOS	CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN	COMO SE OFRECE															
Atención médica preventiva y curativa	<p>➤ Servicio de atención médica preventiva en: Control de enfermedades previsible y transmisible, prog. de auto cuidados y en detección oportuna de padecimientos, educación para la salud, contra la drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, salud reproductiva y planificación familiar, atención materno infantil, salud bucal, educación nutricional, salud mental, atención primaria a la salud, envejecimiento saludable, prevención y rehabilitación de capacidades disminuidas y otras actividades;</p> <p>➤ Atención médica curativa como: Medicina familiar, de especialidad, geriátrico y gerontológico, oncológico y quirúrgico, así como la extensión hospitalaria;</p> <p>➤ El trabajador con enfermedad que le imposibilite ir a laborar tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo pagado por la Dependencia o Entidad en que labore.</p> <p>En maternidad: la atención será obstétrica; Ayuda para lactancia; Una canastilla de maternidad.</p>	<p>➤ El trabajador;</p> <p>➤ El pensionado;</p> <p>➤ Los Familiares del trabajador y pensionado que dependan económicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cónyuge; varón o mujer con quien viva el trabajador(a) o Pensionado(a) durante 5 años anteriores o tener hijos(as) y que permanezcan libre de matrimonio; • Hijos del trabajador o pensionado, tales que sean <18 años y solteros, hijos >18 y < 25 que se encuentren estudiando; los hijos discapacitados o incapacitados por enfermedad crónica, física o psíquico temporal o permanentemente; 	<p>➤ En prestaciones en especie los familiares tendrán los mismos derechos que el trabajador o pensionado;</p> <p>➤ El trabajador está obligado a proporcionar información general de sus familiares derechohabientes e informes y documentos probatorios que le pida la Institución y la Dependencia donde labore;</p> <p>➤ Los familiares no deberán tener por sí mismos derechos de seguros;</p> <p>➤ Los hijos del trabajador discapacitados, deberán presentar un certificado médico expedido por el Instituto y por medios legales procedentes;</p> <p>➤ Los hijos <25 años que estén estudiando con previa comprobación de los estudios en el ámbito medio superior o superior;</p> <p>➤ Recibirán consulta externa, atención médica de diagnóstico, de tratamiento, odontológica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, de rehabilitación necesaria desde el inicio de la enfermedad hasta un máximo de 52 semanas para la misma;</p> <p>➤ Tanto el Trabajador como la Dependencia o Entidad en que labore, darán aviso por escrito al Instituto, de acuerdo con las disposiciones que al efecto emita éste;</p> <p>➤ Si esta hospitalizado, recibirá subsidio él o sus familiares;</p> <p>➤ Para hospitalización quirúrgica se requiere el consentimiento de él o de un familiar que este a cargo;</p> <p>➤ Para menores de edad con consentimiento del padre o tutor.</p> <p>➤ La embarazada, deberá tener seis meses anteriores al parto vigentes en sus derechos, de lo contrario la prestación no procede;</p> <p>➤ El Instituto deberá certificar el caso de embarazo que establezca la fecha probable del parto;</p> <p>➤ La ayuda para lactancia, según lo determine el médico exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo, ayuda en especie hasta seis meses después del nacimiento;</p> <p>➤ La canastilla se dará al nacer el hijo.</p>	<p>➤ Se financiará para esta cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los trabajadores pagarán el 2.75% de sueldo básico para financiar al seguro de salud de los trabajadores en activo y familiares; y el 0.625% del sueldo para financiar el seguro de pensionados y sus familiares; • Las dependencias y entidades 7.375% del sueldo básico, financiará el seguro de salud para los trabajadores en activo y sus familiares; y el 0.72% del sueldo básico, financiará el seguro de salud para los pensionados y sus familiares; • El gobierno federal cubrirá diariamente una cuota de 13.9% del salario mínimo general vigente en el D. F., actualizándose trimestralmente desde el 01 de julio de 1997 con el INPC. <p>➤ Los recursos en efectivo o en especie se integran, invierten y administran en un fondo para garantizar los seguros, prestaciones y servicios, a cargo del Instituto y respaldar sus reservas;</p> <p>➤ El sueldo básico se tomará en cuenta para en un tabulador regional;</p> <p>➤ Las aportaciones y cuotas se harán de acuerdo al sueldo básico.</p>	<p>➤ En régimen obligatorio y régimen voluntario.</p>	<p>➤ Se ofrece mediante asignación legal o nombramiento;</p> <p>➤ Diseño, implantación y desarrollo de un modelo de programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes;</p> <p>➤ Crea herramientas de supervisión técnica y financieras.</p> <p>➤ La licencia con goce de sueldo a trabajadores con:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Anti-güedad</th> <th>Días sueldo integro</th> <th>Días sueldo medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>1</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>>5</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>>5,<10</td> <td>45</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>>10</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table> <p>➤ Si continua la enfermedad se concederá licencia hasta por 52 semanas sin goce de sueldo, según la incapacidad.</p>	Anti-güedad	Días sueldo integro	Días sueldo medio	>1	15	15	>5	30	30	>5,<10	45	45	>10	60	60
Anti-güedad	Días sueldo integro	Días sueldo medio																			
>1	15	15																			
>5	30	30																			
>5,<10	45	45																			
>10	60	60																			

II.4.3 LEY GENERAL DE SALUD

El Consejo de Salubridad es un órgano que depende directamente del Presidente de la República, mencionado en su artículo 14 de la Ley General de Salud, con los términos en específico dados en su artículo 73 de la Constitución Federal; está integrado por un presidente, un secretario y trece vocales titulares y se rige por su reglamento interior que es formulado por el propio consejo a aprobación del Presidente de la República.

Esta Ley de Salud, define a la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Trabaja con servicios públicos a la población en general que se presente en sus instalaciones y requieran del servicio, con el criterio de universalidad y gratuidad.

LEY GENERAL DE SALUD

COBERTURA	PRESTACIÓN	AMPARADOS	CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN	COMO SE OFRECE
Atención médica preventiva y curativa	<p>En General:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicios públicos a la población en general; ➤ Servicio a derechohabientes de Instituciones públicas de Seguridad Social; ➤ Asistencia Médica; ➤ Hospitalización; ➤ Medicamentos; <p>En Maternidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención a la mujer en el embarazo, el parto y el puerperio; ➤ Medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A toda persona que requiera del servicio, sin importar si obtiene otros servicios de seguridad social; ➤ Toda mujer embarazada que requiera el servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El usuario recibirá los procedimientos de orientación y asesoría para el uso del servicio; ➤ Obtendrá salud oportuna y de calidad con buena atención; ➤ Proporcionará la prestación urgente y a causa de un accidente u otro sin poner a juicio a su posterior remisión a otras Instituciones; ➤ El usuario deberá ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones; ➤ El usuario tendrá cuidado con el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición; ➤ Recibirá acciones de orientación y fomento de la lactancia materna, ayuda alimenticia, así como cuidados y enfermedades del bebe; ➤ Las mujeres embarazadas serán vigiladas de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental del niño y de ella. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El gobierno proporciona un fondo de aportaciones para los servicios de salud; ➤ Para enfermedades de alto costo, se construirá y administrará por la federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal y reglas definidas; ➤ Se financiará con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se rige por las convenciones entre prestadores y usuarios; ➤ Estará sujeta a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial; ➤ Las cuotas de recuperación se obtiene por: <ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios que pueden cubrir la cuota que le corresponde; • Los extranjeros que hagan uso del servicio. ➤ Las cuotas de recuperación recaudadas se ajustaran a lo que disponga la legislación fiscal y los convenios internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El internamiento y la asistencia médica serán de forma gratuitas a personas de bajos recursos; ➤ Quienes puedan pagar el servicio, pagaran una pequeña cantidad proporcional al servicio.

II.4.4 SEGURO POPULAR

El gobierno puso en marcha en el año 2001 un programa piloto llamado Salud para todos, iniciado en Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco y basado en la Ley General de Salud, con el principio de beneficiar a las familias que no cuentan con la prestación del servicio médico de alguna institución de seguridad social federal o estatal; o que vivan en localidades urbanas, semi-urbanas y rurales en las cuales la Secretaría de Salud no se de abasto para la atención.

El seguro popular es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios. El seguro popular responde a tres objetivos fundamentales:

- Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de un aseguramiento público en materia de salud
- Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS
- Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud

El seguro popular no cuenta con hospitales propios; según el gobierno federal, se cuentan con 600 hospitales en obra negra que podrían funcionar con los recursos del Seguro Popular, con origen de los recursos del 70% del gobierno federal, un 20% de gobiernos estatales y el resto de las familias.

SEGURO POPULAR

COBERTURA	PRESTACIÓN	AMPARADOS	CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN	COMO SE OFRECE
Atención médica preventiva y curativa	<p>En General:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Detección y prevención; ➤ Medicina ambulatoria; ➤ Odontología; ➤ Salud reproductiva; ➤ Parto y recién nacido; ➤ Rehabilitación; ➤ Urgencias; ➤ Hospitalización; ➤ Cirugía; ➤ Medicamentos gratuitos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Residentes en territorio nacional; ➤ A toda persona que no cuente con servicio médico de alguna institución federal; ➤ Con CURP; ➤ Cubran la cuota familiar; ➤ Familias con hijos <18 años, con padres >64 años y discapacitados dependientes; ➤ Toda mujer embarazada que requiera el servicio desde 2006; ➤ A todos los niños nacidos desde 2006. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El usuario recibirá los procedimientos de orientación y asesoría para el uso del servicio; ➤ Obtendrá salud oportuna y de calidad con buena atención; ➤ Afiliarse voluntariamente; ➤ Residir en las regiones de cobertura, donde se incorpora el seguro popular ➤ Cubrir la cuota de afiliación correspondiente; ➤ No pagará al momento de recibir la atención; ➤ Recibirá los medicamentos prescritos en la consulta; ➤ No deberá contar con otro tipo de seguro médico; ➤ Deberá presentar actas de nacimiento o CURP de los integrantes de la familia, comprobante de domicilio, credencial de elector y comprobante de oportunidades o procampo si se tiene el beneficio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El gasto se integra por un fondo de: una aportación del estado de 15 veces el CS, el gobierno federal 15 veces CS, una cuota social del 15% SMGVDF* más una cuota familiar según su condición económica. <p>El fondo se transfiere en un 89% a entidades Federativas por familia afiliada, 8% al fondo de protección contra gastos catastróficos, un 3% a la prevención presupuestal ocupando 1/3 parte en compensación interestatal y 2/3 en infraestructura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se administra por el gobierno Federal y Estatal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Régimen contributivo: <ul style="list-style-type: none"> • Familias con carencias de ingresos (estudio socioeconómico); • Familias del prog. Oportunidades • Adición a lineamientos del 22/12/06; ➤ Régimen no contributivo: <ul style="list-style-type: none"> • Familias clasificadas en distribuciones de ingresos: 640 a 10,200 y >18 afiliado individual pagará un 50%.

*CS = Costo del Seguro

*SMGVDF = Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal

II.4.5 LEY DEL ISSFAM

El ISSFAM es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene como objetivo brindar bienestar a los militares en servicio activo o en situación de retiro y a sus derechohabientes, en materia de salud, vivienda y educación.

La Ley de dicha Institución esta basada en la “Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y Armada Nacional” de 1926, que dio origen a la dirección de pensiones Militares, y posteriormente con la publicación de la “Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas”, dio origen al “Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas” (ISSFAM), iniciando su vigor el 29 de julio de 1976, para otorgar a los militares en activo y retiro, las prestaciones y servicios a que tienen derecho, así como a sus derechohabientes y pensionados.

Las fuerzas armadas en materia de seguridad social, actualmente se rigen con la última reforma publicada el 13 de junio de 2003, promulgada por el Presidente Vicente Fox Quesada. Se revisarán los puntos más importantes de dicha Ley.

ISSFAM

COBERTURA	PRESTACIÓN	AMPARADOS	CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN	COMO SE OFRECE
Enfermedad	<p>En General:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Asistencia médica quirúrgica, obstétrica, farmacéutica y hospitalaria, los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios; ➢ Los familiares del militar en activo o de retiro se les proporcionará gratuitamente el servicio médico; ➢ Tendrá derecho a una prestación monetaria; <p>En Maternidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Consulta y tratamiento ginecológico, obstétrico y prenatal; atención del parto, atención del infante y ayuda a la lactancia (6 meses); ➢ La persona encargada del niño tendrá derecho a recibir una canastilla de nacimiento; ➢ El personal militar disfrutará de un mes anterior a la fecha probable del parto, fijada en la consulta prenatal y dos meses posteriores, con goce de haberes; ➢ Durante la licencia de maternidad, tendrán derecho a recibir el 100% de sus haberes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Militar en activo; ➢ Militares con haber de retiro; ➢ Familiares de los militares que deberán ser dependientes económicos, tales que sean: <ul style="list-style-type: none"> • El cónyuge; • concubina aquel que haya asignado el militar ante el Estado (al menos 3 años antes); ➢ Hijos: solteros < 18, hijos >18 y < 25 que se encuentren estudiando, podrá extenderse este servicio hasta los 30 años a juicio del instituto; los hijos discapacitados o incapacitados temporal o permanentemente; el padre y la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Para la hospitalización del militar o sus familiares, se requiere del consentimiento expreso del paciente; ➢ Sólo se podrá ordenar la hospitalización si: la enfermedad requiere de atención y asistencia; si lo exige la enfermedad (padecimientos contagiosos); si el estado del paciente demanda la observación constante; si el examen se tiene que hacer en el hospital; casos graves de urgencia o emergencia; ➢ Para menores de edad, discapacitados (menores y mayores), sólo se podrá hospitalizar bajo el consentimiento de los padres o quién lo representen; ➢ Si los militares o familiares no se sujetan al tratamiento médico, no podrán exigir el servicio, sólo en excepción de la enfermedad; ➢ La prestación monetaria se aplicará si existe una enfermedad que imposibilite para trabajar y con previa comprobación de su estado por la Institución con certificado médico; ➢ El concubinato o cónyuge deberá ser asignado por el militar por lo menos tres años antes; ➢ La ayuda en la lactancia se proporcionará a la madre que demuestre la incapacidad para amamantar a su hijo o a la persona que la sustituya si esta fallece, comprobando dicha muerte con el acta de defunción. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ El financiamiento de enfermedad y maternidad corresponde directamente al Estado, quien aporta el Equivalente al 11% de los haberes y otro tanto igual a los haberes de retiro para cubrir la misma función. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Su estructura en la Junta Directiva está compuesta por tres miembros designados por la Secretaría de la Defensa Nacional, tres por la Secretaría de Marina, y dos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y además un comisario como supervisor nombrado por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. Así como también cuenta con una Dirección General y Direcciones de Área; ➢ El Instituto celebrará convenios con las Secretarías de Defensa y Marina, Institutos de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Mexicano del Seguro Social; ➢ El Instituto con sus posibilidades presupuestales establecerá farmacias y venderá medicamentos y artículos convexos sin lucro alguno a los trabajadores y presupuestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ El servicio médico será subrogado; ➢ Tendrán derecho a disfrutar de las prestaciones desde que queda afiliado al Instituto, y se pierden el derecho si se deja de cumplir alguna de las condiciones que se mencionaron con anterioridad.

Capítulo III: **Proyecciones de Ingreso-Gasto en Salud**

Conforme a las bases obtenidas de los dos capítulos anteriores, en esta parte del trabajo, se conocerán técnicas actuariales ya existentes y se aplicarán al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de acuerdo a sus necesidades, a los datos que es posible obtener y a la realidad del país aplicando factores financieros y demográficos tales como la inflación, la media poblacional y otros, se emplean herramientas actuariales apoyadas en los documentos oficiales previamente definidos y en los sistemas de asistencia médica, así como cifras aprendidas anteriormente.

En esta parte podremos ver concluida nuestra investigación con una visión más amplia de los recursos que al menos necesita el IMSS de acuerdo a su situación actual, para proporcionar un mejor servicio a sus derechohabientes.

Actualmente existen diferentes modelos para proyectar y simular el gasto generado en la seguridad social, que necesitan ser utilizados con técnicas más sofisticadas para obtener mejores resultados en la Institución Administradora.

Éstas técnicas nos sirven para modelar el gasto y el ingreso dentro de un sistema legal en el cuidado de la salud; así como el cálculo necesario de impuesto o la contribución recaudada para su financiamiento. Los modelos se concentran en las técnicas y cálculos asociados a métodos de los siguientes puntos para el cuidado de la salud:

- *Proyección de la población;*
- *Ingreso Estimado;*
- *Gasto Estimado;*
- *Estimación del Valor de la Contribución Requerida,* que incluye el sostenimiento y un adecuado nivel de reservas.

III.1 MÉTODO DE PROYECCIÓN ESTÁNDAR POBLACIONAL

En el cálculo de una proyección poblacional es necesario considerar componentes como:

1. La población total de un año base, distribuido en rangos de edad y sexo.
2. Año por año de cada rango, tomando en cuenta defunciones y migrantes.
3. El número de nacimientos se calcula aplicando los valores de la tasa de fertilidad en la población femenina dividida en grupos de edad.

Primero consideremos la población neta en este momento:

$$TL(t) = L(t-1) + N(t) - D(t) + I(t) - E(t)$$

donde:

$$L(t-1) = \text{Población en el año } t-1$$

$$N(t) = \text{Número de nacimientos en el año } t$$

$$D(t) = \text{Número de muertes en el año } t$$

$$I(t) = \text{Inmigrantes que llegaron en el año } t$$

$$E(t) = \text{Emigrantes que se fueron en el año } t$$

Para el cálculo de una proyección en la población se utilizan las siguientes ecuaciones:

$$L_{s,x+1}(t) = L_{s,x}(t) * p_{s,x+\frac{1}{2}}\left(t + \frac{1}{2}\right) + M_{s,x+1}(t) \quad \text{para } x = 0,1,\dots,99; t = 0,1,\dots,99; s = \text{femenino, masculino.}$$

donde:

$$L_{s,x+1}(t) = \text{Población de sexo } s \text{ y cierta edad } x \text{ a la mitad del año } t$$

$$p_{s,x+\frac{1}{2}}\left(t + \frac{1}{2}\right) = \text{Probabilidad de que sobrevivan de edad exacta } x + \frac{1}{2} \text{ a mitad del año } t \text{ hacia la edad exacta } x + 1 + \frac{1}{2} \text{ en la mitad del año } t + 1$$

$$M_{s,x}(t) = \text{Migración Neta de la mitad del año } t \text{ hacia la mitad del año } t + 1, \text{ en la corta edad } x \text{ a la mitad del año } t + 1; \text{ (i.e. migración = inmigrantes- emigrantes)}$$

Para saber sobre el número de sobrevivientes, es necesario conocer los valores de mortalidad en una tabla de vida en el año t , definida como:

$$q_{s,x}(t) = \text{Número de muertes en un año, de personas de edad exacta } x \text{ al inicio del año } t.$$

donde la probabilidad de que sobrevivan $p_{s,x+\frac{1}{2}}\left(t + \frac{1}{2}\right)$ se calcula de la siguiente forma;

$$p_{s,x+\frac{1}{2}}\left(t + \frac{1}{2}\right) = \frac{[1 - q_{s,x}(t)]}{\left[1 - \frac{1}{2} * q_{s,x}(t)\right] * \left[1 - \frac{1}{2} * q_{s,x+1}(t+1)\right]}$$

El número de nacimientos es estimado por la aplicación de valores de la tasa de fertilidad en la población femenina en edad fértil (15- 49)

$$N(t) = \sum_{x=15}^{49} f_x(t) * L_{femenina,x}(t)$$

donde:

$$f_x(t) = \text{Tasa de fertilidad global}$$

$$L_{femenina}(t) = \text{Población femenina a edad } x \text{ fértil}$$

$$f(t)_x = \frac{NacidosVivos}{PoblaciónMujeres_x} * 1000 \quad \forall x = \overline{15,49}$$

La proyección de la población de edad 0 es calculada como:

$$L_{s,0}(t+1) = k * N(t) * \left[1 - \frac{1}{2} * q_{s,0}(t) \right] + M_{s,0}(t)$$

$$\text{donde: } k = \frac{sr}{sr+1}, \text{ si } s = \text{Masculino};$$

$$k = \frac{1}{sr+1}, \text{ si } s = \text{Femenino.}$$

sr = nacimientos masculinos entre nacimientos femeninos

III.2 PROCEDIMIENTO PARA LOS FACTORES DE PROYECCIÓN

Una proyección se distingue por estar compuesta por dos características, la primera es que está sujeta a una distribución por subgrupos o por categorías de beneficios; y la segunda es que se basa en métodos que determinan el total de componentes de los procedimientos. Estas proyecciones pueden realizarse desde datos limitados hasta las más sofisticadas aproximaciones.

Algunas técnicas básicas tienen que ser adoptadas para determinar frecuencias y costos unitarios, o simplemente para modificar algunas definiciones en los sistemas de seguridad social ya establecidos, para que puedan aplicarse en nuestra realidad y adoptar nuestros criterios según nuestras leyes. Motivo por el cual las fórmulas siguientes son ajustadas con el fin de presentar un modelo aplicable en México, en particular en el sistema del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En el cálculo de la contribución de ingresos y del beneficio de gasto, se han formulado las siguientes estructuras básicas de los sistemas para el cuidado de la salud:

1. Total anual de ingresos netos = (ingreso neto promedio por contribución) * (Contribuyentes)
2. Gasto por un determinado beneficio = (Frecuencia de utilización) * (Costo por beneficio unitario) * (Población cubierta)

Estas estructuras básicas, deben de cumplir una equivalencia colectiva, que se toma como base para los siguientes modelos de proyección, esto significa que al menos necesitamos alcanzar la igualdad de ingresos y gastos para poder solventar nuestro sistema financiero de la seguridad social, estimando el valor presente de los ingresos totales futuros e igualmente el valor presente del gasto total. Este equilibrio está dado por:

$$R(0) + \sum_{t=1}^T \text{Contr}(t) * IT(t) * v^t = \sum_{t=1}^T GT(t) * v^t$$

donde:

$R(0)$ = Reservas al final del año 0

$\text{Contr}(t)$ = Tasa de contribución en el año t

$IT(t)$ = Ingreso Total asegurable en el año t

v^t = Tasa descontada $v = \frac{1}{1+i}$, a la potencia t

$GT(t)$ = Gasto total en el año t

Se observa que en ambos casos de la igualdad, está presente la suma con t que toma el valor de 1 hasta T, en donde T es el total de años por el cual resulta válido el modelo aplicable, en este modelo de proyección es útil por 4 y a lo más 5 años.

En cuanto al término Contr_i que indica las aportaciones que se definen con una variable i, significa la tasa de contribución que se paga a la Institución, dependiente del salario base del trabajador, como lo indica la sección dos del cuadro IMSS en la parte de financiamiento.

A partir de esta igualdad se analizarán los modelos para el cálculo de cada una de las proyecciones en ingresos y gasto.

III.3 PROYECCIONES DE INGRESOS

El procedimiento en el cálculo de la proyección estimada del Ingreso en un plan de seguro de salud dentro de un sistema de reparto, está dado por el Ingreso Total de los contribuyentes (al que llamaremos total) y otras fuentes de ingreso.

III.3.1 INGRESO TOTAL

Para obtener el total de ingreso asegurable y proyectarlo es necesario desagregar cada uno de los términos para su obtención. En esta parte se dice que este es el principio de una equivalencia colectiva, y es válida para todos los sistemas. El Ingreso es usualmente distribuido por grupo de edad y sexo, y se calcula de la siguiente forma:

Ingreso Total

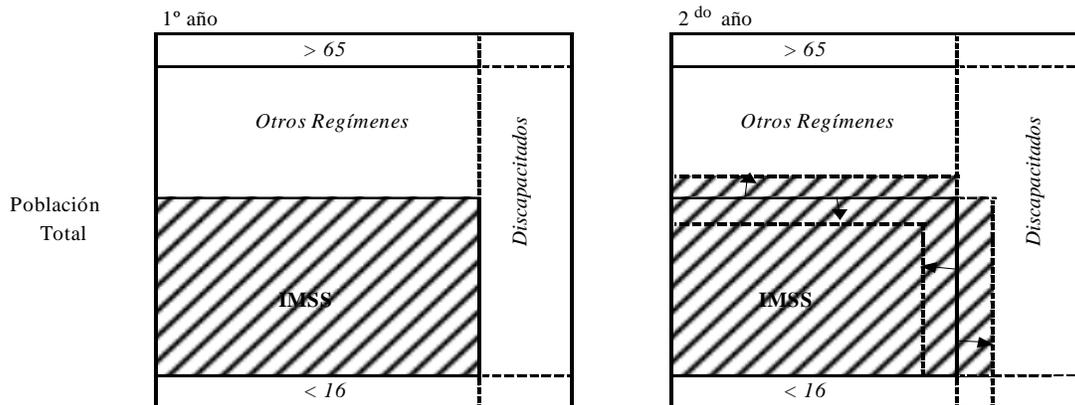
$$IT(t) = \sum_{s,x} CONT_{s,x}(t) * I_{s,x}(t) \quad \forall i = \text{tipo de contribuyente}$$

donde:

$$\sum_{s,x} CONT_{s,x}(t) = \text{Total de contribuyentes por sexo } s \text{ y de edad } x \text{ en el tiempo } t$$

$$I_{i,s,x}(t) = \text{Ingreso medio asegurable en el año } t$$

Para el cálculo del Ingreso Total que puede recibir el sector asegurado se consideran al total de los contribuyentes y a sus ingresos totales. El término $CONT_{s,x}(t)$ se refiere a la población económicamente activa que se encuentra inscrita y que cotiza en la Instituto Mexicano del Seguro Social, es decir, se excluye a todas aquellas personas que son mayores de 65 años, las que son menores de 16 años, a los discapacitados y principalmente a los que se encuentran inscritos en otro régimen.



La población asegurada en el IMSS, puede decrecer o crecer, según resulte el número de inscritos que se generen en un año transcurrido.

El comportamiento de dicha población contribuyente en un año determinado es importante por que nos indicará si recibiremos más o menos ingresos el siguiente año, y su proyección está dada de la siguiente forma:

Contribuyentes

$$CONT(t) = \sum_{s,x} Trayc_{s,x} * fi * covr(t) \quad \forall x \in \{15,65\}$$

donde:

$Trayc_{s,x}(t)$ = Trabajadores activos y cotizantes del Instituto Mexicano del Seguro Social de sexo s y edad x

$fi_{s,x}(t)$ = Factor de incremento anual de la población del IMSS

$covr(t)$ = Costo de la cobertura (100% o 1)

El factor de incremento está calculado por una media poblacional que nos dará el máximo incremento de población que puede haber y por una desviación que indica el mínimo, esto es, que tanto puede crecer o decrecer nuestra población asegurada en los años de nuestra proyección. La media y la desviación se originan de los movimientos anuales que ha tenido nuestro país desde 1997, año en que se modificó nuestra Ley.

En lo que se refiere al cálculo de la cobertura, todos los sistemas de seguridad social en nuestro país brindan una única cobertura que ofrece todos los servicios para el cuidado de la salud, el servicio primario, secundario y terciario, los cuales se mencionaron en el primer capítulo de la sección de sistemas de atención médica y que se ofrecen a toda la población asegurada ya sea cotizante o no cotizante, siendo ésta la razón por la cual el costo de la cobertura en el modelo es del 100% ó 1 y sólo opera de acuerdo al sexo y a la edad.

Ingreso

$$I_{s,x}(t) = S_{s,x}(t) * i^f * compr_{s,x}(t) \quad \forall x \in \{15,65\}$$

donde:

$S_{s,x}(t)$ = Suma del salario base de cotización de los trabajadores en el año t

i^f = Promedio de la Tasa inflacionaria en el país durante los últimos años

$compr_{s,x}(t)$ = Tasa de cumplimiento para la categoría i de contribuyentes (100%)

Es importante considerar el cambio de los sueldos a través del tiempo en una proyección, razón por la cual el salario base de cotización que depende directamente de la cantidad de salarios mínimos que gane el trabajador tiende a moverse, ya que el salario mínimo varía de acuerdo a la tasa de inflación que se maneje en el año t en nuestro país.

Se toma la tasa de cumplimiento como un 100% de cobertura para el asegurado, porque suponemos que todos los asegurados cumplen con el pago total de su cuota dado que la institución aseguradora maneja el régimen obligatorio; y tanto el patrón como el Estado cumplen con su parte, de lo contrario, si pertenece al régimen voluntario, es necesario liquidar la cuota para recibir el servicio, de tal manera que siempre se va a recibir la cuota completa de cada trabajador y el término se convierte en una constante del 100% o de 1.

El objetivo del cálculo de éste término es obtener el ingreso medio asegurable, y mantener el valor de los sueldo en la proyección, éste es el resultado de la llamada masa salarial y es obtenida con la suma total de los sueldos base de los trabajadores.

Una forma de poder obtener más recursos dentro del fondo formado por los contribuyentes, es invertir el remanente en algún instrumento de inversión, lo cual arroja una tasa ganada que se suma al fondo total de ingresos.

III.3.2 REMANENTE

En caso de que existiera un sobrante de recursos del año anterior, al que llamaremos remanente, éste se podrá invertir para poder obtener otro ingreso en la administración de la Institución Aseguradora, generando así una reserva.

El sobrante anual disponible de la inversión es derivado del gasto previsto y el ingreso por la contribución. La suma del ingreso de la inversión puede ser calculada como:

$$REM(t) = i^i(t) * \{RES(t-1) + 0.5 * [IT(t) * Contr(t) + OI'(t) - GP(t) - GA(t) - OG(t)]\}$$

donde:

$i^i(t)$ = Tasa promedio de interés en el año t

$RES(t-1)$ = Reserva invertida al final del año t-1

$IT(t)$ = Ingreso Total asegurable en el año t

$Contr(t)$ = Tasa de contribución en el año t

$OI'(t)$ = Otro ingreso (excluyendo la inversión de ingreso) en el año t; esta variable se podría contar como subsidios gubernamentales, del ingreso de la renta de espacios de oficinas, donaciones, etc.

$GP(t)$ = Gasto de las prestaciones en el año t

$GA(t)$ = Gasto administrativo en el año t

$GO(t)$ = Otros gastos en el año t

La tasa promedio de interés que se considera para la inversión del remanente puede ser la de algún instrumento de deuda del gobierno como los CETES, ya que son instrumentos de bajo riesgo y proporcionan una ganancia segura.

Dentro de los gastos de las prestaciones se contemplan algunas sumas aseguradas o subsidio y ayudas a los trabajadores por enfermedad profesional y no profesional y por maternidad.

En los gastos administrativos están los servicios del personal, en los que se destacan los sueldos, las prestaciones, los consumos en general como son las comidas, los materiales de trabajo para doctores y enfermeras, las habitaciones como son las camas, sábanas, batas tanto para pacientes como para los doctores y enfermeras, la papelería, los cambios en la infraestructura como son las computadoras y su mantenimiento, los aparatos de los estudios, etc.

Los otros gastos son todos aquellos que son inesperados, por ejemplo: los gastos que se erogan por una demanda, en alguna ayuda excedente, en una atención extraordinaria en caso de desastre, etc.

III.4 PROYECCIÓN DE GASTO

La proyección de gasto puede obtenerse si el sistema es financiado a través de impuestos y contribuciones. Los gastos en varias categorías de servicios son estimados a lo largo de tres dimensiones básicas:

- Paquetes básicos y provisiones específicas en el plan;
- Organización del servicio (proveedores, servicios, etc.);
- Método abastecedor de pagos (salarios y prestaciones del personal, presupuesto, capital, etc.).

Los planes de seguridad social para el cuidado de la salud proporcionan beneficios en efectivo y en especie. Los métodos para estas categorías de beneficios son diferentes.

III.4.1 BENEFICIOS EN EFECTIVO

Usualmente se proporciona un subsidio por enfermedad, por maternidad o un pago único por concepto de gastos funerarios.

En el caso de los beneficios en efectivo sólo la población contribuyente es considerada. Una parte de la población asegurada podría estar exenta de este derecho de beneficio. La población en riesgo es usualmente más pequeña que la población entera asegurada. Los detalles de esta prestación se mencionan en el régimen obligatorio de la Ley del IMSS en la sección dos (Marco Legal de la Seguridad Social).

III.4.1.1 SUBSIDIO DE ENFERMEDAD

$$GP(t) = \sum_{s,x} CONT_{s,x}(t) * DE_{s,x}(t) * CDE_{s,x}(t)$$

donde:

$CONT_{s,x}(t)$ = Contribuyentes de sexo s y edad x en el año t

$DE_{s,x}(t)$ = Número promedio de días de enfermedad por cada persona asegurada de género s y grupo de edad x en el año t

$CDE_{s,x}(t)$ = Costo promedio del beneficio de enfermedad por día, determinando la población aseguradora de género s y grupo de edad x en el año t .

$DE_{s,x}(t)$ y $CDE_{s,x}(t)$ se suponen, en la experiencia durante el periodo de observación. $CDE_{s,x}(t)$ es ajustada en cada año del periodo de proyección utilizando un procedimiento similar a estos para cada edad específica de ingreso gubernamental asegurable. Las frecuencias, desde la edad específica son generalmente muy estables sobre un periodo pequeño de tiempo, relativamente por debajo de las condiciones económicas estables.

El subsidio por enfermedad es una proporción fija por ingresos asegurables. $CDE_{s,x}(t)$ puede ser aproximada como:

$$CDE_{s,x}(t) = \frac{\left[\frac{S_{s,x}(t)}{CONT_{s,x}(t)} \right] * tb}{DL}$$

donde:

$S_{s,x}(t)$ = Suma de los salarios base de cotización de los trabajadores activos y cotizantes de sexo s y de edad x en el año t

$CONT_{s,x}(t)$ = Trabajadores activos y cotizantes del Instituto Mexicano del Seguro Social de sexo s y de edad x en el año t

tb = Tasa del beneficio para la enfermedad (en salud es del 50% en el IMSS)

$DL(t)$ = Total de días laborables o trabajados de los trabajadores de sexo s y edad x en el año t

La unidad para el cálculo de gasto del beneficio de enfermedad son los días de enfermedad.

III.4.1.1 SUBSIDIO PARA MATERNIDAD Y BENEFICIOS FUNERARIOS

Para el cálculo de gasto, en el subsidio de maternidad, se usa la población femenina asegurada que está normalmente definida entre las edades de 15 y 44 ó 49 años; y su cálculo está basado en el cálculo del subsidio de enfermedad.

$$GP(t) = \sum_{s,x} CONT_{femenino,x}(t) * DM_{femenino,x}(t) * CDM_{femenino,x}(t)$$

donde:

$CONT_{femenino,x}(t)$ = Contribuyentes de sexo femenino y edad x en el año t $\forall x = \overline{16,49}$

$DM_{femenino,x}(t)$ = Número promedio de días subsidiados de maternidad por cada mujer asegurada de edad x en el año t $\forall x = \overline{16,49}$

$CDM_{femenino,x}(t)$ = Costo promedio del beneficio de maternidad por día, determinada la población aseguradora femenina y de edad x en el año t . $\forall x = \overline{16,49}$

$$CDM_{femenino,x}(t) = \frac{\left[\frac{S_{femenino,x}(t)}{CONT_{femenino,x}(t)} \right] * tb}{DL}$$

donde:

$$S_{s,x}(t) = \text{Suma de los salarios base de cotización de las trabajadoras activas y cotizantes de edad } x \text{ en el año } t$$

$$\forall x = \overline{16,49}$$

$$CONT_{s,x}(t) = \text{Trabajadoras activas y cotizantes del Instituto Mexicano del Seguro Social de edad } x \text{ en el año } t$$

$$\forall x = \overline{16,49}$$

tb = Tasa del beneficio para la maternidad (en maternidad es del 60% en el IMSS)

$$DL(t) = \text{Total de días laborables o trabajados por las trabajadoras activas y cotizantes de edad } x \text{ en el año } t$$

$$\forall x = \overline{16,49}$$

Para los beneficios funerarios generalmente se paga una suma única de dinero, en caso de que la persona muerta sea asegurada. Una aproximación de la fórmula es la siguiente:

$$GP(t) = \sum_{s,x} CONT_{s,x}(t) * m_{s,x}(t) * SP$$

donde:

$$CONT_{s,x}(t) = \text{Contribuyentes de sexo } s \text{ edad } x \text{ en el año } t$$

$$m_{s,x}(t) = \text{Tasa central de mortalidad de personas aseguradas de género } s \text{ y grupo de edad } x \text{ en el año } t$$

SP = El Instituto del Seguro Social proporciona un beneficio fijo para todas las defunciones que consiste en dos meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal a la fecha del fallecimiento.

III.4.2 BENEFICIOS EN ESPECIALIDAD

En las Proyecciones de estos gastos, se calculan por la separación de varias categorías, como son:

- Asistencia Médica;
- Suministro de Medicamentos;
- Cuidado hospitalario;
- Estudios de diagnóstico y otros servicios;
- Otros cuidados.

III.4.2.1 ASISTENCIA MÉDICA

La asistencia médica está compuesta por tres categorías: el cuidado ambulatorio, las especialidades y los servicios dentales.

El cuidado ambulatorio es toda asistencia médica que no obliga a ingresar al enfermo y le permite continuar con su vida normal, es decir, son las consultas médicas que imparte un hospital; las especialidades y los servicios dentales son a su vez un servicio adicional que se da a los clientes regularmente después de una asistencia ambulatoria por una alteración de la enfermedad y se necesita ser analizada con más detalle o simplemente necesita el servicio adicional.

En esta parte se mencionan dos modelos proyectados, como son el modelo “Presupuestario” y el modelo de “Honorarios para Servicio”. En el modelo de gasto para la asistencia médica depende del método proyectado de asistencia, o en el método pagado a la proporción, así como del comportamiento de la categoría.

Para revisar en que consiste cada modelo, se explicará la categoría del cuidado ambulatorio para ambos.

Cuidado Ambulatorio

PRESUPUESTARIO

Si los servicios son contratados por fuera del suministro externo pagado por presupuesto, un método modelado conocido como “Presupuestario” podría ser aplicado. Debería ser notorio que el método elegido sólo es una pauta general – la provisión específica del plan individual podría ser completamente diferente a las técnicas modeladas.

El total de gasto es dividido en la categoría de costo fijo (recurrente) y variable (beneficios). En estos costos como por ejemplo los hechos en inversiones en esquema de facilidades, deberían estar acabados con el costo administrativo.

Para la proyección de costo total de beneficios en especie, tenemos que:

$$GP(t) = \sum_j CF_j(t) + CV(t)$$

donde:

$$CF_j(t) = \text{Costo de beneficio fijo para facilitar el beneficio } j \text{ en el año } t$$

$$CV(t) = \text{Costo beneficio variable en el año } t$$

El costo de beneficio fijo incluye todas las cosas – en especial para la duración de un año financiero – no depende directamente en el grado de utilización de un suministro unitario (los salarios del personal regular).

Un plan de presupuesto es usualmente establecido por el costo de beneficio fijo cubriendo subsecuentemente un periodo de 4 o 5 años. Si hay la capacidad presente de facilidades en pacientes que de entrada por salida visitan un hospital, entonces podría ser suficiente para servir a la población protegida sobre el periodo entero de predicción que podría estar analizado (podría ser necesario ajustar la capacidad, y esto, abandonaría el modelo).

El costo del beneficio variable unitario puede determinarse con algunas observaciones estadísticas recientes, esto es un contacto en pacientes que de entrada por salida visitan un hospital, con una proporción de pagos y categoría de servicios, donde se caracterizan datos

como el número de casos por cobertura personal (frecuencias o porcentajes utilizados, hacia la misma clasificación de edad y sexo) en algunos años recientes establecidos.

Para el cuidado ambulatorio, el costo de beneficio variable está dado por:

$$CV_{s,x}(t) = \sum_{s,x} CV_{s,x}(t) * POBCUB_{s,x}(t) * f_{s,x}(t)$$

donde:

$CV_{s,x}(t)$ = Costo Variable por caso para un paciente de sexo s y grupo de edad x en el año t

$POBCUB_{s,x}(t)$ = Número de personas cubiertas (derechohabientes) de sexo s y grupo de edad x en el año t

$f_{s,x}(t)$ = Casos de frecuencias por personas cubiertas de sexo s y grupo de edad x en el año t

El costo variable y las frecuencias son modeladas en una fórmula recursiva

$$CV_{s,x}(t) = CV_{s,x}(t-1) * [1 + cv_{s,x}(t)]$$

$$f_{s,x}(t) = f_{s,x}(t-1) * [1 + if_{s,x}(t)]$$

donde:

$cv_{s,x}(t)$ = Tasa de incremento de $CV_{s,x}(t)$ en el año t

$if_{s,x}(t)$ = Tasa de incremento de $f_{s,x}(t)$ en el año t

El costo absoluto por caso con una sola categoría del cuidado y la diferencia relativa que hay en el costo por caso entre diferentes categorías del cuidado del cuerpo hace un patrón de producción y división del servicio que proporciona dicho sistema. Esta estructura es en general difícilmente un modelo explícito. Por consiguiente, esto podría ser preferible hacia adoptar niveles normales observados de costo por cuidado.

La proyección entonces se limita a dar los valores de incremento o decremento en niveles de cuidado observados, tal que ayuda a evitar en el modelo grandes errores. La desventaja, es que proporciona al modelo una cierta suma de insensibilidad sin la tendencia a romper cambios en costos.

Los valores de cambio pueden estar proyectados en procedimientos severos, proporcionando no el mejor cambio en las provisiones de servicios gubernamentales legales, sin embargo en la categoría particular los cambios son esperados sobre el periodo de proyección.

Para el costo variable, representa generalmente solo una mínima porción del costo total para cuidado ambulatorio, los valores pueden ser derivados de observaciones de $CV_{s,x}(t)$ y $f_{s,x}(t)$ durante un periodo de referencia. El periodo de referencia deberá ser especialmente el doble, tan largo como el periodo de proyección.

HONORARIOS PARA SERVICIO

Con los honorarios para servicios pagados y un sistema indirecto de reparto, implícitamente el costo total de todos los beneficios son variables para cada esquema.

$$GP(t) = \sum_{s,x} C_{s,x}(t) * POBCUB_{s,x}(t) * f_{s,x}(t)$$

donde:

$C_{s,x}(t)$ = Costo por caso para un paciente de sexo s y por grupo de edad x en el año t

$POBCUB_{s,x}(t)$ = Número de personas cubiertas (derechohabientes) de sexo s y grupo de edad x en el año t

$f_{s,x}(t)$ = Casos de frecuencias por personas cubiertas de sexo s y grupo de edad x en el año t

El costo unitario $C_{s,x}(t)$ y frecuencias $f_{s,x}(t)$ son estimadas repetidamente. Esta definición es predeterminada por cualquier cantidad unitaria que es reportada estadísticamente.

Por ejemplo, este podría estar visitando oficinas de doctor, consultas, etc. Los honorarios a menudo son pagados de acuerdo a una cédula, para unidades mas pequeñas que visitan o sesionan (como un solo acto médico). El reporte unitario estadísticamente es un escenario de actos médicos, el cual estructuralmente es determinado por un caso natural, y es así una entidad heterogénea. Los honorarios para varios actos refleja el costo por persona, materiales, medicamentos, depreciación del equipo tecnológico médico usado, etc. Aún para el tratamiento de enfermedades idénticas, la composición de la canasta de actos médicos podría variar de una proporción a otra, de acuerdo al estilo de proporción o práctica, equipo disponible, tiempo promedio y otros factores.

En sistemas de honorarios existe una amplia evidencia por servicio que proporciona una determinada demanda para sus propios actos médicos, hacia una cierta extensión. Así que aparte del primer contacto de iniciativa para el paciente, una porción puede determinar la composición y precio de la canasta de servicios con ciertos límites. Existe alguna evidencia que actualmente proporciona pérdidas compensatorias desde números bajos de contactos y honorarios para simples actos a través de un número de grado realizado por caso de actividades, o para realizar actividades de alto precio.

Por tanto las frecuencias y los costos promedio por caso o por diferentes categorías de beneficios particularmente dependen del número y de la estructura de la porción. Por otra parte, existe algún grado de independencia; la noción de un proceso sometido al azar independiente entre frecuencias y costos por caso es especialmente inoportuno, desde que es difícil en el modelo independiente o hacia a la predicción del acuerdo con el que se materializará actualmente en un año dado del periodo de producción.

La recursividad que es construida en las fórmulas presentadas por encima de reducir el potencial de errores en el modelo como un resultado de este problema. Conocidas o desconocidas interdependencias son implícitamente hechas en la cuenta para establecer niveles base de gastos absolutos y relativos en observación. Este puede entonces estar

asumido para un periodo límite de proyección (cinco o seis años), el valor de incremento en estas frecuencias podría ser tratado como si este fuera independiente, con un aceptable margen de error.

Especialidades y servicios dentales

Los servicios de especialidades generalmente no son proporcionados con facilidad, sin embargo, cuando se proporcionen bajo un esquema sencillo, podría aplicarse el método presupuestario o alguna otra variante adecuada.

En casos, los servicios de especialidad son contratados en instalaciones privadas, el pago es usualmente para sesiones de un servicio de honorarios básicos. Es aquí, que el método de servicio de honorarios podría ser adoptado y aplicado. Desde actos normalmente especialistas, el valor de frecuencia del cuidado ambulatorio podría ser una variable aclarativa para la frecuencia de la cesión especialista. De acuerdo al reparto y al tipo de pago, el método descrito para el cuidado ambulatorio que podría ser adoptado y usado para los servicios dentales.

Si el tipo de pago es de forma Presupuestaria:

$$GP(t) = \sum_j CF_j(t) + CV(t)$$

$$\forall j = \text{especialidades, dentales}$$

donde:

$$CF_j(t) = \text{Costo de beneficio fijo para facilitar el beneficio } j \text{ en el año } t$$

$$\forall j = \text{especialidades, dentales}$$

$$CV_j(t) = \text{Costo beneficio } j \text{ variable en el año } t$$

$$\forall j = \text{especialidades, dentales}$$

$$CV_{j,s,x}(t) = \sum_{s,x} CV_{j,s,x}(t) * POBCUB_{s,x}(t) * f_{j,s,x}(t)$$

$$\forall j = \text{especialidades, dentales}$$

donde:

$$CV_{s,x}(t) = \text{Costo Variable del beneficio } j \text{ por caso para un paciente de sexo } s \text{ y grupo de edad } x \text{ en el año } t$$

$$POBCUB_{s,x}(t) = \text{Número de personas cubiertas (derechohabientes) de sexo } s \text{ y grupo de edad } x \text{ en el año } t$$

$$f_{s,x}(t) = \text{Casos de frecuencias del beneficio } j \text{ por personas cubiertas de sexo } s \text{ y grupo de edad } x \text{ en el año } t$$

o si es en forma del Servicio de Honorarios

$$GP(t) = \sum_{s,x} C_{j,s,x}(t) * POBCUB_{s,x}(t) * f_{s,x}(t)$$

$$\forall j = \text{especialidades, dentales}$$

donde:

$$C_{j,s,x}(t) = \text{Costo del beneficio } j \text{ por caso para un paciente de sexo } s \text{ y por grupo de edad } x \text{ en el año } t$$

$$POBCUB_{s,x}(t) = \text{Número de personas cubiertas (derechohabientes) de sexo } s \text{ y grupo de edad } x \text{ en el año } t$$

$$f_{s,x}(t) = \text{Casos de frecuencias por personas cubiertas de sexo } s \text{ y grupo de edad } x \text{ en el año } t$$

III.4.2.2 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

El gasto farmacéutico no puede ser expresado como una combinación de costo fijo y variable o totalmente como costo variable. Si aquellas aplicaciones farmacéuticas son proporcionadas totalmente o en parte para el plan que poseen dispensarios, la tardanza de los fármacos son adquiridos de proveedores externos en cada caso de enfermedad. Si los pagos únicos son realizados para el abastecimiento farmacéutico hacia un cierto grupo de personas protegidas, este gasto puede ser modelado de acuerdo a una variante de el método presupuestario.

Referente a cantidades razonables detrás del desarrollo de una fórmula para el costo variable de farmacéuticos, notamos que los medicamentos son usualmente proporcionados de acuerdo a la prescripción general experta, especialista o dentista (excepto para estas consumidas en hospitales). Así que, la unidad mas probable para esta categoría de servicio, podría ser la prescripción. El componente contable de una fórmula podría estar directamente unido hacia las frecuencias para la asistencia médica:

$$GP(t) = \sum_{s,x} AMA_{s,x}(t) * PAMA_{s,x}(t) * CPAMA_{s,x}(t) + AME_{s,x}(t) * PAME_{s,x}(t) * CPAME_{s,x}(t) +$$

$$AMD_{s,x}(t) * PAMD_{s,x}(t) * CPAMD_{s,x}(t)$$

donde:

$$AMA_{s,x}(t) = \text{actos médicos (consultas, sesiones, etc.) del cuidado ambulatorio proporcionado por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$AME_{s,x}(t) = \text{actos médicos del cuidado de especialidades proporcionado por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$AMD_{s,x}(t) = \text{actos médicos del cuidado dental proporcionado por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$PAMA_{s,x}(t) = \text{número de prescripción por actos médicos de cuidado ambulatorio por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$PAME_{s,x}(t) = \text{número de prescripción por actos médicos de cuidado de especialidad por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$PAMD_{s,x}(t) = \text{número de prescripción por actos médicos de cuidado dental por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$CPAMA_{s,x}(t) = \text{costo promedio por prescripción en cuidado ambulatorio por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$CPAME_{s,x}(t) = \text{costo promedio por prescripción en cuidado de especialidades por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$CPAMD_{s,x}(t) = \text{costo promedio por prescripción en cuidado dental por sexo } s \text{ y edad } x \text{ en el año } t$$

$$CPAM_{j,s,x}(t) = \frac{\text{CostoTotaldeTodaslasPr escripcionesdelBeneficio } j}{\text{NúmerodePr escripcionesdelBeneficio } j}$$

$$\forall j = \overline{\text{ambulatorio, especialidades, cuidado dental}}$$

$CPAM_{j,s,x}(t)$ = costo promedio por prescripción del beneficio j

En realidad, el número de prescripciones no es una simple función lineal del número de categorías unitarias. Esto es evidente que el número de prescripciones actualmente disminuidos, como el cuidado personal de una conversión médica mas intensa. Desde las semejanzas relacionadas con un modelo muy difícil, es sugerido que el número de prescripciones es derivado del uso de la regresión lineal, con el número de unidades por categoría respectiva como única variable aclarativa.

Desarrollos futuros para precios unitarios de prescripciones son estimadas usando el factor de desviación aproximado. Aunque en los actos de laboratorios como subcontratos en hospitales en algunos casos, tan semejantes son considerados a ser de mínima importancia. Dada la liga directa entre servicios laboratorios y experto general o servicios especialistas, los gastos para estos equipos puede ser una larga estimación de las mismas líneas como el gasto para farmacéuticas.

III.4.2.3 CUIDADO HOSPITALARIO

El cuidado hospitalario para la población cubierta es proporcionado al contribuyente, a la familia del contribuyente, al pensionado y a la familia de éste último, según lo dice la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se especifican los cuidados y atenciones que se deberán tener con los pacientes sin límite del servicio o preferencia alguna ya que se trata de una Institución pública. Así mismo el método presupuestario lo define en su ley como es mencionado anteriormente. Su cálculo está basado en la siguiente fórmula:

$$GP(t) = \sum_{s,x} DH_{s,x}(t) * POBCUB_{s,x}(t) * CDH_{s,x}(t)$$

donde:

$DH_{s,x}(t)$ = Número de días de hospital por persona asegurada de sexo s y edad x en el año t

$POBCUB_{s,x}(t)$ = Número de personas cubiertas (derechohabientes) de sexo s y edad x en el año t

$CDH_{s,x}(t)$ = Costo promedio por días hospital por persona asegurada de sexo s y edad x en el año t

La frecuencia (número de días por persona protegida) y los costos unitarios (costo promedio por día de hospital) puede estar estimado en una fórmula recursiva, en línea con los principios generales.

La frecuencia y el cambio en costos por día de hospital (el cual en algunos casos podría ser dividido entre el costo del cuarto, el personal médico y el costo de tratamiento médico) para el periodo de protección puede ser consecuencia del uso de técnicas económicas. Las variables aclaratorias de las ecuaciones contienen ambos factores de suplemento y de demanda. Asumiendo tasas uniformes diarias por rangos para personas protegidas.²

La estimación del costo futuro, se calcula por medio del factor de inflación esperado. Incluyendo las frecuencias de otras categorías de servicios como variables aclaratorias implícitas interdependientes entre varias categorías de cuidado son obtenidas explícitamente en la cuenta.

Las frecuencias de utilización por edad y sexo juegan un papel importante en la mayoría de todas las categorías. La edad específica es un indicador de consumo, que cambia la importancia en la proyección de periodos y en el grado esperado de cambios para la cobertura de la población, tal que transforma la importancia para evaluar la validez de planes de ahorro para la salud, por lo tanto, la edad específica de la información utilizada es usualmente más difícil para reunirla.

Muchos planes, particularmente estos en ciudades en desarrollo, no tienen una edad específica utilizando datos disponibles. Estos datos huecos deben ser llenados usando el tiempo consumido base medido o consumido en experiencia ajena. Un tercer camino que permite una estimación para el esquema del consumo para cuidado de la salud en la base de la fórmula matemática. Gráficamente el esquema de edad de la utilización del cuidado de la salud para crear edades en forma de una curva aproximadamente parecida a una letra **j** (y es llamada una **j-curva**). En años pasados de la vida de una persona, el consumo de salud es relativamente alto, usualmente alrededor de 150 – 200 % de la baja edad específica de los valores consumidos. El bajo nivel del consumo del cuidado de la salud es usualmente observado alrededor de 15 años para las mujeres y alrededor de los 20 años para los hombres. Estos cinco años de diferencia de edad entre hombres y mujeres en edad de mínimo consumo es explicado para el consumo femenino disparado alrededor de 15 años para la fertilidad. Durante el resto de la vida, el consumo se incrementa mas o menos escalonadamente hacia localizar los niveles finales con estar expresado con un múltiplo del mínimo consumo – usualmente entre cuatro y siete veces el nivel mínimo. En los datos ausentes, la J-curva puede estar calculada como una J-parábola, basada en dos partes, de llave supuesta acerca de edad y nivel de un mínimo consumo, y de edad y nivel del máximo consumo.²

III.4.2.4 ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO Y OTROS SERVICIOS

Estos son usualmente proporcionados en la base de prescripción de un practicante o un especialista general. Los arreglos para el contrato de laboratorios son de menor importancia, ya que actúan con un subcontrato en los hospitales. Se da un directo lazo entre servicios de laboratorio y prácticas generales o servicios de especialistas, en el caso en que estos puedan estar estimándolos a lo largo de las mismas líneas para los gastos de los fármacos.

$$GP(t) = \sum_{s,x} AML_{s,x}(t) * PAML_{s,x}(t) * CPAML_{s,x}(t) + AMS_{s,x}(t) * PAMS_{s,x}(t) * CPAMS_{s,x}(t)$$

donde:

²Newbrander, William; “Modelling in Health Care Finance”; 1999.

$AML_{s,x}(t)$ = actos médicos (consultas, sesiones, etc.) de servicio de laboratorio proporcionado por sexo s y edad x en el año t

$AMS_{s,x}(t)$ = actos médicos de diagnóstico de otros servicios proporcionados por sexo s y edad x en el año t

$PAML_{s,x}(t)$ = número de prescripción por actos médicos de servicio de laboratorio proporcionado por sexo s y edad x en el año t

$PAMS_{s,x}(t)$ = número de prescripción por actos médicos de otros servicios proporcionados por sexo s y edad x en el año t

$CPAML_{s,x}(t)$ = costo promedio por prescripción en de servicio de laboratorio proporcionado por sexo s y edad x en el año t

$CPAMS_{s,x}(t)$ = costo promedio por prescripción otros servicios proporcionados por sexo s y edad x en el año t

$$CPAM_{j,s,x}(t) = \frac{\text{Costo Total de Todas las Prescripciones del Beneficio } j}{\text{Número de Prescripciones del Beneficio } j}$$

$\forall j = \text{ambulatorio, especialidades, cuidado dental}$

$CPAM_{j,s,x}(t)$ = costo promedio por prescripción del beneficio j

III.4.2.5 OTROS CUIDADOS

Esta categoría es un residuo cuantificable, compuesto de una variable de servicios proporcionados adicional del esquema. La talla de los componentes iguales de la categoría generalmente residual que no es una proyección ordenada separada. Debido a la heterogeneidad de esta categoría, es denominada como el total de “otro gasto” que está modelado como el producto del gasto promedio por persona protegida y el número de personas protegidas. El promedio por capa de gasto puede entonces estar ajustado de acuerdo a los valores inflacionarios esperados y los factores derivados del periodo proyectado.

$$GP = GPOG_{s,x}(t) * i^f * POBCUB_{s,x}(t)$$

donde:

$GPOG$ = Gasto promedio por persona protegida de sexo s y grupo de edad x en el año t

i^f = Promedio de la Tasa de inflacionaria en el país durante los últimos años

$POBCUB_{s,x}(t)$ = Número de personas cubiertas (derechohabientes) de sexo s y grupo de edad x en el año t

III.5 COSTOS ADMINISTRATIVOS

Los costos administrativos son fijados por un rango dado, los afiliados o del número de personas cubiertas. Con este rango, solo una pequeña porción global de costos administrativos variarían con el número actual de personas cubiertas. Un mayor movimiento en el costo administrativo ocurridos cuando los afiliados incrementaran en un

grado que la cantidad de trabajo administrativo adicional no pudiera estar acoplada con el sistema dado o cuando el paciente adicional cargado no pudiera ser manejado en las presentes instalaciones. En este punto, un nuevo personal de operación o administración tiene que ser contratado o una medida racional del costo tiene que ser implementada. Nuevas investigaciones en instalaciones podrían ser algo necesarias.

En un status de una situación actual, el nivel de costos administrativos en un esquema dado depende mas o menos directamente sobre el número de personas protegidas, el número de empleados, la estructura y volumen de instalaciones del plan y el número de personal empleado por el esquema. Con el fin de predecir costos administrativos, el presupuesto aproximado debería ser continuado. Aunque ahí podría estar alguna justificación para proyectar simplemente costos administrativos como un porcentaje del gasto total del beneficio o el ingreso gubernamental total asegurado, el presupuesto aproximado es seguramente preferible. El gasto administrativo podría ser modelado como sigue:

$$CA(t) = CA(t-1) * \{cp(t-1) * [1 + s(t)] + [1 - cp(t-1)] * [1 + fc(t)]\} * \left[\frac{POBCUB(t)}{POBCUB(t-1)} \right]$$

donde:

$CA(t-1)$ = Costo Administrativo en el año $t-1$

$cp(t)$ = El costo del personal (salarios, subsidios, etc.) en el costo administrativo total en el año t

$s(t)$ = Costo del salario mínimo general en el Distrito Federal en el año t

$fc(t)$ = Factor de crecimiento en el año t

$POBCUB_{s,x}(t)$ = Número de personas cubiertas (derechohabientes) de sexo s y grupo de edad x en el año t

Implícitamente asumimos que todos los incrementos de los costos del personal en una línea moderna con el rango estimado de incremento de ingresos gubernamentales asegurados y que todos aquellos incrementos de costos linealmente con el valor esperado de inflación. El término $\frac{POBCUB(t)}{POBCUB(t-1)}$ ligado al incremento total del costo administrativo

en los años previos al incremento de un número de personas cubiertas. Esto provee un margen de seguridad, desde un incremento de la capacidad operativa o administrativa podría no ser necesaria como un resultado de un incrementado limitado en el número de personas cubiertas.

Este factor puede ser remplazado con una estimación diferente si el plan de inversión concreto existe para el término del periodo de proyección. El periodo de observación debería mostrar persistencia y desviaciones sistemáticas desde los valores estimados, entonces un factor de desviación es aplicado.

III.6 GASTO GLOBAL PROYECTADO

Antes de describir el cálculo del término medio de los tipos de contribución para el esquema legal de salud asegurada, examinamos dos fórmulas que permite checar un rápido y convincente gasto global proyectado. La primer fórmula relaciona el gasto con el esquema específico hacia la cobertura social nacional del gasto, simplemente para calcular el costo relativo del esquema como una parte del PIB y dividiendo éste por el valor total de la población cubierta del esquema. (i.e. $\frac{POPCUB(t)}{POBTOT(t)}$).

El resultado parte del PIB, el cual llamaremos PIBS(t), refleja el gasto total que la ciudad podría encarar, si la población total estuviera cubierta bajo del esquema. Para el esquema de seguridad social en países en desarrollo, esta figura debería ser más grande que el gasto total de salud en los país actuales como una parte del PIB, pero este debería ser más pequeño que la parte realizada de **lower-income** (ingresos mas bajos) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en diferentes países. Así, un límite máximo y un mínimo estimado para el potencial de magnitudes del gasto nacional de salud obtenido, y puede servir como una revisión convincente para el gasto total del esquema. El método implica que el esquema proporciona un comprensivo paquete del cuidado de la salud:

$$PIBS(t) = \frac{GT(t)}{[PIB(t) * cov r(t)]}$$

donde:

$PIBS(t)$ = Reparto potencial del gasto de salud en PIB, suponiendo el total de la población cubierta

$GT(T)$ = Gasto Total de salud en el año t

$COV r(t)$ = Tasa de la población cubierta de un esquema en el año t (100%)

Esta fórmula nos dará como resultado la proporción que se debe destinar a los ramos de salud y maternidad en la Institución del IMSS, correspondiente del Producto Interno Bruto (PIB), esta cantidad es destinada para cubrir el costo de dichos ramos.

El Sector del Seguro Social IMSS otorga una protección total a todos los derechohabientes así como un todo, razón por la cual se considera un 100% en el valor de $cov r(t)$ convirtiéndose como un valor constante.

III.7 CÁLCULO DE UN TÉRMINO MEDIO DE LA PRIMA O TASA DE COTIZACIÓN

Antes que nada, todo el gasto y el ingreso contributivo tienen que estar estimados para cada año del periodo de proyección, es necesario el pago del valor contributivo para un año

dado, que se calcula basándose en la estructura básica de la fórmula, y sólo permite el cálculo del costo para un periodo financiado cubierto. El valor de contribución necesario es un perfecto indicador del costo relativo del esquema, pero resulta ser no realista, aún en la pequeña corrida dentro de los problemas del flujo de efectivo. El gasto incrementa en valor de lo esperado, o cuando la recolección contributiva o entradas de otros ingresos contributarios son tardíos.

Este valor de contribución cargado debería permitir la construcción o mantenimiento de una reserva de contingencia, pero las decisiones políticas preferirían un valor de contribución que reste estabilidad, en especial un término medio.

Un tercer parámetro tanto en el cálculo del valor de la contribución actual, en suma al ingreso contributivo y gasto esperado. Éste es el nivel de contingencia deseado para reservas ($k(t)$), el cual es usualmente definido como un múltiplo del gasto anual.

$$k(t) = \frac{RES(t)}{GT(t)}$$

donde:

$RES(t)$ = Reserva en el inicio del año t

$GT(t)$ = Gasto total en el año t

Definiciones alternativas en el nivel originado, puede estar formulado repitiéndose el numerador (reserva en el inicio del año), con la reserva en el inicio del año o el denominador (gasto total en el año t) con el gasto beneficio.

Dependiendo el tamaño del esquema, el factor $k(t)$ podría variar entre 0.25 y 1, o aún podría estar arriba de 1. Un esquema con una larga población estable necesitaría solo tres meses de gasto como una reserva de contingencia, mientras que un pequeño fondo con variación en la experiencia morbosa, necesitaría tres veces el nivel del gasto anual.

Normalmente, un análisis de riesgo completo debería estar comprometido a decidir el nivel deseado de reservas, basado en la probabilidad del gasto total pronosticado excedido el nivel de proyección, o la base de valorización proyectada bajando el pequeño nivel de proyección. Algo importante, es la suma de veces con un gobierno o la administración de un esquema necesitaría implementar un incremento en el valor de contribución o un decremento en un tiempo del derecho del beneficio en orden para traer un esquema respaldado en el equilibrio financiado antes evolución financiera imprevista.

Tenemos por consiguiente desarrollada una estimación experta para $k(t)$, hacia servir como una guía para todos los esquemas con una reserva requerida. La fórmula está basada en el supuesto que la reserva podría estar alargada para cubrir una máxima derivación de gasto, del nivel normal y un máximo corte límite o un total de ingreso contributivo.

Podemos calcular el valor constante de la contribución $CContr(t)$ para un periodo de t años, i.e. para años $\overline{0,t-1}$ en la condición que el nivel de fundición es $k(t-1)$ en el fin del periodo:

$$CContr(t) = \frac{DS[GT(t) - OI(t)] + k(t) * D[GT(t)] - RES(0)}{DS[IT(t)]}$$

donde:

$DS[GT(t) - OI(t)]$ = Valor descontado del gasto total menos otro ingreso durante el periodo $t = 0$, el comienzo de la proyección del periodo

$D[GT(t)]$ = Valor descontado del gasto en el año t , descontado para exactamente n años hacia $t = 0$

$RES(0)$ = Reserva inicial en el inicio de año $t = 0$

$DS[IT(t)]$ = Valor descontado del Ingreso Total asegurable hacia el año $t = 0$

El valor descontado del gasto total durante el periodo de t años calculado como:

$$DS[GT(t)] = \left(1 + \frac{i}{2}\right)^{-1} * \sum_{k=0}^{t-1} GT(k) * (1+i)^{-k}$$

El valor descontado del gasto en el año t es calculado como:

$$D[GT(t)] = (1+i)^{-n} * GT(n)$$

donde i es la tasa de interés, asumiendo que debe ser constante a través del periodo calculado. Los valores descontados de otras variables son en consecuencia calculados. En el caso del nuevo esquema, la reserva inicial necesaria es usualmente creada a través del significado de un largo tiempo el comienzo de la recolección de la contribución y los beneficios pagados.

Conclusiones

La seguridad social es de suma importancia en nuestro país, principalmente para aquellas personas que no poseen los recursos necesarios para acudir a una institución privada, siendo ésta la única manera en que pueden alcanzar los cuidados médicos para su salud.

Para alcanzar un servicio de excelencia en las instituciones aseguradoras públicas, es necesario que tomemos conciencia acerca de la importancia que tiene para todos los mexicanos una institución pública en este sector; todos aquellos encargados de su administración desempeñarían mejor su trabajo: la población mexicana demandaría un servicio frecuente y no dudaría en pagar la contribución; los recursos recaudados realmente se asignarían al servicio, tecnología, investigación, administración, etcétera; y bajo la ejecución de nuevas técnicas actuariales se maximizaría el rendimiento de la contribución.

Con la elaboración de este trabajo se obtuvo un panorama general de la situación de los seguros de salud de la seguridad social en México y se lograron sintetizar una serie de técnicas actuariales para la proyección de ingresos y gastos probables de los mismos. De igual forma, durante el análisis fue posible conocer los factores que intervienen en el desempeño de estos seguros; distinguir las diferencias que existen entre las diferentes instituciones que los administran; y el grado de cumplimiento de las normas internacionales.

El objetivo central de este trabajo no logró alcanzarse prácticamente en su totalidad, esto debido a que la información obtenida fue escasa y esto limitó el alcance de los resultados obtenidos, de esta forma, solamente pudieron cotejarse los resultados referidos al ingreso y el gasto de las prestaciones de un único tipo de prestaciones de una única Institución, donde además fue notorio que la información no se tiene desagregada, es decir, se tiene catalogada o clasificada por rangos amplios o grupos generalizados en el mejor de los casos, lo que restringe poder evaluar qué tan lejos se está de la realidad y qué tan precisas podrían ser las técnicas expuestas.

Glosario

Asegurado.- Es la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo. En este sentido tiene naturaleza independiente.

El asegurado a es quien se suscribe en la póliza con la entidad aseguradora, comprometiéndose al pago de primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones que se produzcan en caso de siniestro.

Ambulatorio.- Se refiere al cuidado del cuerpo, el cuidado ambulatorio es toda asistencia médica que no obliga a ingresar al enfermo y le permite continuar con su vida normal, es decir, son las consultas médicas que imparte un hospital.

Ascendencia.- Cónyuge, hijos, nietos y toda la familia que lo descende.

Asistencia.- Se hace referencia a la prestación de una ayuda complementaria y organizada, dirigida a una determinada colectividad. Es la forma principal de aplicar los distintos sistemas de prevención de riesgos.

Capital.- Es el lenguaje empresarial, se da este nombre al conjunto de dinero y otros activos que necesita una sociedad para operar y llevar a cabo sus actividades de producción y distribución de sus productos y/o servicios.

Capital Constitutivo.- Se refiere a la constitución o composición de los elementos que integran al capital.

Cesantía.- Estado de la persona a quien se priva de su empleo (que cesa).

Concomitante.- Que acompaña a algo o que actúa al mismo tiempo, tal que cuando nos referimos a una variación concomitante, son variaciones simultáneas y proporcionales de ciertos fenómenos.

Cuantía.- Cantidad a que hace el importe de lo reclamado por una demanda en los juicios civiles ordinarios.

Derechohabiente.- Persona que deriva su derecho de otra, razón por la cual a todo integrante del sector asegurador se la da dicho nombre, ya que respeta uno de los principios básicos de la seguridad social.

Enfermedad Profesional.- Aquella que se adquiere a consecuencia del ejercicio continuado de un trabajo y debido precisamente a las características de éste. Es un riesgo cubierto por accidentes de trabajo.

Estado.- Situación en que se encuentra una persona o cosa como el estado de salud, o un edificio en mal estado. Condición de un cuerpo en cuanto a la cohesión, fluidez, distribución o ionización de sus átomos.

Estado Mórbido.- Es la situación propia de una enfermedad en un lugar y periodos determinados, respecto a una colectividad. Son el número de casos, que la integran.

Obstétrica.- Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, del parto y del periodo posterior a este mes.

Pacientes ambulatorios.- Es la persona enferma que se somete a algún tratamiento médico sin la necesidad de que se quede internada dentro de las instalaciones de la Institución.

Policlínicas.- Clínicas en donde se atienden enfermos de diversas especialidades.

Póliza.- Documento que instrumenta el contrato de seguros, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones entre el asegurador y el asegurado.

Es un documento cuya inexistencia afectaría a la propia vida del seguro, ya que solo cuando ha sido emitido y aceptado por ambas partes se puede decir que han nacido los derechos y obligaciones que del mismo se derivan.

Primas.- Aportación económica que ha de satisfacer el contratante o asegurado a la entidad aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que este le ofrece.

Desde un punto de vista jurídico, es el elemento real más importante del contrato del seguro, porque su naturaleza, constitución y finalidad lo hacen ser esencial y típico de dicho contrato.

Puerperal.- Se refiere al periodo crítico de puerperio, como por ejemplo a la fiebre puerperal, que refleja la infección que puede aparecer después del parto, o la psicosis puerperal, que es el episodio sicótico agudo que puede presentarse en las semanas siguientes del parto.

Puerperio.- Se le llama puerperio, al periodo transcurrido desde el momento del parto hasta que los órganos genitales, sus funciones y el estado general de la mujer vuelve a su estado ordinario anterior al parto.

Ratificación.- Aprobación de un acto ajeno relativo a cosas o derechos propios.

Servicios Preventivos.- Conjunto de medidas que brinda la aseguradora, destinadas a evitar o dificultar la ocurrencia de un siniestro y a conseguir, que si el accidente se produce, sus consecuencias de daño sean las menos posibles.

Siniestro.- Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños garantizados en la póliza hasta una determinada cuantía.

Siniestro es un acontecimiento que, por originar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición de un principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o a sus beneficiarios, el monto garantizado en el contrato.

Subrogación.- En sentido jurídico general, es la sustitución de una persona por otra distinta que ejecutará los derechos y acciones de aquella. En seguros, en virtud de la subrogación al asegurador sustituye al asegurado en el ejercicio de las acciones o derechos que tendría éste contra los terceros causantes del accidente o siniestro, a fin de poder recuperar de ellos la cantidad que civilmente deberían de responder a consecuencia de los daños producidos, cuya indemnización, en virtud de la póliza de seguro, ha corrido inicialmente a cargo de la aseguradora.

Bibliografía

IMPRESA:

- Oficina Internacional del Trabajo; “Introducción a la Seguridad Social”, Alfaomega 1992.
- _____; “Principios de la Seguridad Social”; Asociación Internacional de la seguridad social, Ginebra 2001.
- _____; “Seguridad Social, guía de Educación Obrera”; Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra 1995.
- _____; “Seguro Social de Salud”, Oficina Internacional del Trabajo – Asociación Internacional de la Seguridad Social, Ginebra 2001.
- Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud; “México”, OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 2005.
- Agenda de Seguridad Social 2007, 14ª y 15ª edición, Ediciones Fiscales ISEF, México 2006.
- Agenda laboral 2005, 12ª edición., Ediciones Fiscales ISEF, México 2005.
- Contreras Cruz, Carlos, “Análisis de los Principios Básicos de la Seguridad Social”, Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias, U.N.A.M., México, 2006.
- Narro Robles, José; “La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI”, FCE1993.
- _____; Simposio “Hacia la Universalización de la Salud en la Seguridad Social”.
- Frenk Julio, González Block Miguel A., Knaul Felicia y Lozano Rafael, “La Seguridad Social en México”, CIDE, CONSAR, FCE 1999.
- Beveridge William; “Las bases de la Seguridad Social”, 2ª edición. ,Fondo de Cultura Económica 1987.
- González Roaro Benjamín; “La seguridad social en el mundo”, siglo XXI Editores, 2003.
- Gutiérrez Aragón, Raquel y Ramos Verastegui, Rosa María, “Esquema Fundamental del Derecho Mexicano”; decimotercera edición; Edit. Porrúa; México 1999.
- Cruz Gregg, Angélica y Sanromán Aranda, Roberto; “Fundamentos de Derecho positivo Mexicano”; Editorial Internacional Thomson Editores, México, 2000.
- Thullen, Peter, “Métodos Estadísticos y Análisis de Costos en la Seguridad Social”, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México 1992.

Briceño Ruiz, Alberto; “Derecho Mexicano de los Seguros Sociales”; Editorial Harla, México 1987.

Newbrander, William; Yamabana, Hirosh; Wevel, Axe y otros; “ Modelling in Health Care Finance”; Ginebra, Internacional Labour Office Geneva – International Social Security Association, 1999.

Castelo Matrán, Julio, Guardiola Lozano, Antonio, “Diccionario MAPFRE de Seguros”, 3ª edición, Editorial MAPFRE, Instituto de ciencias del seguro, Nueva edición ampliada, Madrid 1992.

Diccionario Enciclopédico Larousse; 10a edición.

ELECTRÓNICA:

Asociación Internacional de la Seguridad Social, www.issa.int

Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, www.issfam.gob.mx

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
www.issste.gob.mx

Organización Internacional del Trabajo, www.ilo.net

Fundación Mexicana para la Salud www.funsalud.org.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social www.imss.gob.mx

Instituto Nacional de Salud Pública www.insp.mx

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática www.inegi.gob.mx

Organización Mundial de la Salud www.who.int

Organización Panamericana de la Salud www.paho.org

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico www.oecd.org

Secretaría de Salud www.salud.gob.mx

Seguro Popular de Salud www.seguro-popular.gob.mx