



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE CIENCIAS

LOS PROBLEMAS DE FINANCIAMIENTO EN LA  
SEGURIDAD SOCIAL:  
LA NUEVA LEY DEL IMSS.

T E S I S

Que para obtener el título de

A C T U A R I O

p r e s e n t a

VICENTE OROZCO OLEA

28/127



FACULTAD DE CIENCIAS  
UNAM

Director de Tesis:

ACT. LAURA MIRIAM QUEROL GONZALEZ



FACULTAD DE CIENCIAS  
SECCION ESCOLAR

28/127



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



**MAT. MARGARITA ELVIRA CHÁVEZ CANO**  
**Jefa de la División de Estudios Profesionales de la**  
**Facultad de Ciencias**  
**Presente**

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis:

LOS PROBLEMAS DE FINANCIAMIENTO EN LA SEGURIDAD SOCIAL:  
 LA NUEVA LEY DEL IMSS

realizado por OROZCO OLEA VICENTE

con número de cuenta 8710634-3 , pasante de la carrera de ACTUARIO

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

- Director de Tesis Propietario Act. LAURA MIRIAM QUEROL GONZALEZ *L. Q. G.*
- Propietario Act. MARIA AURORA VALDES MICHEL *[Signature]*
- Propietario Act. LETICIA DANIEL ORANA *Leticia Daniel O.*
- Suplente Act. NOEMI VELAZQUEZ SANCHEZ *Noemi Velázquez Sánchez*
- Suplente Act. BENIGNA CUEVAS PINZON *Benigna Cuevas P.*

Consejo Departamental de *[Signature]*  
MATEMATICAS

M. en A.P. MARIA DEL PILAR ALONSO REYES

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	1
Las tendencias hacia una crisis del Seguro Social	3
El ahorro interno: la otra cara de la reforma	4
Alternativas para el análisis	5
<b>Capítulo 1. Sistemas de seguridad social y métodos de financiamiento</b>	8
Tipos de seguros	10
Programas cubiertos	13
Calidad de los servicios	13
Organización y administración	13
Cobertura	14
Financiamiento: problemas y alternativas de la seguridad social	14
Riesgos de trabajo: el problema de las fuentes de financiamiento	18
<i>Problemas</i>	19
<i>Alternativas</i>	21
<i>Cuotas e impuestos</i>	24
Pensiones: manejo de recursos	27
<i>Modelo de generaciones traslapadas</i>	30
<i>Efectos sobre la seguridad social</i>	34
Salud: un ejemplo de reestructuración del sistema	37
<i>Marco institucional de los servicios de salud</i>	38
<i>Impacto de los aspectos institucionales</i>	41
<i>Propuesta de reestructuración</i>	46
<b>Capítulo 2. Retrospectiva del IMSS: de la construcción a la crisis de la seguridad social</b>	49
El modelo original y sus modificaciones: las leyes de 1943 y 1973	50
La seguridad social vinculada al empleo	50
Hacia una seguridad general: las ampliaciones del modelo	56
<i>Ampliar beneficios</i>	63
<i>Aumentos en los montos y nuevas prestaciones</i>	63
<i>Ampliación del disfrute de prestaciones y servicios</i>	66
<i>Menores requisitos y mayores periodos de vigencia de derechos</i>	67
<i>Ampliar cobertura</i>	69
<i>Modificaciones operativas y administrativas</i>	73
Hacia un modelo universal de seguridad	76
Desempeño institucional	78
Población derechohabiente y servicios	79
Límites y problemas institucionales	90
<i>Estabilidad Financiera</i>	91
<i>Estabilidad en la cobertura</i>	96
Restricciones externas al modelo	103
<i>Demográficas</i>	103
<i>Económicas</i>	104
<i>Políticas y sociales</i>	105
Adecuaciones del modelo	106
Saldos	110

<b>Capítulo 3. La Nueva Ley del Seguro Social</b>	112
Elementos de la reforma	113
Nuevo sistema de pensiones	121
<i>Pensiones y prestaciones económicas: aspectos operativos</i>	123
<i>Administración e inversión de recursos</i>	130
<i>Regulación del sistema</i>	131
Métodos de financiamiento y prestaciones	132
Criterios de acceso	135
Vigencia funcional del Seguro Social	136
Nuevo Modelo de Seguridad Social	138
Límites y contradicciones del sistema	140
Pensiones: la ilusión del retiro decoroso, una vez más	140
<i>Alcance del sistema</i>	141
<i>Agravantes</i>	146
Costos: las cargas fiscales permanentes	148
<i>Alternativas de financiamiento y efectos redistributivos</i>	158
 <b>Conclusiones</b>	 160
 <b>Bibliografía</b>	 167

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 1995, el Congreso de la Unión aprobó la Nueva Ley del Seguro Social. Con ella se modificaron las ramas del seguro, el manejo de los recursos, los esquemas de aportaciones, los beneficios y los requisitos para gozar de ellos. Una reforma integral, vigente a partir de julio de 1997.

La nueva Ley reorganizó los servicios del instituto en cinco ramos de seguro<sup>1</sup>. **Enfermedades y maternidad**, para brindar atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, además de prestaciones en especie, como ayudas para lactancia, y subsidios por incapacidades temporales. **Invalidez y vida**, para proteger los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o pensionado, cuando no se presentan por causa de accidentes de trabajo. El seguro de **Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez**, mediante el cual el trabajador reserva un fondo para su vejez, con aportaciones suyas, del patrón y del gobierno. **Riesgos de Trabajo**, para proteger contra los accidentes y enfermedades laborales, brindando atención médica y hospitalaria, así como una pensión al asegurado o a sus beneficiarios, en caso de muerte. Y el seguro de **Guarderías y Prestaciones Sociales**, que otorga a los asegurados y beneficiarios servicios de guardería para sus hijos y prestaciones sociales que fomenten la salud, la prevención de accidentes y la elevación general del nivel de vida de la población.

Además de la reorganización de las ramas, la nueva Ley del Seguro Social diseñó un nuevo esquema de aportaciones, en donde los trabajadores y patrones pagan menos en promedio, porque el gobierno aporta mayores recursos a su financiamiento. Pero el aspecto más relevante y discutido de la nueva Ley es, sin duda, la creación de un nuevo sistema de pensiones. Un sistema estructurado en dos ramos de seguro, el de Invalidez y Vida y el de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. La particularidad de este nuevo sistema, es la creación de una Cuenta Individual para el Retiro, en donde se sumarán las aportaciones del trabajador, del patrón y del gobierno, además de una aportación adicional de este último, a los asegurados de menores ingresos.

El nuevo esquema de pensiones también incorpora nuevas condiciones para gozar de los beneficios; entre ellas, cotizar al menos 1,250 semanas para la pensión del retiro y 750 para

---

<sup>1</sup> Véase. "El seguro se fortalece para ser más seguro". IMSS. México, s/f.

garantizar las prestaciones médicas, la disponibilidad de los recursos de la cuenta individual a los 60 años por cesantía o 65 por vejez, la posibilidad de incrementar individualmente los recursos de la cuenta individual, y la protección de los ahorros con ganancias reales, por los intereses financieros y los beneficios que ofrezcan las administradoras de fondos de retiro.

La nueva Ley ha dispuesto una modificación sustancial en la organización operativa, financiera y de servicios del Instituto. El nuevo esquema de pensiones, la reorganización de las ramas y los nuevos criterios de financiamiento marcan una ruptura con el modelo anterior y crean un nuevo esquema de la seguridad social en México. Un esquema no terminado, es cierto, pues faltan todavía modificaciones en otras instituciones de la seguridad social<sup>2</sup>, como el ISSSTE, así como ramas todavía no alteradas sustantivamente, como la de Guarderías y Prestaciones Sociales. Sin embargo, la nueva ley es un punto de inflexión indudable en la historia de la seguridad social en México.

Por otro lado, la nueva Ley del Seguro Social fue aprobada en 1995, en medio de una de las mayores crisis económicas de la historia de México. No es una casualidad: el gobierno la reconoció como una de las estrategias para incrementar el ahorro interno. Pero sería falso sostener que responde sólo a imperativos coyunturales. En realidad, los antecedentes de esta ley se remontan por lo menos diez años, cuando el IMSS dio muestras de aproximarse a una severa crisis.

Desde mediados de los ochenta se advirtieron tendencias peligrosas en tres ámbitos<sup>3</sup>: el *financiero*, con el agotamiento de reservas y el déficit permanente de algunas ramas; los *servicios y prestaciones*, en la escasez de material médico, el deterioro de las instalaciones y la falta de personal especializado; y en la *cobertura*, con el incremento de la población derechohabiente y el consecuente aumento en la demanda de servicios, sobre todo de atención médica y pensiones, que fue donde aparecieron los mayores problemas. A ellos se sumaban las continuas críticas sobre el manejo de recursos, los cuestionamientos a la ética de médicos y del personal administrativo, las denuncias sobre la atención a enfermos, y la reticencia de los patrones a incrementar sus aportaciones.

---

<sup>2</sup> En México, la seguridad social se provee por dos grupos principales. El IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y el INFONAVIT (Instituto del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores) que dan cobertura a los trabajadores del sector privado y a aquellos que por cuenta propia se inscriben; y el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado) y el FOVISSSTE (Fondo de Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado) que protegen a los empleados del sector público. Pero además de estas instituciones existe el ISSSFAM para las fuerzas armadas, el sistema de seguridad social de PEMEX, la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública que brinda servicios médicos a toda la población, así como diversos planes privados de pensiones. Sin embargo, estas últimas son muy pequeñas comparadas con las primeras.

<sup>3</sup> "Diagnóstico del IMSS", en *La Jornada*, 29 de marzo de 1995.

Así, en la formulación de la nueva Ley del Seguro Social intervinieron dos series de condiciones. Por una parte, las tendencias hacia la crisis del IMSS; por otra, la recurrencia de crisis macroeconómicas por insuficiencia del ahorro interno.

## **LAS TENDENCIAS HACIA UNA CRISIS DEL SEGURO SOCIAL**

En el aspecto *financiero* destacan tres factores. Primero, los déficits permanentes de algunas ramas. El caso más drástico es el seguro de Enfermedades y Maternidad, que en los últimos 30 años ha representado el 63% del gasto total y sólo el 52% de los ingresos<sup>4</sup>. Segundo, el desfase entre contribuciones y servicios; ya que los servicios del instituto, tanto médicos, como hospitalarios, pensiones, guarderías y prestaciones sociales, han crecido más rápido que sus ingresos. Además, desde mediados de los ochenta se encontraron límites en el crecimiento de las cuotas patronales, ya que representaban una carga fiscal excesiva sobre los costos de producción. Esta carga generó incentivos para la evasión y el subregistro de aportaciones. Tercero, el manejo inadecuado de recursos, sobre todo las reservas del seguro de IVCM (Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte), que en su mayoría se emplearon para el financiamiento de la infraestructura del Instituto y los déficits del seguro de enfermedades y maternidad; a pesar de los reglamentos para contabilizar de forma independiente cada rama. El impacto de estas prácticas se ha estimado en la pérdida de recursos superiores al 10% del PIB de 1994<sup>5</sup>.

En esta lógica, el IMSS quedó atrapado en un círculo vicioso. No podía mejorar los servicios y prestaciones porque no contaba con recursos para hacerlo, pero al mismo tiempo, no podía incrementar el flujo de recursos porque la calidad de los servicios, los procedimientos y la reputación del Instituto, generaban motivos y condiciones para que los contribuyentes evadieran sus aportaciones. Todo esto potenciado por factores externos, como la transición demográfica y epidemiológica que ha seguido la sociedad mexicana. En su forma más sencilla, este proceso implica que la población está envejeciendo y que la mayoría de los padecimientos se deben a enfermedades no transmisibles<sup>6</sup>, aumentando con ello la carga financiera y el cociente de dependencia de los beneficiarios respecto a los contribuyentes: una trampa de insolvencia en el

---

<sup>4</sup> Sales-Serrapy, *et. al.*, "Pension system reform : the mexican case", mimeo, 1996, pág. 3. En 51 años, sólo en 6 tuvo un balance positivo.

<sup>5</sup> *Ibid.*, pág. 14. La evaluación la hacen acumulando los flujos de cada periodo y suponiendo una tasa real anualizada de 3.5%. En estas condiciones, las reservas acumuladas para 1994 serían cercanas al 11% del PIB, sin embargo, en 1995, fueron de 0.4% del PIB de ese año.

<sup>6</sup> Funsalud, "Economía y Salud, Informe Final", Fundación Mexicana para la Salud, A.C., México, 1994, pág. 103.



corto plazo. Pero no es el único. En los hechos, la crisis del IMSS se presentó en uno de los momentos más difíciles para la economía nacional, y aunque en sentido estricto se trata de dos procesos distintos y con dinámicas ajenas, se entrelazan en varios puntos.

## **EL AHORRO INTERNO: LA OTRA CARA DE LA REFORMA**

La década de los ochenta fue un periodo de crisis recurrentes en la economía mexicana. Los desequilibrios abarcaron todos los sectores: financiero, productivo, externo, de servicios: todos. La inflación alcanzó tasas superiores al 100%, el producto real disminuyó 0.03%, el PIB per cápita lo hizo en 1.9% y los salarios se redujeron 30% en términos reales, al tiempo que el sector informal creció de manera importante y el servicio de la deuda llegaba hasta 6% anual del PIB. Como era de esperarse, estos resultados tuvieron un impacto negativo en el IMSS.

Con la caída de los salarios se redujo la base de cotización y el monto real de las aportaciones; frente a ello, los costos de los servicios aumentaron como efecto directo de la inflación, lo que amplió aún más la brecha entre aportaciones y beneficios. Además, el crecimiento de la movilidad de los trabajadores y del sector informal como resultado del desempleo, generaron condiciones de subregistro en contra de los trabajadores. Muchos perdieron sus derechos y quedaron marginados del sistema. Sin embargo, el vínculo más importante está en otro lado. A partir de 1988 la economía mexicana experimentó una serie de cambios tendientes a la modernización del país. Procesos de desincorporación, desregulación, privatización y apertura comercial, fueron algunos de los ejes para estabilizar la economía (reducir la inflación) y sentar las bases del crecimiento sostenido<sup>7</sup>: el cambio estructural de la economía. Competencia, eficiencia y apertura, fueron los nuevos criterios de evaluación. En este proceso, una de las restricciones más severas era el financiamiento. Así, en condiciones donde los recursos internos no eran suficientes, se crearon instrumentos para atraer capitales internacionales, muchos a un alto costo y con un riesgo elevado<sup>8</sup>. El resultado lo conocimos con la devaluación de 1994. La lección: el país no puede depender de recursos externos para financiar su desarrollo ; por eso, es necesario fortalecer las fuentes de ahorro interno. La más atractiva: los fondos de pensiones: capitales frescos, disponibles a largo plazo. Una alternativa que desde los años ochenta han sugerido diversos organismos internacionales (Banco Mundial y FMI, sobre todo) y ya se ha impulsado en varios países, como Chile y Argentina.

---

<sup>7</sup> Pedro Aspe. *El camino mexicano de la transformación económica*, FCE, México, 1993.

<sup>8</sup> Para una descripción más detallada pueden consultarse: González Villarreal, R., (coord.) *"Ingobernabilidad: la gestión de la crisis en el gobierno de Ernesto Zedillo"*, PyV Editores, 1996; y Schettino, M., *"El costo del miedo, la devaluación de 1994/1995"*, Grupo Editorial Iberoamérica, 1995.

De esta manera, la reforma al sistema de seguridad social se inscribe en un proceso más amplio : la transformación de la economía nacional. Un proceso donde la forma adoptada responde a condiciones internas y a restricciones impuestas externamente. Si originalmente la seguridad social era un sistema ideado para proteger a las clases trabajadoras e incrementar los niveles de salud y bienestar, ahora también es una fuente de recursos para el desarrollo de la economía nacional. Una economía, que además, empieza a modernizarse bajo principios distintos a los que dieron origen a la seguridad social. Solidaridad, equidad y universalidad, frente a competencia, eficacia y apertura.

### ALTERNATIVAS PARA EL ANÁLISIS

Por las condiciones expuestas anteriormente, analizar la reforma del sistema de seguridad social plantea un problema con más aristas que los aspectos estrictamente actuariales, demográficos y financieros. Sobre todo en un contexto donde las implicaciones políticas, sociales y económicas que rodean a la Nueva Ley, cobran igual o mayor importancia que los primeros. Una breve revisión de la literatura existente en el tema, destaca tres formas de análisis<sup>9</sup>. La primera, y tal vez la más controvertida, inscribe los cambios en el IMSS como un elemento más de la crítica a un modelo de gobierno. En este caso "neoliberal". En estos análisis, los límites al funcionamiento del modelo anterior, se dejan de lado en favor del debate sobre las obligaciones y funciones del gobierno, así como su responsabilidad con la población. Los análisis técnicos aparecen en muy contadas ocasiones y cuando lo hacen, son parciales y en función del discurso<sup>10</sup>. La segunda, reduce la reforma al caso de las pensiones, o al menos, es el punto donde ponen mayor énfasis : se conciben como justificaciones económicas de la reforma. Entre ellos encontramos los trabajos de Sales-Serrapy (1996), Patricio Arrau (1993) y Solís Soberón y Villagómez (1996). El común denominador en ellos, es resaltar la importancia de un sistema de seguridad social eficiente, moderno y solvente, para el desarrollo de la economía nacional. Y la tercera, inscribe la reforma del IMSS en un proceso más amplio de modernización de la seguridad social, donde se destaca la necesidad de ampliar la reforma a la atención médica y las prestaciones sociales, así como revalorar los criterios de universalidad y solidaridad a partir de esquemas más eficientes<sup>11</sup>. No son todos, por su puesto, pero sí de alguna manera los más representativos.

---

<sup>9</sup> Aquí solo se presenta una revisión general de la literatura. Posteriormente, en el cuerpo de la tesis, se incluyen revisiones más precisas sobre cada tema.

<sup>10</sup> El texto más representativo, y más problemático, de esta posición es el de Asa Cristina Laurell, *La contrarreforma de la seguridad social*, Editorial Era, México, 1997.

<sup>11</sup> Uno de los mejores textos en este sentido, aunque sin detenerse en la reforma del IMSS, pero abordando puntualmente los elementos que constituyeron la crisis de los servicios médicos, es el de Funsalud, anteriormente citado.

En este trabajo, como se indicó desde el principio, el enfoque es distinto. Concibe la nueva ley del Seguro Social como un punto de inflexión en la creación de un nuevo modelo de seguridad social, condicionado por dos series de problemas : las tendencias críticas del modelo anterior y la crisis del ahorro interno. Es decir, abordamos las condiciones que llevaron al modelo anterior a una crisis, los elementos que configuraron esa crisis y a partir de ello, la forma en que la nueva ley responde a esa situación, su alcance y limitaciones. Para ello, el trabajo se realizará en tres capítulos. El primero contiene una revisión de los sistemas de seguridad social, los problemas y las alternativas de solución empleadas en los distintos ramos del seguro, y en distintos contextos nacionales, de 1973 a 1994. En el segundo, se hace una breve reconstrucción de la trayectoria de IMSS, abordando de manera especial la configuración de la matriz que derivó en la crisis estructural de los años ochenta, las variables determinantes y los factores de mayor peso, internos y externos. En el tercero se analizan los cambios de la nueva ley, su racionalidad, alcances, oportunidades, límites y contradicciones. Al final presentan las conclusiones y los anexos.

El análisis se realizará siguiendo cuatro líneas básicas: *institucional*, referente a la infraestructura, cobertura y servicios; *financiera*, incluyendo la acumulación de reservas, el control de ingresos y egresos, así como las disposiciones administrativas para el manejo de los recursos; *socioeconómica*, a partir de las condiciones externas al Instituto, la dinámica del crecimiento poblacional, sus demandas en materia de salud y trabajo, así como el papel de la seguridad social ante las condiciones de ahorro interno, acumulación de reservas y mejoramiento de las condiciones de vida; y *jurídico-legislativa*, haciendo un seguimiento de las leyes, reglamentos y sus respectivas modificaciones. Las variables y criterios para el seguimiento específico y la formación de series estadísticas, se determinarán en los apartados correspondientes. De esta forma, y partiendo de la premisa que la seguridad social es un sistema institucionalizado para la gestión de riesgos y protección de la sociedad, sobre todo de la clase trabajadora, se cubrirán los aspectos más relevantes de su operación.

Finalmente, en la realización del trabajo se recurrió al archivo de la Cámara de Diputados para recuperar las leyes del Seguro Social, sus iniciativas, dictámenes y el debate parlamentario de todas ellas, desde 1943 hasta 1995. En el IMSS y los informes de gobierno, se hizo el seguimiento de la información estadística, los informes de labores del Instituto, los diagnósticos, programas de atención y reformas organizativas. En el CIESS se recuperó información internacional sobre modelos de seguridad social, informes y alternativas de solución, propuestas y proyectos. En *La*

*Jornada, El Financiero y Reforma*, se recuperaron noticias, debates, luchas y posiciones sobre la nueva ley, así como los problemas, denuncias y demandas de jubilados y pensionados, derechohabientes, sindicatos y la creación del Frente para la Defensa de la Seguridad Social en México.

## CAPÍTULO 1

### SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y MÉTODOS DE FINANCIAMIENTO

El concepto moderno de seguridad social surgió en la década de los cuarenta cuando la OIT (Organización Internacional del Trabajo) adoptó nuevos lineamientos para los servicios otorgados y su financiamiento. Antes de eso, las formas de protección social más comunes eran dos: el modelo de aseguramiento social y los esquemas de beneficios no contributivos<sup>1</sup>.

El primero, establecido por el canciller alemán Bismark en 1880, surgió de los fondos voluntarios que protegían a los trabajadores ante riesgos de invalidez, enfermedades y desempleo. Hay quienes sugieren que la única virtud de este modelo fue generalizar y hacer obligatorio un sistema desarrollado en la primera mitad del siglo XIX, que cubría los riesgos derivados de accidentes y enfermedades de trabajo<sup>2</sup>. Sin embargo, para evaluar la trascendencia que tuvo, es necesario rescatar tres aspectos. Primero, reguló las aportaciones y formas de financiamiento. Los fondos se integraban con las contribuciones de trabajadores y patrones, y la participación del Estado se reducía al subsidio, mediante cantidades fijas anuales, de los seguros de vejez e invalidez: las pensiones. Segundo, aportó una base sólida para la creación de los primeros seguros de desempleo y de enfermedades públicas; además de impulsar el desarrollo de instrumentos técnicos para el manejo y acumulación de recursos. Tercero, permitió que los seguros se extendieran a otros países y se organizaran sobre una base sistemática. Esto fue posible gracias a la legitimación de una institución que requería de aportaciones económicas. Así, los argumentos que justificaron las tres fuentes de financiamiento fueron: los patrones están interesados en contar con una oferta de trabajo regular y vigorosa; los trabajadores están preocupados en hacer provisiones ante la incertidumbre de su futuro; y para el gobierno es prioritario mejorar los niveles de salud pública e higiene, indispensables para la prosperidad nacional. La combinación de ellos fue la razón para incorporarse a una institución cuya función principal era proteger de riesgos a la clase trabajadora. No evitarlos,

---

<sup>1</sup> Una descripción más detallada se puede encontrar en *"Financing the Social Security: the options"*, ILO, 1984.

<sup>2</sup> Mouton, Pierre, *"The origin of financig methods"*, ILO, 1980.

sino proveer mecanismos que sustituyeran el salario cuando no existían condiciones para trabajar, de manera permanente o temporal.

El segundo modelo, aplicado por vez primera en Dinamarca en 1881, parte del principio que la comunidad, como un sólo ente, tiene la responsabilidad de asistir a cualquiera de sus miembros que lo necesite y, consecuentemente, el individuo tiene el derecho de reclamar la ayuda. Bajo este modelo, los recursos necesarios para el financiamiento de los seguros son aportados por la sociedad, generalmente vía impuestos. Al principio, este sistema sólo incluía el pago de pensiones y eran característicos de los países con economías con una fuerte intervención pública, en los antiguos modelos del socialismo real, o en aquellos con una gran tradición socialdemócrata, como los nórdicos.

En 1944, casi al final de la segunda guerra mundial, la OIT adoptó las sugerencias contenidas en tres documentos, e integró por primera vez una alternativa para el desarrollo de la seguridad social a partir de formas mixtas de financiamiento. El **Informe Beveridge** propuso un doble método: los beneficios familiares y la salud pública con recursos nacionales (de manera solidaria); pensiones, vía contribuciones del asegurado y del patrón. La **Recomendación para Seguridad del Ingreso** (No. 67), acentuó la importancia del seguro social y la necesidad de mantener la estructura tripartita de financiamiento (asegurados, patrones y gobierno), como requisito indispensable para la formación de una institución equitativa. Y por último, la **Recomendación de Cuidados Médicos** (No. 69), sugirió dos formas de proveer atención médica a la población: mediante un seguro social que cubriera el cuidado médico o mediante un servicio público. La distinción radicó en la forma de financiamiento: vía contribuciones de los asegurados o fondos públicos.

De esta forma se creó el nuevo concepto de protección social. Los principios que le dieron origen: solidaridad, equidad y universalidad. Sin embargo, este modelo no propuso nuevas técnicas en los métodos de financiamiento, especialmente para la creación de fondos, por lo que se continuaron empleando los anteriores. En su mayoría, esos métodos operaban bajo el modelo *Pay-As-You-Go*<sup>3</sup>, que, de manera esquemática, funciona como un *pool* donde los asegurados (los que cotizan y aportan al sistema) hacen contribuciones periódicas que costean los servicios (beneficios

---

<sup>3</sup> O. Blanchard y S. Fisher "*Lectures on Macroeconomics*", MIT Press, 1989, pág. 365. Este método de financiamiento se presenta y discute con más detalle en la siguiente sección.

económicos, médicos y en especie). De esta forma, la población cubierta se divide en dos grupos: los que sostienen al sistema y los beneficiarios. En consecuencia, las aportaciones se calculan de forma tal que cubran los requerimientos del sistema, incluyendo un margen de incertidumbre. Como se explicará posteriormente, esta forma de funcionamiento contribuyó a la crisis de los sistemas. Basta que los recursos necesarios para cubrir la demanda de los beneficiarios, sean mayores a las aportaciones de los contribuyentes. Esto, en el caso de las pensiones, ocurre cuando se revierte la pirámide poblacional. Y en efecto, eso sucedió.

Otra de las características de los sistemas modernos de seguridad social, es que están regulados por el gobierno y forman parte de la vida institucional de los países. Concretamente, operan en un marco legislativo específico y sus actividades se supervisan continuamente mediante organismos creados *ex-profeso*. Esto, por un lado, resulta de las obligaciones que tiene el gobierno con la población: monitorear las relaciones sociales, mejorar la distribución de ingresos y garantizar el bienestar general de la población: salud, higiene, empleo, seguridad y servicios básicos. Por otro, de las condiciones en que se proveen los servicios y se manejan los recursos; ya que siempre existen problemas de información e incentivos para el incumplimiento de obligaciones, que afectan a ambas partes: asegurados e institución.

## TIPOS DE SEGUROS

En la actualidad, los servicios proporcionados por las instituciones de seguridad social se agrupan en torno a cinco ramas. Primero, los programas de *riesgos de trabajo* que otorgan beneficios económicos a los empleados que, como resultado de un accidente laboral, estén incapacitados para obtener un salario. Segundo, los fondos de *vejez, invalidez y sobrevivientes* que administran el retiro y las pensiones de invalidez de los trabajadores, así como las pensiones y beneficios en caso de muerte. Tercero, los programas de *enfermedades y maternidad* que proveen atención médica a los asegurados y sus dependientes. Cuarto, los programas de *prestaciones familiares* que otorgan una serie de servicios y apoyos al ingreso familiar. Finalmente, los seguros de *desempleo* que cubren a los trabajadores que, de manera involuntaria, perdieron su empleo. De esta forma, entre más completos sean los sistemas de seguridad social, mayor es la protección que tienen el ingreso y el bienestar familiar. En el *cuadro 1.1* se presentan los programas y sus principales características.

CUADRO 1.1

CARACTERÍSTICAS DE LOS RAMOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SEGURO	COBERTURA	RECURSOS	CONDICIONES	BENEFICIOS	ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN
<p><b>Invalidez, Vejez y Sobrevivientes</b></p> <p>Riesgos: vejez, o invalidez y muerte derivada de enfermedades y accidentes no laborales</p>	<p>Dependiendo del país puede ser universal, limitado a trabajadores o para un sector específico.</p> <p>Generalmente, el alcance social de la cobertura depende del tipo de sistema, de la antigüedad y solidez de la institución, así como del grado de industrialización del país.</p> <p>Las mayores diferencias se aprecian en la cobertura de grupos marginados, programas especiales para empleados de algunas industrias y derechos de los beneficiarios.</p>	<p>Generalmente, los fondos de financiamiento son integrados con aportaciones tripartitas de empleados, patrones y gobierno, fijadas como porcentaje del salario de los trabajadores.</p> <p>Las contribuciones pueden ser idénticas o progresivas, incrementándose con el salario.</p>	<p>Los requisitos para gozar de las prestaciones están en función del riesgo:</p> <p><b>Vejez:</b> cumplir una edad mínima (60-65 años), haber contribuido al sistema durante cierto periodo (30-40 años), y no tener un trabajo remunerado.</p> <p><b>Invalidez:</b> estar inhabilitado para trabajar (en al menos 50%) y haber contribuido al sistema por un periodo mínimo (2-3 años).</p> <p><b>Sobrevivientes:</b> que el asegurado fuera pensionado o hubiera cubierto un mínimo de contribuciones. Además existen condiciones sobre la viuda y los hijos.</p>	<p>Las prestaciones básicas incluyen algún tipo de pensión periódica y servicios médicos.</p> <p>En la mayoría de los países las pensiones están relacionadas con la trayectoria salarial, el tiempo de cotización y el riesgo que las originó (las de vejez suelen ser el parámetro para fijar los montos de las de invalidez y sobrevivientes, definidas generalmente como % de las primeras), en otros se otorga una cantidad fija.</p> <p>Las fórmulas para determinar los montos de las pensiones, así como los beneficios adicionales y los ajustes, varían ampliamente entre países.</p>	<p>En la mayoría de los países, la responsabilidad de la administración de los programas de pensiones, depende de fondos o instituciones semiautónomas, generalmente sujetas a supervisión por oficinas de gobierno, y dirigidas por consejos tripartitos.</p> <p>Las diferencias entre países son amplias y refieren el tipo de programas y el papel del gobierno en cada caso.</p>
<p><b>Enfermedades y Maternidad</b></p> <p>Riesgos: incapacidad temporal por maternidad o por enfermedades y accidentes no laborales</p>	<p>La población cubierta varía en función del grado de desarrollo económico del país, organización de los programas, extensión territorial, cobertura de autoempleados, protección a grupos especiales y marginados.</p> <p>Los programas de atención médica suelen incluir a pensionados y otros beneficiarios de la seguridad social.</p>	<p>En general, los servicios se financian con aportaciones de empleados y empleadores, como porcentajes del salario percibido. Sin embargo, dependiendo del tipo de programa y su alcance social, el gobierno puede contribuir directamente, además de incluir impuestos especiales.</p>	<p>El requisito básico es participar en el mercado laboral y contribuir al sistema.</p> <p>El periodo mínimo de contribuciones depende del tipo de asegurado y del tipo de programa.</p> <p>En general, para recibir beneficios en efectivo por enfermedades el periodo mínimo es de 6-12 meses; por maternidad es mayor. Pero, en el caso de beneficios médicos no suele existir periodo mínimo de aportaciones.</p> <p>En el caso de los dependientes, basta que el asegurado cubra los requisitos para que aquellos gocen de atención médica: único servicio disponible para ellos.</p>	<p>Las prestaciones por enfermedades son de dos tipos: beneficios en efectivo por enfermedad, pagados cuando un padecimiento de corto plazo impide trabajar, y atención médica en la forma de beneficios farmacéuticos, médicos y hospitales. En algunos casos, los beneficios en efectivo pagados por maternidad se incluyen por separado. En la mayoría de los países, estos tres beneficios forman parte del mismo seguro.</p> <p>Los beneficios en efectivo suelen ser 50-75% de ingreso promedio, además de estar sujetas a diversas reglas en función del riesgo que las originó.</p>	<p>La organización suele ser similar a los programas de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes.</p> <p>Comúnmente, estos programas se administran por una institución de seguridad social nacional.</p> <p>En algunos sistemas, las instituciones de seguridad social poseen y operan sus propios recursos humanos y materiales.</p>
<p><b>Riesgos de Trabajo</b></p> <p>Riesgos: incapacidad permanente o temporal derivada de accidentes o enfermedades laborales.</p>	<p>Regularmente incluyen a los trabajadores asalariados y excluyen a los autoempleados.</p> <p>La extensión de la cobertura depende del grado de desarrollo económico y del tipo de programa: sistemas de seguro social utilizando fondos públicos, o arreglos privados o semiprivados.</p>	<p>Generalmente, los beneficios se financian con contribuciones de los empleadores (patrones); aunque en los casos en que el seguro de RT se agrupa a otros, las fuentes de financiamiento suelen ser bipartitas y/o tripartitas, incluyendo aportaciones</p>	<p>Este seguro suele ser parte de las prestaciones laborales, por lo que deriva naturalmente de la relación laboral que suele ser la única condición; sin embargo, suelen estar excluidos algunos sectores como el agrícola, los autoempleados y empresas pequeñas.</p>	<p>Este seguro contempla dos tipos de beneficios: en efectivo y en especie.</p> <p>Los beneficios en efectivo se subdividen en tres tipos de pensiones que reemplazan el salario perdido por incapacidad temporal, incapacidad permanente total, e incapacidad permanente parcial.</p> <p>Los beneficios en especie incluyen atención médica y hospitalaria, así como servicios de rehabilitación</p>	<p>La administración de estos seguros varía ampliamente entre países donde los empleadores no son obligados a asegurar a sus trabajadores o pueden hacerlo con instituciones privadas, y aquellos donde una agencia o fondo público concentra la responsabilidad de concentrar</p>



		de los trabajadores y del gobierno		Frecuentemente los beneficios incluyen cantidades especiales por la presencia de dependientes y la necesidad de asistencia personal. En caso de muerte, algunos seguros incluyen pensiones a los sobrevivientes.	las aportaciones y pagar los beneficios
<b>Desempleo</b> Riesgos: desempleo involuntario	Estos programas existen principalmente en los países industrializados, donde el mercado laboral está suficientemente organizado como para proveer una amplia base para estos seguros. Existen tres tipos de sistemas: los que proveen el seguro de manera universal, los establecidos de forma voluntaria por sindicatos, y los que benefician solo a aquellos que cumplen ciertas condiciones de ingreso y recursos. La cobertura, está en función del tipo de sistema y puede incorporar la totalidad de los empleados o ser limitado a un sector o grupo.	Los métodos de este seguro son similares al resto, es decir, las contribuciones se pagan periódicamente como porcentaje del salario percibido de manera tri o bipartita. La participación del gobierno se suele limitar a subsidiar los beneficios otorgados. Cuando se trata de un seguro universal, los mecanismos de financiamiento incluyen algún tipo de impuesto general.	Para recibir los beneficios del seguro, el trabajador debe estar desempleado involuntariamente, además de haber cumplido con un periodo mínimo de calificación o empleo ininterrumpido. Además de comprobar estar capacitado y disponible para reincorporarse al mercado laboral.	Los beneficios económicos otorgados, en la mayoría de los países, se pagan semanalmente. Las formas de calcularlos incluyen tres métodos principales: como porcentaje de los ingresos promedio en cierto periodo, cantidades fijas por grupos de salario, o como cantidad fija. En general, los beneficios oscilan entre el 40 y 75% de los salarios percibidos. En algunos países, los beneficios se restringen a periodos entre 8 y 36 semanas máximo.	Las formas más empleadas de administración incluyen a departamentos del gobierno o instituciones autónomas cuyos cuerpos directivos incluyen representantes de los trabajadores, de las empresas y del gobierno. Generalmente los seguros de desempleo y los servicios de empleo mantienen una relación administrativa cercana.
<b>Prestaciones Familiares</b> Riesgos: ingreso bajo o insuficiente en presencia de niños pequeños	Dependiendo del país, la cobertura del programa puede ser universal o limitado a sectores laborales. Cuando la cobertura es universal, el seguro cubre a todas las familias residentes que cumplen con un número de hijos y un nivel de ingreso determinados. En el segundo caso, se cubre exclusivamente a las familias de los trabajadores y en algunos casos a los autoempleados.	Las diferencias en el tipo de programas se refleja en los métodos de financiamiento. Así, cuando se trata de un programa universal, los costos se cubren con recursos públicos. En el caso de ser programas ligados al empleo, es a partir de contribuciones de empleados y empleadores, y en algunos casos del gobierno vía subsidios.	Comúnmente, las condiciones están relacionadas con el tamaño de la familia, el nivel de ingreso y las edades de los hijos.	Según el programa y el país, los beneficios en efectivo pueden ser de tres tipos: una cantidad fija para todos los hijos, una cantidad creciente por cada hijo, o una cantidad decreciente. La diferencia, generalmente, está en función de la política de crecimiento de la población del país y las <i>prestaciones familiares</i> son uno de los instrumentos para regularla.	En los casos de programas universales, el seguro suele ser administrado por una oficina especial de gobierno. El caso de programas ligados al empleo, la administración recae en agencias semi-autónomas bajo supervisión pública.

Fuente: Elaboración propia con información de "Social Security Programs Throughout the World - 1991".

Los esquemas de seguridad social varían entre países. Las diferencias más importantes refieren el número de programas cubiertos, la calidad de los servicios, los mecanismos de organización y administración, y la cobertura.

### **Programas cubiertos**

De acuerdo con el reporte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, "*Social Security Programs Throughout the World-1991*", los seguros disponibles varían considerablemente entre países. En 1990, de 146 países analizados que contaban con algún tipo de programa, 139 tenían seguros de *riesgos de trabajo* y 138 contaban con algún programa de *vejez, invalidez y vida*. Es decir, estos programas se presentaron en casi el 95% de los casos. Sin embargo, la frecuencia del resto de los seguros es muy pequeña: 86 países proveían servicios de *enfermedades y maternidad*; 63 otorgaban algún tipo de *prestaciones familiares*; y sólo 44 contaban con seguro de *desempleo*. Lo que respectivamente equivale al 59, 43 y 30% del total de los casos, e indica el rezago existente en estos programas.

### **Calidad de los servicios**

De manera similar a los seguros cubiertos, la calidad de los servicios otorgados también muestra diferencias entre países. Mientras en algunos casos los beneficios otorgados reemplazan el salario (que se deja de percibir al ocurrir el riesgo) íntegramente, en la mayoría sólo lo sustituyen parcialmente. De igual forma, los beneficios no económicos y los programas de atención familiar, suelen reflejar las diferencias existentes en el grado de desarrollo de cada país, además del énfasis que los gobiernos ponen en la política social.

### **Organización y Administración**

Este punto refiere, por un lado, el origen de los recursos, que como se mencionó anteriormente, puede tener un doble carácter: empleados y empleadores; o, empleados, empleadores y gobierno<sup>4</sup>. Por otro, la organización institucional. Este aspecto destaca las diferencias en la propiedad de la infraestructura, los recursos para proveer los servicios y los mecanismos de supervisión y

---

<sup>4</sup> Un criterio similar para diferenciar los programas por el origen de los ingresos, es en *contributivos* y *no contributivos*. En este caso, la diferencia radica en las aportaciones de los empleados: lo hacen o no; independientemente de las aportaciones del gobierno y de los patrones que, generalmente, son obligatorias. En el caso del texto, las aportaciones de empleados y empleadores son obligatorias, y es el gobierno quien marca la diferencia.

vigilancia. El caso más claro se presenta en los programas de atención médica. En algunos países, como ocurre en la mayoría de los latinoamericanos, las instituciones de seguridad social poseen y operan sus propios hospitales y clínicas, a la vez que cuentan con recursos humanos propios. En otros, como Estados Unidos, la prestación del servicio descansa en el sector privado, que provee la infraestructura y el personal.

## **Cobertura**

Tal vez la diferencia más importante radica en el tipo de programa y, por consiguiente, en la población protegida. De forma general, los programas de seguridad social se agrupan en tres clases: los de protección al ingreso, los universales y los restringidos<sup>5</sup>. En los dos primeros casos, los asegurados y beneficiarios pueden reclamar atención por derecho, en el tercero, la pertinencia de brindar los servicios se determina comparando el ingreso o recursos del demandante con un estándar de medida. Dentro de los sistemas de protección al ingreso, los más importantes son los ligados al trabajo. Estos basan los beneficios en la existencia de una relación laboral y la permanencia en el empleo. Los mecanismos de financiamiento incluyen aportaciones tripartitas de empleados, empleadores y gobierno. Los programas universales otorgan beneficios iguales a toda la población, ciudadanos y residentes, sin importar los antecedentes de ingreso, recursos y empleo. Estos programas generalmente se financian con recursos públicos, vía impuestos. Finalmente, los programas restringidos (*means-tested*) otorgan beneficios limitados a necesidades y aplicantes de bajo ingreso. Son programas similares a los de beneficencia. En estos casos, el monto de los beneficios suele determinarse individualmente por decisión administrativa y son financiados con recursos públicos.

## **FINANCIAMIENTO: PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS**

La evolución de los sistemas de seguridad social, sobre todo en la segunda mitad de este siglo, ha estado marcada por diversos factores: mayor cobertura de riesgos sociales, ampliación de esquemas de aseguramiento, mejoramiento de los beneficios ofrecidos e incorporación de desarrollos tecnológicos para la atención de derechohabientes. Sin embargo, el factor más destacado y a juzgar por el impacto que ha tenido en la reorganización de los sistemas de seguridad social, el más

---

<sup>5</sup> ILO, op. cit., pág. 84.

importante, es el rápido crecimiento del gasto<sup>6</sup>. De acuerdo con los reportes de la OIT, el periodo de mayor crecimiento en los últimos años, fue de 1965 a 1980. Durante este lapso, el crecimiento del gasto en más 100 países analizados, a precios reales de 1975, reportó aumentos entre 2.75 veces para el Reino Unido y 12.84 veces en Japón<sup>7</sup>. Las causas, como suele ocurrir en estos procesos, son tan variadas como los países y los sistemas analizados. Refieren condiciones impuestas por la dinámica propia de la seguridad social (ampliación de la población cubierta, incorporación de riesgos y servicios, introducción de nuevas tecnologías), aspectos demográficos (envejecimiento de la población, tipo y complejidad de padecimientos) u otros de carácter económico o político propios del país analizado (crisis económicas, inflación, desempleo). Pero, no obstante la variedad de las causas, el problema que se presenta es bastante sencillo (al menos de definir): mientras los gastos crecen a niveles superiores al índice general de precios y del PIB, los ingresos crecen a un ritmo menor. Recordemos que el ingreso principal lo constituyen las cuotas de trabajadores y empresas calculadas sobre el salario de los afiliados, y sobre todo, que los salarios han venido creciendo a un ritmo menor que el resto de los precios. De esta forma, aunque los salarios aumenten y con ello aumente el volumen de aportaciones (ingresos), este incremento pasivo<sup>8</sup> no compensa el crecimiento de los gastos, que lo hacen a un ritmo mayor. Parafraseando a O'Connors, podríamos denominar a esto, *la crisis fiscal* de la seguridad social<sup>9</sup>.

En este escenario, las acciones que se han impulsado para reducir la brecha entre gastos e ingreso, han sido tres. Uno, aumentar los recursos públicos para solventar los gastos del sistema; es decir, aumentar el subsidio público a la seguridad social. Dos, modificar la estructura de contribuciones al sistema mediante incrementos en las tasas de aportación, quitando los límites superiores a los salarios base de cotización y recurriendo a fuentes alternativas de financiamiento (por ejemplo, establecer impuestos especiales). Y tres, reorganizar las técnicas de financiamiento, además de los esquemas de aseguramiento, prestación de servicios y relación con los derechohabientes.

Como puede verse, la naturaleza y alcance de cada una de las alternativas difiere considerablemente. Las dos primeras proponen soluciones de corto plazo, aumentando las cuotas de los participantes. La diferencia radica en que mientras la primera lo hace sobre recursos públicos y por consiguiente, el diferencial lo cubre el gobierno, la segunda lo deja a cargo de trabajadores y

---

<sup>6</sup> Pierre Mouton, op. cit., pág. 11-15.

<sup>7</sup> Ibid, pág. 23. Estos incrementos han llegado a situar el gasto en seguridad social entre 20 y 30% del PIB en algunos países.

<sup>8</sup> Término utilizado por P. Mouton en la obra citada.

<sup>9</sup> En su influyente trabajo, *The fiscal crisis of the state*. New York, 1975.

empresas. La tercera alternativa plantea la reorganización total del sistema, y no sólo tiene mayor alcance, sino que ha venido ganando terreno en discusiones y foros de seguridad social. De las diferentes propuestas hechas en este sentido, destacan tres factores que delimitan las tendencias a seguir<sup>10</sup>. Primero, buscar una mayor adaptación de los métodos de financiamiento a los requerimientos operativos de la economía, intentando neutralizar los efectos negativos sobre el empleo y diversas industrias. Segundo, establecer una relación más lógica entre métodos y técnicas de financiamiento con los objetivos y funciones de la seguridad social, adaptando la naturaleza de los ingresos a la de los gastos. Y tercero, mantener una estrecha armonía entre las cuotas de la seguridad social y el sistema general de impuestos. Para ello, en las propuestas concretas, ha sido necesario diferenciar por tipo de riesgo y, consecuentemente, por seguros.

En esta sección, a manera de marco de referencias teóricas para el posterior análisis de la reforma del IMSS, se hace una revisión de las principales propuestas de reorganización y modificación de los diferentes seguros. Los casos se seleccionaron a partir de las tres principales ramas del IMSS: riesgos de trabajo, pensiones y enfermedades. En cada uno se incluye una descripción de los problemas, las alternativas y los límites y contradicciones de las opciones seleccionadas. En el caso de las pensiones, se incluye el modelo matemático que sustenta las propuestas de reestructuración.

Antes de abordar estos seguros de manera específica, es conveniente resaltar varios aspectos. En primer lugar, la cuestión del financiamiento de la seguridad social adquiere características diferentes dependiendo del tipo de sistema del que se trate. Es decir, aunque en términos generales los problemas de financiamiento se refieren a las dificultades en la captación y administración de recursos, estos son completamente diferentes si se presentan en sistemas universales o en aquellos relacionados con el empleo; igual si lo hacen en contributivos o no contributivos. La diferencia más clara se presenta entre los programas universales y los relacionados con el empleo. Dado que los programas universales comúnmente se financian vía impuestos, el problema del financiamiento no adquiere una forma específica y, de hecho, se inscribe en una discusión más amplia sobre la estructura del sistema impositivo y el uso de los recursos. En cambio, cuando el problema corresponde a los sistemas relativos al empleo (independientemente de que sean contributivos o no), el financiamiento está íntimamente relacionado con la fuente de recursos. Consecuentemente también con los costos de producción, la competitividad, el crecimiento de la economía, etc. Este, por cierto, es el caso del IMSS.

---

<sup>10</sup> Para una descripción más detallada puede consultarse el texto "*Social Security Financing and Economic Growth*", ILO, 1989.

En segundo lugar, es importante destacar que la cuestión del financiamiento tiene una doble dimensión: cuotas – manejo de recursos. En el caso de los sistemas relacionados con el empleo, las críticas, discusiones y propuestas se agrupan en torno a dos temas claramente diferenciados. En lo que corresponde a las cuotas, los aspectos relevantes son la forma de fijar los porcentajes de las aportaciones y el impacto que tienen en la economía, vía empleo y costos de producción. La especificación del seguro que las origina no resulta tan relevante. El caso del manejo de recursos es exactamente al revés: la distinción de seguros marca las pautas para la administración y el manejo de las aportaciones. Por citar un ejemplo, los fondos de pensiones no pueden tener el mismo manejo que los recursos para atención a la salud o asistencia social. De esta forma, y dado que el análisis de las cuotas no tiene diferencias sustantivas entre los tres seguros a analizar y sí en cambio el manejo de recursos, el aspecto de las cuotas y las aportaciones sólo se hace de manera específica para el primer seguro: riesgos de trabajo. En los otros dos casos el análisis se centra en los aspectos de manejo de recursos, estructura y alcance de los programas.

En tercer lugar, la importancia de la seguridad social radica en la estrecha relación que guarda con la economía y con el bienestar de la población. Por un lado, la seguridad social provee mecanismos de protección al salario en períodos de inactividad forzada (vejez, invalidez, enfermedad, desempleo) además de aumentar los niveles de salud y vida de los trabajadores y sus familias. De esta forma se reducen las faltas y ausencias en el trabajo, y aumentan los niveles de productividad; condiciones indispensables para el desarrollo económico de un país. Por otro, mediante programas de servicios sociales y asistencia médica, garantiza los niveles mínimos de atención en la sociedad y los estándares de vida. Además, la seguridad social provee un medio eficaz de redistribución del ingreso, tanto horizontalmente (sanos y enfermos, económicamente activos y retirados, empleados y desempleados) como verticalmente (ricos y pobres). De esta forma, los servicios que brindan los programas de seguridad social tienen una doble dimensión: protección al empleo–beneficios sociales. Esta distinción, que es difícil hacer desde la óptica del impacto que los beneficios tienen en la población, resulta fundamental en la organización de servicios y los métodos de financiamiento. En el caso de los servicios, porque la naturaleza de los beneficios otorgados es distinta. Las prestaciones correspondientes a un programa de protección al empleo, parten de la idea de asegurar un activo (capacidad de trabajar) contra riesgos bien identificados (vejez, enfermedad, invalidez, desempleo). Los beneficios (pensiones, atención médica y rehabilitación) en este caso, reemplazan el ingreso que se pierde al ocurrir el riesgo y tratan de restablecer la capacidad perdida: un esquema bastante apegado al concepto clásico de seguro. En el caso de

beneficios sociales la relación es diferente, ya que parte de la idea de solidaridad entre grupos y sectores con el objetivo de reducir las diferencias en los niveles de vida y salud de la población, incrementando los estándares mínimos. De esta forma, la naturaleza de ambos esquemas es distinta, pero no sólo eso, también la responsabilidad de los involucrados. En el caso de los programas de protección al empleo, la responsabilidad del esfuerzo financiero de protección recae en empresas y trabajadores, por lo que depende de una relación laboral; mientras que en los servicios sociales, la responsabilidad corre a cargo de la sociedad en su conjunto. Consecuentemente, si hablamos de esquemas donde difiere la naturaleza de las prestaciones, los participantes y su responsabilidad, estas diferencias deben quedar plasmadas en el terreno del financiamiento. A esto se refieren las propuestas de armonizar las fuentes de financiamiento con la naturaleza de los gastos: los programas de protección al empleo se financian vía cuotas y aportaciones de empresas y trabajadores; mientras que los beneficios sociales con recursos públicos. Por esta razón, y dado que el seguro de riesgos de trabajo es el programa de protección al empleo por antonomasia, es en ese apartado donde se aborda de manera específica el problema de las fuentes de financiamiento.

### **Riesgos de trabajo: el problema de las fuentes de financiamiento**

En este seguro, el sistema de cuotas y contribuciones además de constituir la base del mecanismo de protección para los trabajadores y sus salarios, provee un esquema de incentivos para el continuo mejoramiento de las condiciones laborales, la disminución de riesgos y la implementación de nuevas tecnologías. Sin embargo, esta relación no siempre es positiva. Cuando los sistemas de cuotas, en vez de incentivar el buen funcionamiento del mercado laboral, generan distorsiones que invitan a la evasión, el subregistro o la franca huida del sistema, se abre un círculo vicioso entre economía y seguridad social. Entonces los recursos no son suficientes para brindar un buen servicio, los beneficios son inferiores a los niveles esperados y todos los agentes empiezan a desconfiar del sistema. Se crean fugas de recursos, malos manejos y condiciones para la búsqueda de protección y atención médica en fuentes alternativas. Es por eso que las cuotas, los métodos de financiamiento y los esquemas de beneficios, juegan un papel determinante en el buen funcionamiento de un sistema de seguridad social.

Por otra parte, el marco para evaluar estos factores no se reduce al espacio definido alrededor de la seguridad social: instituciones—gobierno—empresas—trabajadores. El incremento en los costos de energía y materias primas; los desajustes macroeconómicos como la inflación, el desempleo y los problemas cambiarios; la intensificación de la competencia internacional, en muchas ocasiones con

países donde la mano de obra es barata; así como los conflictos derivados de la expansión comercial y monetaria de nuevas potencias, han constituido un contexto diferente de evaluación. Potenciado además, por los nuevos fenómenos que enfrentan los métodos de financiamiento: envejecimiento de la población, incrementos en los costos de atención médica, crecimiento del desempleo y presiones legislativas. Es estas condiciones, el impacto de las cuotas sobre los costos de la mano de obra y el empleo, como aspecto central del financiamiento, resulta un factor determinante para evaluar las nuevas propuestas.

### ***Problemas***

La idea de que las cuotas elevan los costos del trabajo y aumentan el desempleo, ha venido ganando terreno a la luz de las nuevas condiciones para la competencia y el desarrollo industrial. En estos nuevos escenarios, la continua especialización y actualización tecnológica, así como el aumento de la competencia a nivel internacional, han hecho de la reducción de costos una política elemental para cualquier empresa que pretenda continuar en el mercado. Es por ello que las propuestas de elevar las cuotas como forma de contrarrestar la escasez de recursos, al menos, generan procesos de abierta oposición en amplios sectores, incluyendo a los trabajadores que ven ampliada la diferencia entre el salario nominal y la percepción neta. De esta forma, el problema de las cuotas se ubica en la relación financiamiento–costos del trabajo–empleo<sup>11</sup>.

Para la economía neoclásica, los altos costos del trabajo son una de las causas del desempleo. Este tipo de costos puede incrementar el desempleo de dos formas. Una es la forma clásica<sup>12</sup>; es decir, cuando los costos de la mano de obra son mayores al valor monetario de la productividad de los trabajadores, y consecuentemente, están por encima del nivel de equilibrio. En este caso, los salarios, prestaciones y cuotas que paga la empresa superan el rendimiento que obtiene por el trabajo de los empleados: le cuestan más de lo que le reditúan. Esta situación genera un efecto negativo en el reclutamiento de nuevos empleados, ya que al reducir la demanda de trabajadores cae el precio (salario) y se nivela con la productividad. El otro tipo de desempleo resulta de las condiciones de la actividad económica; es decir, cuando los costos no se pueden reducir (son inflexibles), las empresas disminuyen sus ganancias y en consecuencia su capacidad de invertir. Al

---

<sup>11</sup> Para una descripción más detallada puede consultarse el trabajo de Alain y Chantal Euzéby, "*Social Security Financing Methods, Labor Costs and Employment in Industrialized Market Economy Countries*", ILO, 1984.

<sup>12</sup> El término "clásico" se utiliza en el sentido microeconómico de maximización de utilidades en el problema de la empresa. que en competencia perfecta, se hace igualando el valor del producto marginal a su precio. En este caso, cuando se habla del trabajo, el precio es el salario.



caer la inversión se reduce la creación de nuevas fuentes de empleo y las empresas establecidas no demandan más trabajadores, lo que aumenta el número de desempleados. Este tipo de desempleo (llamémosle keynesiano) resulta de una insuficiencia en la demanda derivada de la caída en la actividad económica. De cualquier forma, por las posiciones teóricas expuestas, la relación entre desempleo y costos del trabajo plantea una decisión excluyente entre empleo y seguridad social: o se crean fuentes de empleo o se elevan las cuotas para financiar la protección de los trabajadores. Sin embargo, es importante mencionar que, empíricamente, las contribuciones de las empresas para el financiamiento de la seguridad social no explican el crecimiento de los costos del trabajo. De hecho, según el texto de Alain y Chantal Euzéby, no existe ninguna correlación entre los costos del trabajo y la participación de las empresas en el financiamiento de la seguridad social. La explicación que dan refiere el llamado efecto "inflación por presiones de impuestos": al incrementarse las cuotas, las empresas incrementan los precios de su producto para recuperar el diferencial, lo que genera un proceso inflacionario que diluye los incrementos. Es por eso que la elección entre bajos salarios, cuotas elevadas e impuestos bajos, frente a salarios altos, cuotas pequeñas e impuestos elevados, tiene poco efecto en los costos reales del trabajo y el nivel de desempleo.

Un problema diferente resulta del hecho que las aportaciones se hagan exclusivamente sobre los salarios. En este caso, las contribuciones se obtienen de un sólo factor de producción: el trabajo. Es por eso que hay quienes critican esta forma, no el monto, como la verdadera causa del desempleo, ya que propicia la sustitución de trabajadores por máquinas (trabajo por capital), aumentando con ello el desempleo; y penaliza a las empresas intensivas en mano de obra, rompiendo la equidad que sustenta al sistema.

Un último caso se presenta con la práctica de fijar techos a las contribuciones. Es decir, cuando los salarios no se gravan de manera íntegra sino hasta un límite fijado por ley. Este tipo de propuestas, que a primera vista parecieran bastante atractivas para los contribuyentes, empujan al sistema hacia una situación de regresividad y desincentivan la contratación de nuevos trabajadores. En el caso de las empresas, dado que sólo pagan cuotas hasta cierto límite, este sistema las invita a producir con una pequeña cantidad de empleados: reducen los trabajos de medio tiempo, los eventuales y prefieren pagar tiempo extra, ya que los sobre-salarios no están gravados. Por otro lado, discrimina entre los trabajadores con sueldos por encima del techo y los inferiores, ya que limita la responsabilidad de los primeros a cambio de aumentar la participación de las contribuciones de los últimos. Al mismo tiempo, genera condiciones para limitar el crecimiento de los salarios por debajo

del techo, dado que cualquier aumento incrementaría la carga financiera. De esta forma, si tomamos en cuenta que los salarios bajos corresponden en su mayoría a trabajadores no calificados o con bajos niveles de capacitación, estos esquemas penalizan a las empresas intensivas en este tipo de trabajadores.

En resumen, aunque el efecto de las cuotas sobre los costos del trabajo no sea del todo claro (es una posición teórica controvertida empíricamente), sí generan distorsiones que propician el aumento del desempleo de varias formas. Uno, crean procesos inflacionarios que diluyen los efectos que persiguen; dos, alteran las tasas de retorno del trabajo y hacen más atractiva la inversión en maquinaria; tres, penalizan a las industrias intensivas en mano de obra rompiendo el principio de equidad; y cuatro, cuando se fijan techos, aumentan la regresividad del sistema.

### *Alternativas*

Como se vio anteriormente, el problema del financiamiento de la seguridad social, y en especial de recurrir a cuotas sobre salarios, se inscribe en un contexto más amplio que involucra al tipo de seguros, la naturaleza de los beneficios y los efectos colaterales del tipo de aportaciones. Es por eso que las propuestas de reestructuración de los métodos de financiamiento forman un amplio abanico de posibilidades: nuevos métodos de calcular contribuciones, creación de impuestos especiales o modificación de la estructura general del sistema de impuestos. Sin embargo, dado que los seguros de Riesgos de Trabajo y Pensiones son programas relativos al empleo, las propuestas suelen limitarse a la estructura de las contribuciones y el manejo de recursos. El tema de la sustitución de cuotas por impuestos, así como la modificación del sistema impositivo, corresponde mayormente a los programas de beneficios sociales. En este apartado se abordarán de manera específica cuatro propuestas para modificar las cuotas, algunas de ellas como respuestas puntuales a los problemas planteados anteriormente; sin embargo, también se esbozarán algunas consideraciones sobre el tema de los impuestos.

Una de las críticas que constantemente se hace al sistema de cuotas, es la discriminación que ejerce sobre algunas empresas y sectores, ya sea porque se trata de empresas intensivas en mano de obra, o porque las cuotas elevan el costo relativo de la fuerza de trabajo, o sencillamente porque dentro de un mismo sector industrial no todas las empresas gozan de una situación financiera satisfactoria. Frente a esta situación, y dado que en general es imposible renunciar a las aportaciones de

empresas y trabajadores como fuente de ingresos, algunas de las propuestas para corregir este problema han considerado la modificación del sistema de cuotas y la base de cotización.

Un primer caso es la incorporación de criterios para diferenciar las tasas de contribuciones por empresa o sector. Este procedimiento se basa en la creación de un indicador de la carga que las cuotas representan para las empresas. Los indicadores más usados son dos: el cociente de los costos de la mano de obra sobre el valor agregado<sup>13</sup>, y el cociente de las contribuciones de la empresa sobre los costos de la mano de obra. En cualquiera de los casos, el procedimiento consiste en fijar tasas bajas a empresas cuyo índice se encuentra por encima de la media nacional, y viceversa. De esta forma, las cuotas diferenciadas funcionan como un sistema de redistribución entre empresas y sectores. Sin embargo, este mecanismo también presenta algunas desventajas. La principal: incrementa los costos de operación del sistema, tanto de recolección de las aportaciones, como de registro y evaluación de las empresas. Es importante recordar que este mecanismo es independiente de la clasificación de las empresas en función del riesgo, y también que las contribuciones se ven afectadas de acuerdo al nivel de riesgo (rasgo fundamental de las contribuciones como incentivo a la modernización de las empresas), lo que significa que existe un doble proceso de evaluación y clasificación entre empresas.

En cuanto a las propuestas de modificar la base de cotización, son dos las principales: hacerlo sobre el valor agregado de la producción o con base en las amortizaciones. El primer caso consiste en ampliar la base de cotización incluyendo salarios, costos financieros, amortizaciones y ganancias: valor agregado. La ventaja de este mecanismo, es que de entrada se evitan los procesos discriminatorios entre factores de producción, alienta el empleo al reducir el costo relativo del trabajo frente al capital, y elimina la discriminación entre empresas altamente mecanizadas y las intensivas en mano de obra. Sin embargo, también es cierto que este mecanismo no reduce la participación de las empresas en el financiamiento de la seguridad social. Se pueden reducir las tasas, pero al ampliar la base de contribución, el monto de las contribuciones se mantiene. Además se afecta la capacidad de autofinanciamiento de las empresas, así como la distribución de las ganancias; lo que a final de cuentas se traduce en una caída de la capacidad de inversión y consecuentemente del nivel de crecimiento, los salarios y el nivel de vida. El saldo, que puede ser positivo, depende de la magnitud de los ajustes. Una forma de no afectar las ganancias, sin que las contribuciones se hagan sobre los salarios, es tomando a las amortizaciones como base de

---

<sup>13</sup> En este caso el valor agrado se toma como la diferencia entre el valor de mercado de los bienes y servicios producidos y los costos de producción. Básicamente incluye salarios, costos financieros, amortizaciones y ganancias.

cotización. En este caso, al igual que el anterior, se elimina la discriminación sobre las empresas intensivas en mano de obra. Sin embargo, también como el anterior, penaliza a las empresas que hacen esfuerzos por invertir. De esta forma, la modificación del método para calcular las contribuciones incentiva a las empresas a reducir sus niveles de inversión y por tanto de crecimiento, lo que se traduce en una caída de la producción desfavorable para todo el sistema. Es importante resaltar que esta propuesta presenta un problema mayor: disocia los beneficios del método de financiamiento. Es decir, dado que las contribuciones se hacen sobre las amortizaciones y estas no están relacionadas con el empleo, son ajenas a los beneficios de protección al empleo que pretenden financiar.

Un último caso es la propuesta de eliminar los techos a las contribuciones. Este mecanismo ayuda a establecer niveles mayores de justicia social, mejora el efecto de redistribución de la seguridad social e incentiva el empleo impulsando el equilibrio entre diferentes tipos de contratación, como los trabajos de medio tiempo.

¿Qué resulta de lo anterior? Por un lado, las cuotas tienen efectos negativos sobre los costos del trabajo y el empleo; por otro, las alternativas sólo remedian parcialmente esos efectos, cuando no los potencian. Pero sobre todo, las cuotas continúan siendo un mecanismo indiscutible para financiar la seguridad social, al menos los programas de protección al empleo. Todo esto mediado por la política económica que siguen los países, el nivel de competencia y la solidez de las instituciones. ¿Y el diferencial entre ingresos y gastos? Por lo expuesto anteriormente, modificando las cuotas sólo se puede resolver parcialmente el problema. No de manera integral, ni en toda su extensión y menos a largo plazo. Entonces, ¿qué alternativas hay más allá de la modificación del sistema de cuotas? Sin lugar a dudas, esta es la pregunta más interesante de los procesos de reestructuración. Es, a final de cuentas, la que ha dirigido la modificación de los sistemas de seguridad social, su responsabilidad y sobre todo, la relación de derechos y obligaciones con los asegurados.

Este es el contexto donde las propuestas de coherencia entre ingresos y gastos, de modificar las técnicas de administración de recursos y de reorganizar las instituciones, adquieren su verdadera dimensión. Tres temas destacan en este sentido: la sustitución de cuotas por impuestos, la modificación de los esquemas para el manejo de recursos y la reestructuración del sistema. El primero se analiza a continuación. Los otros dos se desarrollan en los apartados para los seguros de pensiones y salud, respectivamente.

## *Cuotas e impuestos*

La sustitución de contribuciones por impuestos, se inscribe en un contexto más amplio de transformaciones de la seguridad social. Es, en estricto sentido, la consecuencia de separar los seguros de acuerdo con la naturaleza de los beneficios otorgados, y sobre todo, de ampliar y generalizar los objetivos de la seguridad social. De esta forma, en un momento donde los métodos tradicionales de financiamiento hacen materialmente imposible la expansión de la cobertura a las personas no ligadas a una relación de trabajo, el reemplazo de las cuotas sobre salarios con impuestos, abre un espacio para redefinir las posibilidades del sistema, el esquema de responsabilidades y obligaciones de los participantes y el alcance social de los beneficios del sistema. El efecto final: ampliación de los beneficios a personas no asalariadas y que no ejercen ninguna actividad económica, así como a grupos vulnerables y desprotegidos, sin que por ello se tenga que aumentar la carga financiera sobre los salarios y los costos del trabajo.

Las ventajas de este esquema son múltiples. De entrada, establece operativamente una forma de correspondencia armónica entre beneficios y fuentes de financiamiento. Recupera el concepto de solidaridad social y vía impuestos, como forma de contribución de la sociedad, financia los beneficios otorgados en programas de asistencia social, atención médica, prestaciones familiares y beneficios a grupos vulnerables, como la tercera edad. Esto no implica que desaparezcan las contribuciones de empresas y trabajadores; significa que las cuotas sobre salarios se limitan exclusivamente a financiar los seguros de protección al empleo: riesgos de trabajo y pensiones. Programas que, por sus características, operan bajo esquemas tradicionales de aseguramiento. Otra de las ventajas es que estimula el empleo al relajar las cargas financieras sobre los costos del trabajo.

Sin embargo, igual que ocurre con las propuestas para modificar el sistema de contribuciones, el financiamiento en base a impuestos lleva implícitos una serie de efectos colaterales que es necesario evaluar. Uno, inmediato, es el aumento en la presión fiscal sobre los contribuyentes. Esto significa que, aunque las tasas sean similares en ambos sistemas y sólo se trate de una modificación en la forma de cubrirlas, los responsables de su pago pueden reaccionar en contra del esquema, sobre todo al ver afectado su poder adquisitivo. De esta forma, es necesario que los contribuyentes reconozcan el carácter progresivo de las aportaciones y la importancia de la solidaridad. Un segundo problema, relacionado con el anterior, es la transparencia del sistema. Esto significa que la

simple separación de seguros por tipo de beneficios, como forma de armonizar financiamiento y prestaciones, no implica una buena administración de los recursos. Por ello, en muchos países se ha optado por modificar los esquemas de administración e incluir representantes de los diferentes sectores: empresas, trabajadores y gobierno; aunque generalmente las autoridades mantienen las tareas de regulación y vigilancia del marco legislativo. En tercer lugar, el financiamiento vía impuestos implica una disyuntiva elemental: los recursos se asignan presupuestalmente o provienen de impuestos especiales. Esta no es una discusión menor. En muchos sentidos, el éxito del esquema depende de ello. Aunque la elección está en función de muchos factores, parece más eficiente el empleo de impuestos especiales; ya que, por un lado, la asignación del presupuesto generalmente pasa por instancias legislativas, lo que puede abrir contradicciones en el uso del gasto y romper la continuidad de programas; por otro, la asignación del presupuesto está sujeta a las presiones clásicas de la recaudación, además de aspectos político-económicos coyunturales, por lo que esta opción no garantiza ser un mecanismo de asignación más eficiente. De esta forma, los problemas se refieren a la credibilidad, transparencia y eficacia del sistema. Sin embargo, el problema principal es otro: la elección de los impuestos a utilizar.

En estricto sentido, la elección del tipo de impuestos, forma parte de una discusión más amplia sobre la estructura del sistema impositivo y los métodos de financiamiento del gasto público; donde los aspectos que se consideran no sólo refieren los recursos para la seguridad social, sino una gran gama de objetivos económicos y sociales que persigue el gobierno: estructura salarial, prioridades de las finanzas públicas, distribución del ingreso y mejoramiento de las condiciones de competencia industrial, entre otros. Todos matizados por el grado de desarrollo del país, la solidez económica, los niveles de inflación y desempleo, así como las posibilidades de expansión y competencia frente a otros países. Por eso, para que un impuesto sea viable, debe cumplir varias condiciones: la base gravable, preferentemente, no debe estar relacionada con el sistema productivo; cualquier incremento en las tasas impositivas, debe acompañarse de medidas que limiten el aumento de los precios y salarios; y, el esquema impositivo debe ser progresivo, aplicando tasas mayores a quienes tienen mayores recursos. De esta forma se limitan los efectos colaterales de los impuestos sobre los costos del trabajo, la inflación y el desempleo.

Algunos impuestos que ejemplifican esta posibilidad de financiamiento son los que se gravan sobre bienes y servicios, sobre el ingreso personal, propiedades o los impuestos corporativos. Sin embargo, es importante decir que ninguno de ellos está exento de efectos colaterales, y en los hechos, es necesario evaluar los beneficios que producen contra las desventajas de su aplicación.

El más común de los impuestos sobre bienes y servicios es el IVA. Un impuesto que resulta atractivo desde el punto de vista del empleo, al no gravar ningún ingreso, y también de la capacidad industrial de competencia, ya que opera como mecanismo de protección a la industria nacional: no grava exportaciones pero sí las importaciones. Sin embargo, involucra diversos riesgos. Por un lado, crea presiones inflacionarias al reducir la capacidad de compra de la población, lo que a su vez, crea presiones sobre los salarios. Por otro, afecta los precios y por lo tanto, los costos de producción, las ganancias y la capacidad de financiamiento de las empresas. Pero además, afecta por igual a todos los consumidores sin importar su capacidad de contribución, por lo que genera efectos regresivos. Además, para que resulte efectivo, debe acompañarse de medidas de control de precios para evitar que se generen espirales inflacionarias. Es por eso que una de las alternativas a este tipo de impuestos, son los que gravan únicamente a bienes de lujo, así como formas de consumo y actividades que elevan los gastos de los cuidados médicos: bebidas alcohólicas, tabaco, automóviles, equipo para actividades peligrosas, etc.

Los impuestos sobre ingresos personales son otra alternativa. En este caso, la base gravable incluye todos los ingresos de una persona y no sólo el salario, de tal forma que al ampliarse la base se pueden reducir las tasas de contribución. La ventaja de estos esquemas es que tienen estructuras progresivas, al graduar las contribuciones según el monto de los ingresos. Sin embargo, este tipo de impuestos eleva los gastos administrativos de su recaudación, además de requerir esquemas que combatan la evasión y el fraude.

Otras dos alternativas que han explorado diversos países, son los impuestos corporativos y los que se gravan sobre propiedades. En el primer caso, como ya se había apuntado, la carga fiscal afecta la capacidad de inversión de las empresas, además de incentivarlas para trasladarlos a los consumidores, lo que por un lado reduce el nivel de crecimiento, y por otro acelera la inflación. En lo que toca a los impuestos sobre propiedades, éstos no afectan precios ni salarios, aunque sólo pueden aportar una pequeña parte del total de los recursos requeridos.

De esta forma, aunque los impuestos como fuente de financiamiento pueden generar efectos negativos sobre el empleo, el nivel de precios y los salarios, también es cierto que ofrecen una alternativa viable para el financiamiento de algunos beneficios sociales. El punto relevante en esta discusión, descansa en la combinación de los diversos instrumentos de recaudación (contribuciones, impuestos, gasto público) como forma de encausar una verdadera política de

solidaridad nacional, que al mismo tiempo capte los recursos necesarios para sustentar la seguridad social, al tiempo que contribuya a solucionar el problema del desempleo y la inflación.

### **Pensiones: manejo de recursos**

Un caso que ilustra claramente la problemática del manejo de recursos en la seguridad social, son los sistemas de pensiones. De entrada, este problema plantea una doble dimensión. Por un lado, se trata de garantizar que las personas que contribuyen al sistema durante los años que trabajan, al momento de retirarse reciban una pensión que les permita mantener su nivel de vida. Esta además, es una condición esencial para que los trabajadores decidan entrar al sistema; de no cumplirse, bien pueden preferir otros mecanismos de ahorro para la vejez. Por otro lado, es necesario que el programa responda de manera eficaz a las restricciones externas de crecimiento de la población, inflación, capacidad económica de los contribuyentes y disponibilidad de recursos.

La relevancia de estos aspectos radica en que, a diferencia de los sistemas de pensiones privados donde la responsabilidad institucional está limitada por una ecuación intertemporal de valor<sup>14</sup>, las instituciones de seguridad social deben sustituir el ingreso perdido (a consecuencia de la materialización de un riesgo: invalidez, enfermedad, vejez o muerte) con una pensión, de tal forma que esta pensión financie las necesidades de consumo de los beneficiarios por el resto de su vida (en algunos casos los beneficios se continúan pagando a los sobrevivientes). Es decir, la responsabilidad de las instituciones de seguridad social no sólo refiere el pago de pensiones por un número aleatorio de años (igual a la sobre-vida del pensionado)<sup>15</sup>, sino también de beneficios que materializan derechos laborales y prestaciones sociales (pago de pensiones a viudas e hijos menores o discapacitados, atención médica, asistencia familiar, etc.), que por definición tienen una naturaleza distinta a las pensiones: se otorgan por ley, independientemente de la situación que guarden los saldos individuales.

En la práctica, esta situación se ve agravada por diversos factores. Uno es la capacidad financiera de los participantes. Con frecuencia, como ocurre en la mayoría de los países en desarrollo, los

---

<sup>14</sup> Una forma clásica de expresar el ahorro y el desahorro en periodos claramente definidos en el tiempo. Ahorro, durante la vida laboralmente activa; desahorro en el retiro. De esta forma, en su forma elemental la ecuación valor expresa los derechos y obligaciones de ambas partes. En el caso de la institución: restituir los fondos acumulados durante el tiempo que aportó al sistema (cuando el beneficiario trabajó), en un plan de amortizaciones, exposición única, anualidades o cualquier forma acordada. El punto es que por definición, estos programas no pueden dar a un beneficiario más recursos de los que acumuló, incluyendo rendimientos y beneficios sobre el monto de sus aportaciones.

<sup>15</sup> Dentro de los planes privados, algunos cubren este tipo de pensiones. Véase Kroepli Sauri, op. cit.



trabajadores afiliados a la seguridad social perciben salarios bajos, a tal grado que la única forma actuarialmente viable de que las contribuciones financien el retiro, es mediante cuotas superiores al 50% del salario mensual<sup>16</sup>. Esto es, los salarios son tan bajos que resulta financieramente imposible sostener un sistema de pensiones a partir de ellos<sup>17</sup>; además, las pensiones resultantes son igualmente bajas y no dan seguridad financiera a los pensionados, obligándolos a regresar al mercado laboral en condiciones desventajosas, a sectores informales, sin protección y sin garantías laborales. Esta situación plantea tres opciones: o se subsidian las pensiones, o se reducen a la capacidad financiera de los salarios (que implicaría nulificarlas), o se buscan formas alternativas; ya que los trabajadores, por sí mismos, no pueden soportar el sistema. Una de las fórmulas más empleadas para resolver este problema, es mediante los *pools* de financiamiento. En ellos, los asegurados aportan recursos al sistema (incluyendo las contribuciones de empleadores y gobierno) y así se crea un fondo para cubrir los compromisos con los pensionados: los trabajadores sostienen a los pensionados. De esta forma, las pensiones se pagan en un esquema basado en la solidaridad intergeneracional. Sin embargo, y esta es la segunda dificultad que enfrentan los sistemas de pensiones, la dinámica poblacional hace materialmente imposible esta opción. En las últimas décadas, el crecimiento demográfico se ha caracterizado por el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida. El primero, es resultado de la llamada transición demográfica<sup>18</sup> y se expresa en la recomposición de la estructura por edades de la población: aumento proporcional de los adultos y viejos, y disminución proporcional de los jóvenes y niños. El segundo, aunque estrechamente ligado al primero, refiere exclusivamente el aumento de la vida promedio de la población. Lo importante del caso, es que ambos procesos prefiguran un escenario de insolvencia del sistema: cada vez hay menos personas que aporten los recursos necesarios para financiar las pensiones, que por su parte cada vez son más y por periodos mayores de tiempo. Si a esto agregamos el hecho de que los montos de las pensiones resultan insuficientes, tenemos un claro bloqueo sistémico: las pensiones no garantizan el nivel de vida de los beneficiarios, y en el

---

<sup>16</sup> En el capítulo 3 se ejemplifica esta situación para el caso mexicano.

<sup>17</sup> Esto es sin considerar las aportaciones de empleadores y gobierno. Sin embargo, el hecho de incluirlas no modifica substancialmente la situación, ya que los salarios base de cotización son los mismos y las cuotas totales que sobre ellos se requieren representan una carga impositiva importante para las empresas. Esta situación genera los incentivos para que las empresas subregistren salarios o no inscriban a sus trabajadores al sistema.

<sup>18</sup> El término se refiere al proceso que experimenta un país durante el cual se transforma la dinámica del crecimiento de su población, y consecuentemente, la estructura por grupos de edades de esta. En términos generales, la transición demográfica tiene tres elementos básicos: descenso de la tasa de mortalidad, un incremento inicial de la tasa de natalidad y finalmente, una disminución de ésta última. Así, en su forma más sencilla, la transición demográfica de un país ocurre entre dos etapas, durante las cuales la población cambia de una situación donde las tasas de mortalidad y natalidad son altas, a otra donde son considerablemente menores. Durante el lapso que toma la transición, las tasas de crecimiento de la población tienen a elevarse, esto como resultado de que el decaimiento en la tasa de mortalidad es anterior al decaimiento de la tasa de natalidad, lo que se refleja en un aumento considerable de la población. Fuera de este periodo, las tasas tienden a estacionalizarse.

extremo, no se puede garantizar el pago a todos los beneficiarios, que es aún peor; por otro lado, las aportaciones no son suficientes ni existen incentivos para hacerlas, lo que genera procesos de evasión, huidas del sistema y aumento de los sectores informales.

El escenario lo completan la imposibilidad de aumentar las cuotas de acuerdo con los requerimientos del sistema, los límites fiscales y los efectos sobre las pensiones de la inflación, el desempleo y otras variables macroeconómicas. En este contexto, las propuestas de reestructurar los esquemas de pensiones han venido ganando terreno. Un marco donde las restricciones, además de considerar los compromisos con pensionados y asegurados (pensionados actuales y futuros), incorporan las presiones financieras y económicas que rodean a las instituciones y condicionan su funcionamiento. De esta forma, para que cualquier modificación sea viable, debe responder de manera eficiente a tres niveles: individual, colectivo e institucional. El primero implica otorgar pensiones suficientes a partir de esquemas de contribución que no desgasten el salario. El segundo, la necesidad de construir un sistema viable demográficamente, que reconozca la gran variedad de participantes y defina, en cada caso, la relación entre derechos y obligaciones. Y el tercero, la obligación de diseñar esquemas eficientes para el manejo de recursos, que garanticen el uso e inversión de los fondos al tiempo que incluyan procedimientos de regulación y vigilancia. En este debate, las posiciones extremas están representadas por los sistemas *pool* (conocidos como Pay-As-You-Go en el terreno económico) y los sistemas fondeados (a partir de cuentas individuales)<sup>19</sup> y <sup>20</sup>. Para evaluarlas, dada la multiplicidad de factores involucrados, el marco de referencia más apropiado son los modelos macroeconómicos de equilibrio. En este caso se empleará el de *generaciones traslapadas* desarrollado por Allais-Samuelson-Diamond<sup>21</sup>. “El nombre implica la estructura: en cualquier tiempo, individuos de diferentes generaciones están vivos y pueden estar interactuando con otros; cada generación comercia con diferentes generaciones en diferentes periodos de su vida...”<sup>22</sup>.

La ventaja de este modelo es que permite evaluar, a nivel agregado, las decisiones de ahorro que toman los individuos durante su ciclo de vida. El objetivo, ver el impacto que tiene el manejo de los recursos sobre las pensiones, el ahorro y otras variables que resultan determinantes al momento de

---

<sup>19</sup> Esta clasificación corresponde únicamente a los sistemas contributivos, donde las aportaciones son hechas por trabajadores, empresas y gobierno, en su caso. Los sistemas subsidiados, dado el origen de los recursos, no entran en esta clasificación.

<sup>20</sup> La relevancia de ambos sistemas, es que con la reforma de la ley del Seguro Social, el seguro de pensiones del IMSS pasó de un sistema *PAYG* a un sistema fondeado, con cuentas individuales.

<sup>21</sup> Para una lectura más amplia del modelo, puede consultarse el texto de O. Blanchard y S. Fisher “*Lectures on Macroeconomics*”, MIT Press, 1989.

<sup>22</sup> Blanchard, O. J. op. cit., pág., 91.

definir la política económica y la estructura del sistema: inversión y acumulación de capital. Para ello se utilizará una de las versiones más sencillas del modelo, donde los individuos sólo viven dos periodos. Metodológicamente, primero se presenta el modelo y las condiciones de equilibrio, poniendo especial atención en las soluciones dado que se trata de un modelo dinámico. Después se discuten las implicaciones del modelo en materia de seguridad social.

### *Modelo de generaciones traslapadas*

En el modelo base, vidas de dos periodos, consideramos un problema de optimización intertemporal para dos agentes representativos: individuos y empresas. Dado que los individuos sólo viven dos periodos, en cualquier momento del tiempo la población está conformada por dos generaciones, los jóvenes y los viejos. Así, el stock de capital es generado por individuos que ahorran durante su vida laboral, como forma de financiar su consumo una vez retirados. En el caso de las empresas, producen en un mercado competitivo con una función de producción con rendimientos constantes. El marco de referencia lo constituye una economía cerrada, de dos sectores (individuos y empresas), sin crecimiento.

1. *Individuos.* En este modelo, los individuos maximizan la utilidad total que derivan del consumo en ambos periodos, descontada a una tasa  $\theta \geq 0$ . Esto es, una persona nacida en el tiempo  $t$ , consume  $c_{1t}$  en el periodo  $t$ ,  $c_{2,t+1}$  en el periodo  $t+1$  y deriva utilidad de la forma

$$u(c_{1t}) + (1 + \theta)^{-1} u(c_{2,t+1}), \quad \theta \geq 0, \quad u'(\cdot) > 0, \quad u''(\cdot) < 0.^{23}$$

Los individuos trabajan únicamente durante el primer periodo de su vida y perciben un salario  $w_t$ . En el primer periodo consumen parte del ingreso que reciben y ahorran el resto para financiar el consumo del segundo periodo, cuando ya están retirados. De esta forma, el ahorro de los jóvenes en el periodo  $t$ , genera el stock de capital necesario para producir en el periodo  $t+1$ , en combinación con el trabajo de los jóvenes en el periodo  $t+1$ .

El número de individuos nacidos en el tiempo  $t$  y que trabajan en el tiempo  $t$  es  $N_t$ . La población crece a una tasa  $n$ , de tal forma que  $N_t = N_0(1+n)^t$ .

A partir de estas consideraciones, los elementos que definen el problema de maximización del agente representativo, son:

<sup>23</sup> Como en todos los casos, la función de utilidad es creciente ( $u' > 0$ ) a tasas decrecientes ( $u'' < 0$ ). Principio básico de maximización. De esta forma se asegura que las curvas de indiferencia sean cóncavas y se pueda maximizar la función la utilidad.

a) *Función de utilidad.* Consideremos un individuo nacido en el tiempo  $t$ . Su problema de maximización está dado por

$$\max u(c_{1t}) + (1 + \theta)^{-1} u(c_{2t+1}) \quad (1)$$

sujeto a las restricciones

$$c_{1t} + s_t = w_t \quad (2)$$

$$c_{2t+1} = (1 + r_{t+1})s_t \quad (3)$$

donde  $w_t$  es el salario que reciben en  $t$ ,  $s_t$  es el ahorro en  $t$ , y  $r_{t+1}$  es la tasa de interés pagada sobre el ahorro del periodo  $t$  en  $t+1$ . En este caso, la decisión óptima del individuo consiste en elegir las cantidades a consumir en ambos periodos,  $c_{1t}$  y  $c_{2t+1}$ , de tal forma que su utilidad sea máxima; o lo que es equivalente, encontrar la cantidad de ahorro,  $s_t$ , que maximiza la utilidad. Esto es posible gracias a la forma que tienen las restricciones. Ahora bien, para obtener el ahorro óptimo, despejamos  $c_{1t}$  y  $c_{2t+1}$  de las restricciones y las sustituimos en (1), de forma tal que la ecuación a maximizar esté en función de  $s_t$ ,  $w_t$  y  $r_{t+1}$ . Esto es,

$$\max u(w_t - s_t) + (1 + \theta)^{-1} u((1 + r_{t+1})s_t). \quad (4)$$

b) *Condición de primer orden.* Para obtener la condición de optimalidad de los individuos, derivamos implícitamente (4) respecto de  $s_t$  e igualamos a cero. De donde obtenemos

$$-u'(w_t - s_t) + (1 + \theta)^{-1} (1 + r_{t+1})u'((1 + r_{t+1})s_t) = 0. \quad (5)$$

Finalmente, resolviendo esta ecuación encontramos la cantidad  $s_t^*$  que maximiza la utilidad de los individuos. Es importante resaltar que para obtener una forma específica de  $s_t^*$ , como función de  $w_t$ ,  $\theta$  y  $r_{t+1}$ , se necesita una función de utilidad concreta. Sin embargo, la condición de primer orden si nos permite conocer la relación que guarda el ahorro,  $s_t$ , con el salario,  $w_t$ , y la tasa de interés,  $r_{t+1}$ . En este caso, tenemos que

$$s_t = s(w_t, r_{t+1}), \quad 0 < s_w < 1 \quad \text{y} \quad s_r > 0; \quad (6)$$

lo que significa que el ahorro es una función creciente en el ingreso, y ambigua en la tasa de interés. Es decir, los aumentos en el ingreso incrementan a su vez el ahorro. En cambio, el efecto que sobre el ahorro tienen los incrementos en la tasa de interés, no es único. Por un lado, los incrementos en la tasa de interés provocan que los precios relativos del segundo periodo disminuyan, lo que lleva a los individuos a sustituir consumo del primer periodo por consumo del segundo (efecto sustitución), aumentando de esta forma el ahorro individual; por otro, el aumento de la tasa de interés incrementa

la capacidad total de consumo del individuo en ambos periodos (efecto ingreso), lo que reduce el ahorro individual. El resultado final, conocido como efecto neto, depende de cual de los dos efectos sea mayor (sustitución o ingreso), y esto está determinado por la forma que tenga la función de utilidad y los parámetros.

2. *Empresas.* En este modelo, las empresas emplean una tecnología de rendimientos constantes  $Y = F(K, N)$  con las siguientes propiedades:

- $F(\bullet)$  es una función neta de producción, es decir, incluye la depreciación.
- Para producir sólo se requieren dos insumos,  $K$  y  $N$ , que corresponden al stock de capital y la población, respectivamente.
- No hay crecimiento de la producción.
- El producto *per cápita*,  $Y/N$ , está dado por la función  $y_t = f(k_t)$ , donde  $k_t$  indica la razón capital - trabajo en el tiempo  $t$ ,  $k_t = K_t/N_t$ .
- El producto se destina al consumo o a la inversión, esto es, se añade al stock de capital existente. Formalmente,

$$Y_t = F(K_t, N_t) = C_t + \frac{dK_t}{dt} \quad (7)$$

O en términos *per cápita*,

$$f(k_t) = c_t + \frac{dk_t}{dt} + nk_t \quad (8)$$

En esta última expresión,  $c_t$  representa el producto *per cápita* destinado al consumo, mientras que  $\frac{dk_t}{dt} + nk_t$  representa el producto *per cápita* destinado a la inversión<sup>25</sup>.

Finalmente, las empresas actúan en un ambiente de competencia perfecta, lo que equivale a decir que son tomadoras de precios (y en este caso, los precios relevantes son el salario y la tasa de interés, que respectivamente representan los costos del trabajo y del capital). Esto, en términos de maximización de beneficios, significa que las empresas contratan trabajadores hasta el punto

<sup>24</sup> El paso de la primera expresión a la que está en términos *per cápita*, es como sigue:

$$\frac{dk_t}{dt} = \frac{d(K/N)}{dt} = \frac{N dK/dt - K dN/dt}{N^2} = \frac{N}{N^2} \frac{dK}{dt} - \frac{K}{N} \frac{dN/dt}{N}$$

pero, de (8) sabemos que  $\frac{dK_t}{dt} = Y_t - C_t$ , además  $\frac{dN/dt}{N} = n$ ; y sustituyendo ambas en  $\frac{dk_t}{dt}$  tenemos

$$\frac{dk_t}{dt} = \frac{Y_t - C_t}{N} - \frac{K}{N} n = y_t - c_t - nk_t,$$

y reagrupando tenemos la expresión que buscábamos.

<sup>25</sup> Por definición, la inversión se define como la tasa de cambio del capital respecto del tiempo: la derivada de  $K$  respecto a  $t$ .

en que el producto marginal del trabajo es igual al salario, y que rentan capital hasta el punto en que el producto marginal del capital es igual a la tasa de interés. Formalmente,

$$f(k_t) - k_t f'(k_t) = w_t, \quad (9)$$

$$f(k_t) = r_t. \quad (10)$$

Estas dos últimas expresiones son las condiciones de primer orden para el problema de las empresas. Es decir, resolviendo estas ecuaciones las empresas encuentran las cantidades óptimas de trabajo y capital a contratar, de tal forma que su beneficio sea máximo<sup>26</sup>.

3. *Condiciones de equilibrio.* Una vez que conocemos las condiciones de optimalidad de los individuos y de las empresas, sólo resta conocer las condiciones de equilibrio de esta economía, que son dos: el equilibrio en el mercado de bienes y el equilibrio en el mercado de factores.

Por definición, para que el mercado de bienes se encuentre en equilibrio, es necesario que la demanda de bienes en cada periodo sea igual a la oferta, o equivalentemente, que el ahorro sea igual a la inversión. Esto es,

$$K_{t+1} - K_t = N_t s(w_t, r_{t+1}) - K_t. \quad (11)$$

El lado izquierdo de esta ecuación representa la inversión neta: el cambio en el stock de capital entre  $t$  y  $t + 1$ . El lado derecho, el ahorro neto: la diferencia entre el ahorro de los jóvenes y el desahorro de los viejos. Eliminando  $K_t$  de ambos lados, encontramos que el capital en  $t + 1$  es igual al ahorro de los jóvenes en  $t$ . Dividiendo ambos lados entre  $N_t$ , tenemos

$$(1 + n)k_{t+1} = s(w_t, r_{t+1}) = s_t, \quad (12)$$

que es la condición de equilibrio del mercado de bienes.

En el caso del mercado de factores, el equilibrio está determinado por las formas que tienen la oferta del trabajo y del capital. En el caso del trabajo, la oferta es inelástica (es decir, los cambios en el salario no modifican la cantidad ofertada); mientras que la oferta de capital en el periodo  $t$  se determina por la decisión de ahorro de los jóvenes del periodo  $t - 1$ . En estas condiciones, el equilibrio en el mercado de factores se alcanza cuando el salario y la tasa de interés sobre el capital permiten que las firmas utilicen completamente las cantidades disponibles de trabajo y capital: existe pleno uso de factores. Por eso, las condiciones de equilibrio están dadas por las ecuaciones (9) y (10), respectivas a las condiciones de optimalidad

<sup>26</sup> Una referencia más detallada de la solución del problema de la empresa puede encontrarse en el capítulo 2 del libro de Blanchard, mencionado antes. Aquí no se incluye por cuestiones de espacio.

de las empresas. En resumen, las condiciones de equilibrio de este modelo están dadas por las ecuaciones (5), (9), (10) y (12).

### ***Efectos sobre la Seguridad Social***

En este apartado abordaremos el impacto que tiene la seguridad social, y en especial los sistemas de pensiones, sobre el ahorro, la acumulación de capital y el bienestar de la población, a partir del modelo de generaciones traslapadas expuesto antes. Para ello, supondremos que los individuos realizan aportaciones mientras son jóvenes y reciben un pago cuando son viejos. Por notación, sea  $d_t$  la contribución de una persona joven en el periodo  $t$ , y  $b_t$  el beneficio recibido por una persona vieja, también en el periodo  $t$ .

En términos de administración de recursos, existen dos formas extremas para organizar los sistemas de pensiones. El primero se conoce como “completamente fondeado” o *fully funded*. En este modelo, las contribuciones de los jóvenes en el periodo  $t$  se invierten y se regresan, junto con los intereses, en el periodo  $t + 1$  a los ya entonces viejos. De esta forma,  $b_t = (1 + r_t)d_{t-1}$ , y la tasa de rendimiento de las contribuciones a la seguridad social es  $r_t$ . El segundo modelo se conoce como *Pay-As-You-Go* (PAYG) y se trata de sistemas no fondeados, donde las contribuciones de los jóvenes en el periodo  $t$ , se transfieren directamente a los viejos en el mismo periodo, de tal forma que  $b_t = (1 + n)d_t$ . Bajo este esquema, la tasa de rendimiento de las contribuciones es igual a  $n$ , es decir, la tasa de crecimiento de la población.

Antes de entrar en detalle, es importante recordar que los sistemas de pensiones no se crearon para modificar la acumulación de capital, sino como una forma de redistribuir el ingreso y sobre todo, de asegurar un nivel mínimo de ingreso a las personas retiradas. De cualquier forma, en tanto que modifican la trayectoria del ingreso individual, los sistemas de pensiones y de seguridad social sí afectan el ahorro y consecuentemente, también la inversión y la acumulación de capital. Estos efectos son lo que se deben considerar.

Finalmente, recordamos las condiciones de equilibrio de la economía, encontradas en la sección anterior:

$$u'(w_t - s_t) = (1 + \theta)^{-1} (1 + r_{t+1}) u'[(1 + r_{t+1})s_t], \quad (5)$$

$$w_t = f(k_t) - k_t f'(k_t), \quad (9)$$

$$r_t = f'(k_t), \quad (10)$$

$$s_t = (1+n)k_{t+1} . \quad (12)$$

1. *Sistemas fondeados.* En el periodo  $t$ , las instituciones de seguridad social recolectan las contribuciones  $d_t$  de los jóvenes y las invierten como capital. Al mismo tiempo, pagan los beneficios  $b_t = (1+r_t)d_{t-1}$  a los viejos, cuyas contribuciones fueron invertidas en el periodo  $t-1$ . Por lo tanto, bajo este esquema, las ecuaciones (5) y (12) quedan como sigue<sup>27</sup>:

$$u'[w_t - (s_t + d_t)] = (1+\theta)^{-1}(1+r_{t+1})u'[(1+r_{t+1})(s_t + d_t)] , \quad (13)$$

$$s_t + d_t = (1+n)k_{t+1} . \quad (14)$$

Sea  $k_t$  la solución del sistema original. Entonces, comparando las ecuaciones (5) y (12) con las ecuaciones (13) y (14), observamos que  $k_t$  también es solución de este sistema. Es decir, la solución del sistema original es igual a la solución del sistema una vez que se introduce un sistema de pensiones completamente fondeado. Esto se debe a que el incremento del ahorro en seguridad social,  $d_t$ , es exactamente igual a la reducción del ahorro privado; de tal forma que el ahorro total,  $s_t + d_t$ , es igual al ahorro antes de la introducción del sistema de pensiones,  $s_t$ .

Esta situación permite destacar varios aspectos:

- Las contribuciones a la seguridad social no exceden el ahorro individual que ocurriría sin la presencia del sistema de pensiones. Esto es,  $d_t < (1+n)k_{t+1}$ .
- Dado que las instituciones de seguridad social invierten el ahorro de los jóvenes en capital, y estos recursos obtienen la misma tasa que el ahorro individual, la introducción del sistema de pensiones, en lo que concierne a los individuos, sólo representa una reasignación del ahorro original en dos fuentes distintas. Es como si las instituciones de seguridad social tomaran parte del ahorro individual y lo invirtieran por su cuenta. De esta forma, el individuo es indiferente entre las formas de ahorro y sólo se preocupa por la tasa de interés.
- En conclusión: dado que los sistemas completamente fondeados no afectan el ahorro total, tampoco modifican la inversión ni la acumulación de capital en la economía.

2. *Sistemas no fondeados (PAYG).* A diferencia de lo que ocurre con los sistemas fondeados, si consideramos un sistema PAYG y empleamos la forma de los beneficios  $b_t = (1+n)d_t$ , las ecuaciones de equilibrio (5) y (12) se transforman en

$$u'(w_t - s_t - d_t) = (1+\theta)^{-1}(1+r_{t+1})u'[(1+r_{t+1})s_t + (1+n)d_t] , \quad (15)$$

<sup>27</sup> Por definición, la introducción del sistema de pensiones sólo altera éstas dos ecuaciones.



$$s_t = (1+n)k_{t+1}. \quad (16)$$

Como puede observarse a simple vista, la solución en este caso difiere de la solución original, sobre todo en el caso de la inversión, que se ve reducida en la cantidad  $d_t$ . Algunos de los aspectos que es importante resaltar, son:

- Dado que los sistemas PAYG se basan en esquemas de transferencias puras, donde no se ahorra, la única fuente para la acumulación de capital en la economía, por (16), es el ahorro individual,  $s_t$ . Sólo que en este caso, el ahorro individual es menor al registrado antes de la introducción del sistema de pensiones.
- Desde el punto de vista de los individuos, el rendimiento de los ahorros en seguridad social es  $n$ , en lugar de  $r_{t+1}$ . Esto se debe a que las instituciones de seguridad social, en cada periodo, pueden pagar una tasa de rendimiento,  $n$ , igual al incremento de las personas jóvenes que contribuyen al sistema.
- Las contribuciones a la seguridad social tienen un efecto negativo en el ahorro individual, y este efecto puede ser mas o menos que proporcional. Es decir, si evaluamos la derivada parcial de  $s_t$  respecto de  $d_t$ , tenemos que  $|\frac{\partial s_t}{\partial d_t}| > 1$ , dependiendo de  $n > r$ <sup>28</sup>. El caso ideal se presenta cuando ambas tasas son iguales. De cualquier forma, este resultado cuestiona la conveniencia de introducir un sistema de seguridad social no fondeado, cuando la igualdad entre las tasas de interés y de crecimiento de la población no se puede conseguir. Así, la viabilidad del sistema depende de la relación entre las tasas de interés y de crecimiento de la población, antes de su introducción. Si  $r < n$ , el sistema de seguridad social es benéfico, ya que por un lado permite que los retirados reciban un rendimiento mayor al que genera la economía; por otro, la disminución en el ahorro individual es menor al aumento del ahorro en seguridad social lo que limita la disponibilidad de recursos en la economía y ayuda a eliminar ineficiencias, vía tasa de interés. En cambio, si  $r > n$ , la introducción del sistema produce un doble efecto negativo. Por un lado, el esquema sólo beneficia a la primera generación que recibe una transferencia positiva,  $d_t$ , a expensas de las generaciones subsecuentes; es decir, se crea un circuito de déficits intergeneracionales expresados en la reducción de beneficios de generación a generación. Por otro lado,

<sup>28</sup> Este resultado se obtiene diferenciando (15) y suponiendo que  $d_t = d_{t+1}$ . Es decir,

$$\frac{\partial s_t}{\partial d_t} = - \frac{u_1'' + (1+\theta)^{-1}(1+n)u_2''}{u_1'' + (1+\theta)^{-1}(1+r_{t+1})u_2''} < 0.$$

dado que la disminución del ahorro individual es mayor que el aumento de las aportaciones a la seguridad social, la introducción del sistema genera una pérdida permanente de recursos. Esto reduce los niveles de eficiencia y bienestar en la economía.

En resumen, el impacto de los sistemas de pensiones sobre la economía y los niveles de bienestar, está en función del tipo de sistema que se introduzca así como de las tasas de interés y de crecimiento de la población. En el caso de los sistemas fondeados, las aportaciones a la seguridad social no afectan la acumulación de capital, ya que en estricto sentido, sólo se trata de una reasignación del ahorro individual: misma fuente, misma cantidad total, mismo destino. Esto no sucede con los sistemas no fondeados, que en el mejor de los casos puede no alterar la acumulación de capital. Sin embargo, pueden crear procesos de pérdida de bienestar de generación a generación, además de condiciones para la pérdida de recursos en la economía.

Otro de los efectos de los sistemas de pensiones, independientemente de su forma, es que crean incentivos para el retiro prematuro de los individuos. De esta forma, al retirarse antes, se requieren mayores contribuciones al sistema lo que reduce el ahorro individual y consecuentemente, la inversión y la acumulación de capital. El impacto de esta situación es mayor en los sistemas PAYG, ya que aumenta la carga financiera sobre las generaciones jóvenes.

### **Salud: un ejemplo de reestructuración del sistema**

En las secciones anteriores se abordaron algunos de los problemas que enfrenta la seguridad social en materia de financiamiento: disparidad entre ingresos y gastos, contradicciones en el sistema de cuotas y aportaciones, manejo de recursos, así como las presiones económicas, financieras y demográficas que restringen las alternativas de financiamiento. El rasgo común entre ellos, es que todos se refieren al funcionamiento y operación del sistema. Ya sea a nivel de prestación de servicios, cobertura, administración o manejo de recursos, a final de cuentas se trata de las restricciones que delimitan los márgenes de acción institucional. Sin embargo, no todos los problemas de financiamiento tienen este origen. La estructura institucional y la organización de los servicios también han contribuido a la formación de círculos viciosos y la pérdida general de eficiencia. Diversos factores ilustran esta situación: duplicación de tareas y gastos; distribución deficiente de recursos financieros, materiales y humanos; contradicciones entre la definición de prioridades y la asignación de recursos; traslapes de la demanda de servicios; y el consecuente

impacto en la cobertura de la población, dejando a amplios sectores marginados de los sistemas. De hecho, en estricto sentido, muchos de los problemas operativos tienen una contraparte institucional.

Un claro ejemplo de esta situación, en el caso de México, son los servicios de salud y atención médica. En ellos no sólo se presenta esta dualidad operativo-institucional que impacta negativamente en el financiamiento, sino que el peso de los factores institucionales hace prácticamente inviable cualquier solución que no considere la reestructuración completa del sistema. De forma tal que la solución al impacto financiero de los aspectos operativos depende de la profundidad y alcance de las reformas institucionales.

Para ver con mayor detalle estos aspectos, este apartado se divide en tres secciones. En la primera se aborda el marco institucional de los servicios salud; es decir, la organización y estructura de los sistemas, así como las alternativas que existen. En la segunda se presenta un diagnóstico de la situación que guarda el sistema de salud mexicano; y en la tercera, se analiza una propuesta concreta de reestructuración del sistema, la elaborada por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud).

### *Marco institucional de los servicios de salud*

En el caso de la salud, igual que ocurre en otros ámbitos, el aspecto institucional refiere la organización completa del sistema; desde la prestación de servicios y su financiamiento, hasta el diseño de políticas públicas y su instrumentación. En este sentido, el marco institucional incluye tres áreas básicas: gobierno, organización y operación. La primera, por un lado, involucra las tareas propias del aparato gubernamental como autoridad responsable de la estabilidad interior del país, en este caso en materia de salud. Este aspecto involucra dos funciones a la vez: la planeación y diseño de las políticas generales de salud (incluyendo los diversos niveles de decisión: modificaciones al marco legislativo, reestructuraciones del sistema y definiciones programáticas); así como el monitoreo permanente de la salud pública, identificando focos de infección y erradicando epidemias (esto, independientemente de la intervención gubernamental en la prestación directa de servicios). Por otro lado, el ejercicio de gobierno también incluye las tareas de regulación y monitoreo del sistema; aunque estas actividades no forzosamente recaen en autoridades públicas. Existen muchos casos donde la supervisión de la calidad y eficiencia de los servicios médicos, así como las autorizaciones para la prestación de servicios (tanto de médicos y

enfermeras, como de hospitales y clínicas), son realizadas por asociaciones no gubernamentales creadas *ex profeso*<sup>29</sup>.

La organización del sistema, por su parte, refiere la estructura institucional que ordena la prestación de servicios de salud; es decir, define el marco en que interactúan los diversos agentes del sistema: prestadores de servicios, consumidores y cuerpo regulador. Los prestadores de servicios, por un lado, pueden actuar en diferentes estructuras de mercado; desde los competitivos, abiertos completamente a la participación privada, hasta los integrados en monopolios estatales, donde el estado posee el total de las instalaciones, así como los recursos humanos y financieros para atender las demandas de la población. Por otro lado, los prestadores de servicios pueden dividirse en base a las funciones que cubren dentro del sistema: financiamiento, atención primaria, medicina preventiva, atención especializada, etc. En el caso de los consumidores, estos se clasifican de acuerdo al acceso que tengan al sistema, y éste a la vez, se define por el carácter de los servicios, que pueden ser universales, relativos al empleo o por condiciones socioeconómicas. En el primer caso, basta ser ciudadano o residente para tener acceso a los servicios de salud, en los otros casos la protección depende del estatuto laboral de las personas (generalmente sólo se protege a los trabajadores del sector formal de la economía) o de su nivel de ingresos, como ocurre en los programas asistenciales. Por último, el cuerpo regulador se integra con el conjunto de instituciones encargadas de la supervisión, monitoreo y regulación de los prestadores de servicios, así como de la protección de los consumidores. La importancia de la regulación resulta de las características de la salud como bien comerciable y, sobre todo, de la forma en que se distribuye la información en este mercado. Generalmente son los prestadores quienes poseen mayor información, lo que origina dos posibles distorsiones: una, que seleccionen riesgos y segreguen a pacientes con padecimientos complicados o caros, privándolos de la asistencia médica que requieren; y dos, que abusen del desconocimiento de los consumidores y sobrecocten la atención, o no los atiendan en la forma requerida.

La operación del sistema se refiere a las fórmulas específicas para la prestación de servicios en sus diferentes niveles, el control de enfermedades públicas, las campañas de información y difusión de programas y políticas de salud, las actividades de investigación y el desarrollo de nueva tecnología,

---

<sup>29</sup> En México existen varios desde 1957 cuando se creó la Comisión de Supervisión Médica del IMSS. En 1984 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud. En 1992 la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASA), con el propósito de impulsar la cultura de calidad en la atención y desarrollar métodos para su aseguramiento.

la formación de recursos humanos, así como los procesos administrativos y los reglamentos de coordinación Institucional.

Es importante mencionar que uno de los criterios más importantes para ordenar el sistema, es la unidad de atención. Esta, por un lado, especifica el papel de la enfermedad en la sociedad, en tanto riesgo público o riesgo privado. Por otro, rige las formas y alcance de los servicios. Las unidades de atención más frecuentes son tres: pacientes, enfermedades y salud pública. Las dos primeras se refieren al impacto de las enfermedades como riesgos personales. La diferencia radica en que mientras la atención a pacientes implica el tratamiento integral de la enfermedad, sin importar la complejidad, duración o costo, la atención de enfermedades limita los servicios en función del costo-complejidad del padecimiento. De esta forma, en el primer caso, la atención se define en términos del acceso a los servicios, mientras que en el segundo, tanto del acceso como del tipo de padecimiento, lo que limita considerablemente los beneficios de los consumidores. En lo que toca a la salud pública, esta se refiere al control de epidemias y focos de infección. En los hechos, los sistemas de salud suelen combinar ambos aspectos: la atención de riesgos personales y la atención de riesgos públicos.

Funcionalmente, los servicios de salud realizan tres tareas básicas<sup>30</sup>: modulación<sup>31</sup>, financiamiento y prestación de servicios. Si esta información la cruzamos con la cobertura de la población, obtenemos la matriz de la estructura básica de los sistemas de salud.

Existen dos formas extremas para estructurar los sistemas de salud: la integración vertical y la integración horizontal. La primera implica la presencia de instituciones que al interior concentran la totalidad de funciones, independientemente del alcance social de su cobertura. Es decir, el sistema de salud se organiza a partir de monopolios verticales, que en los hechos, segregan a la población en subsistemas separados. De ahí que estos sistemas se definan en términos de los grupos sociales. La integración horizontal, por el contrario, estructura el sistema de acuerdo a las funciones, lo que limita el alcance vertical de las instituciones y redefine completamente al acceso a los servicios. Esto es, las funciones se limitan en términos de la configuración de mercado que se persiga, y ésta se define de manera externa al sistema; por otra parte, la cobertura está en función del nivel de servicio: en atención primaria, los consumidores eligen al prestador de servicios; la

---

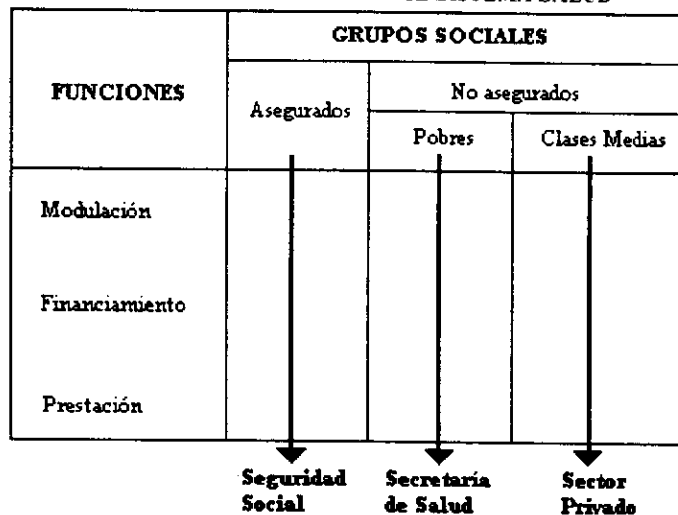
<sup>30</sup> En "Economía y Salud", op. cit., pág., 220.

<sup>31</sup> Término empleado en el texto de referencia, que comprende las funciones de rectoría, coordinación de los servicios, gestión financiera (movilización de recursos y control de costos), regulación y protección al consumidor.

atención especializada, en cambio, está en función de la canalización que el sistema haga del caso. De ahí que estos sistemas con frecuencia estén orientados a la atención de enfermedades y no de pacientes.

En México, el sistema de salud está integrado verticalmente y existen dos grandes subsistemas diferenciados por el estatuto laboral de la población: asegurados y no asegurados (*gráfica 1.1*). El grupo de los asegurados está conformado por los trabajadores del sector formal de la economía y se divide a su vez en cuatro monopolios: el IMSS, que protege a los empleados de la iniciativa privada; el ISSSTE, que protege a los trabajadores del estado con excepción de los militares y los empleados de PEMEX, que respectivamente son atendidos por el ISSSFAM y por PEMEX. En el caso de los no asegurados (pobres y clases medias), los servicios de salud son provistos por la Secretaría de Salud y por el Sector Privado. Formalmente, la Secretaría de Salud cubre las necesidades de los pobres, mientras que el Sector Privado atiende a las clases medias. Sin embargo, como se verá en el siguiente apartado, esto no siempre ocurre.

**Gráfica 1.1**  
**INTEGRACIÓN VERTICAL DEL SISTEMA SALUD**



Fuente: "Economía y salud". Op. Cit. Pág. 45.

### ***Impacto de los aspectos institucionales***

Los saldos del sistema de salud mexicano, después de cinco décadas de funcionamiento, reportan una gran variedad de logros; como son la consolidación institucional, la estabilidad epidemiológica del país, la disminución de las tasas de mortalidad (sobre todo las neonatales, perinatales e infantiles) y el aumento de la población cubierta y de la esperanza de vida. Sin embargo, también es

cierto que el sistema ha mostrado múltiples rezagos e ineficiencias. Entre ellos, los más importantes son los que al momento de la prestación de servicios se transforman en desigualdades y despido de recursos.

Gran parte de las desigualdades son resultado de la estructura del sistema, ya que al existir tres tipos de coberturas, la segregación de la población y la diferenciación en el grado de atención a que se accede, deja a amplios sectores sin servicios o sin los servicios adecuados. Las más significativas se presentan en el acceso a los servicios de salud, en la asignación presupuestal y en la calidad de los servicios.

La prestación de servicios, como ya se mencionó, obedece a tres diferentes tipos de coberturas. Las instituciones de seguridad social protegen al 53% de la población del país (y sin embargo, corresponde a sólo el 45% de la población trabajadora); los programas asistenciales de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad que brindan servicios al 34%; y los servicios privados que atienden al 2%. Esto significa que al menos el 11% de la población total del país no tiene acceso a servicios médicos, como consecuencia directa de la diferenciación entre asegurados y no asegurados: el filtro legal. Pero si a esto agregamos la segregación por tiempos de espera, distancia de los servicios y trámites excesivos, el porcentaje de población sin acceso llega a ser del 31%<sup>32</sup>.

Por otro lado, la diferenciación por grupos sociales también repercute en la asignación de recursos y el costo de los servicios, afectando consecuentemente la calidad de la atención. En este caso, las diferencias más importantes ocurren entre la seguridad social y los servicios asistenciales. Por citar un ejemplo, los beneficiarios de la seguridad social que representan el 53% de la población, consumen el 81% del presupuesto destinado a salud; y tan sólo el presupuesto del IMSS representa el 57% del asignado a la Secretaría de Salud. El impacto se observa en la disponibilidad de recursos: el gasto *per cápita* es cuatro veces mayor para los asegurados que para los no asegurados<sup>33</sup>. Esta situación, a nivel familiar, se traduce en mayores cargas para los grupos desprotegidos: 4.5% de la población (correspondiente a los 3 deciles de ingresos más bajos) gasta más del 50% del gasto no comestible en salud.

---

<sup>32</sup> Estimación de Funsalud.

<sup>33</sup> Los gastos para asegurados y no asegurados son respectivamente: por persona cubierta, \$476.00 vs. \$130.00; por usuario, \$735.00 vs. \$198.00. Fuente: Boletín de Información Estadística, 1992. Sistema Nacional de Salud.

Otra de las grandes desigualdades ocurre en la asignación geográfica de los recursos. De acuerdo con el estudio de Funsalud, existe una relación negativa entre marginación y gasto<sup>34</sup>. Esto es, a mayor pobreza de la entidad federativa, menor gasto asistencial, tanto en términos absolutos como *per cápita* y para ambos grupos sociales: asegurados y no asegurados. En el caso de los asegurados, los extremos son el Distrito Federal y Chiapas: en 1990, el gasto *per cápita* en el DF era de \$835.00, mientras que en Chiapas era de tan sólo \$160.00. Diferencia que se acentúa aún más para la población no asegurada: mientras el DF ejerce el 48% del gasto nacional, sólo concentra al 6% de esa población. Esta situación se ha explicado por la presencia del aparato administrativo y de los hospitales de tercer nivel, que presuntamente atienden a pacientes de todo el país; sin embargo, el 72% de los internados en hospitales de la SSA provienen de la zona metropolitana<sup>35</sup>. Algo similar ocurre en el gasto por usuario y por consulta de primera vez. Mientras PEMEX destina \$967.00 por paciente, la cantidad respectiva del programa IMSS-Solidaridad es de \$59.00 (el IMSS y la Secretaría de Salud asignan \$792.00 y \$289.00, respectivamente). En el caso de las consultas de primera vez, mientras el gasto unitario de la SSA es de \$17.00, IMSS e ISSSTE promedian \$32.00 y \$35.00, respectivamente; en cambio, el costo de la primer consulta en los servicios privados oscila entre \$40.00 y \$375.00.

Si estas desigualdades las llevamos al terreno de la calidad de los servicios, encontramos que las mayores tasas de mortalidad e ineficiencia se presentan en las instalaciones de la Secretaría de Salud y del programa IMSS-Solidaridad, y son hasta cuatro veces mayores a las registradas en las instalaciones del IMSS<sup>36</sup>. Si a esto agregamos los reportes por atención insatisfactoria, la carencia de equipo, los bajos niveles de productividad y los problemas que enfrenta la planta de médicos y enfermeras, la calidad de servicio del sistema asistencial respecto de la seguridad social y del sector privado, representa uno de los mayores rezagos del sistema de salud.

El dispendio de recursos es otro de los saldos negativos del sistema. En este caso, se trata de un problema con varias aristas: traslape de la demanda y mala asignación de recursos.

El traslape de la demanda refiere una situación muy frecuente en México. El ejemplo clásico se presenta cuando una persona, derechohabiente de alguna de las instituciones de seguridad social,

---

<sup>34</sup> Funsalud, op. cit., pág. 168.

<sup>35</sup> Ibid, pág. 169.

<sup>36</sup> Ibid, pág. 190.



decide acudir a una institución diferente. Sin importar que el prestador final sea del sector privado o de la Secretaría de Salud, las implicaciones son iguales: cotización múltiple y desvío de recursos. Un caso que ilustra el impacto de la cotización múltiple, es el siguiente<sup>37</sup>: “(Consideremos) una familia en la cual el marido trabaja en una empresa privada y la mujer en un organismo público autónomo. El marido paga su cotización al IMSS, que también protege a la esposa. A su vez, esta última cotiza al ISSSTE. Como parte de las prestaciones adicionales, ella comparte con su empleador el costo de un seguro privado de gastos médicos mayores, que también proporciona cobertura familiar. Además, tanto el marido como la mujer pagan impuestos que sostienen a los servicios de la Secretaría de Salud. Finalmente, por razones de conveniencia ambos utilizan servicios ambulatorios privados que deben pagar de su bolsillo. Como puede verse, esta familia paga cinco veces por su atención...” Ciertamente se trata de un caso extremo; sin embargo, por ley, todos los trabajadores del sector formal pagan al menos dos veces los servicios de salud (o tres, si consideramos la frecuencia de uso de los servicios ambulatorios): contribución a la seguridad social y financiamiento de la Secretaría de Salud, vía impuestos. De esta forma, la cotización múltiple expresa la pérdida de recursos que ocurre al momento de la contribución: antes del servicio. El desvío de recursos, por el contrario, surge como consecuencia de la atención recibida y es de dos tipos: cruce de servicios y desvíos del sistema de exenciones.

El cruce de servicios es la forma explícita de la demanda traslapada y tiene varios componentes. En el caso de la prestación de servicios, del total de contactos que tiene la SSA con la población, 26% son con asegurados y 40% con población no pobre: en total, 52% de los servicios asistenciales llegan a un grupo distinto del programado originalmente. En cambio, sólo el 7.2% de los servicios otorgados por la seguridad social es para la población no asegurada. En términos generales, por cada 10 contactos con usuarios no asegurados, los servicios asistenciales efectúan 13 con asegurados. Por otro lado, de la demanda total de servicios de la población asegurada, sólo el 64% acude a instituciones propias, es decir, a las instituciones asignadas programáticamente; mientras que 12% es atendido por los servicios asistenciales y 24% por instituciones privadas. En el caso de la población no asegurada, 65% de los contactos se realizan con la medicina privada, que es la principal fuente de servicios para este sector. Esta situación ilustra el desvío de servicios que existe en el sistema de salud, ya que al menos un tercio de la población no asiste al proveedor asignado, y consecuentemente, contribuye al desperdicio de recursos. Es cierto que esta situación, en mucho,

---

<sup>37</sup> Tomado de Funsalud, “Economía y Salud”, op. cit, pág. 222.

resulta de la baja calidad de los servicios médicos, sobre todo de los asistenciales y de seguridad social. También de las ineficiencias médicas y administrativas, así como de la cobertura deficiente de la población. Sin embargo, se trata de un problema que ha terminado por incorporarse al funcionamiento natural del sistema, lo que lo hace más complicado: se ha sistematizado.

Programáticamente, los servicios que presta la SSA y el programa IMSS-Solidaridad están destinados a la población de escasos recursos, por eso operan en base a un sistema de tarifas móviles. Este sistema se diseñó para reducir las barreras económicas, ofrecer atención gratuita a los sectores muy pobres y desalentar el uso de los no pobres. Pero en los hechos, el programa de excensiones se ha convertido en otra fuente de inequidades del sistema: mientras el 43% de los servicios a personas muy pobres están exentos de pago, el sistema beneficia al 48% de los pobres y al 54% de los no pobres.

Institucionalmente, la mala asignación de recursos no sólo se observa en el gasto que cada institución destina a la prestación de servicios, también en los recursos materiales y humanos con que cuenta; y sobre todo en la relación que existe entre la capacidad y la demanda que satisfacen. El caso más drástico, en este sentido, se presenta en las instituciones del sector privado: mientras que los seguros médicos privados sólo cubren al 2% de la población, la capacidad total del sector es del 30% de las camas disponibles y el 18% de los consultorios, lo que da una idea de la brecha que existe entre la capacidad instalada de estas instituciones y los recursos que realmente utilizan. Sin embargo, estas diferencias también se presentan en los servicios públicos. Así, mientras que las instituciones de la SSA, IMSS e ISSSTE (en el caso del IMSS y de la SSA en condiciones deficitarias), frecuentemente están sobresaturadas, los hospitales del ISSSFAM y PEMEX operan por debajo de su capacidad real.

En resumen, la mala asignación de recursos se presenta en todas las formas posibles: financieras, materiales, humanas y tecnológicas. El saldo general de la estructura del sistema de salud mexicano es el privilegio de la población asegurada sobre la no asegurada, de la población urbana (sobre todo de las grandes ciudades) sobre las poblaciones rurales, y de las clases medias sobre los pobres: un sistema inequitativo y desigual por naturaleza. Además, se trata de un servicio con fugas de recursos en todo el circuito: en la cotización, en la atención y en el programa de excensiones. Todo

como resultado de la organización de un sistema basado en la segregación de la población por grupos sociales.

### *Propuesta de reestructuración*

Como se vio en el apartado anterior, el sistema de salud mexicano se caracteriza por el desperdicio de recursos, la existencia de seguros permanentemente deficitarios, limitada cobertura de la población, iniquidades en la prestación de servicios y múltiples contradicciones entre la asignación de recursos y la prestación de servicios por grupos sociales. En la mayoría de los casos se trata de situaciones incorporadas al funcionamiento natural de las instituciones. En estas condiciones, la reestructuración del sistema aparece como una forma viable de romper inercias y círculos viciosos, sobre todo en un sistema donde los recursos actuales, empleados eficientemente, podrían financiar un seguro médico básico para toda la población<sup>38</sup>. El problema, de esta forma, consiste en ver qué estructura es la más eficiente y qué seguro médico se puede otorgar a la población.

Dos de las opciones más empleadas a nivel internacional para superar los problemas de la segregación, han sido la unificación de todas las instituciones en un sistema público o la completa privatización de ellas para que compitan. La ventaja que reporta la primera opción, es que termina con la duplicidad de recursos, la cotización múltiple y las demandas traslapadas; sin embargo, agrava la condición monopólica en un mercado donde los prestadores de servicios tienen mayor información y poder que los consumidores, restringiendo severamente la capacidad del consumidor y calidad del servicio. La segunda, resuelve el control monopólico del estado, pero crea condiciones para la formación de un sistema inequitativo, donde los prestadores seleccionen riesgos y terminen por excluir a los pobres y a los más enfermos. De esta forma, las alternativas van de la segregación burocrática a la segregación económica.

En el texto "Economía y Salud", Funsalud aborda este tema y hace una propuesta de reestructuración del sistema de salud mexicano en cuatro niveles: sistémico, programático, organizacional e instrumental. El primero se refiere a la estructura institucional y es donde se definen las funciones, derechos y responsabilidades de los participantes; así como los criterios de

---

<sup>38</sup> Según estudios del Centro de Estudios Prospectivos de la Fundación Javier Barros Sierra. Citado por Funsalud, op. cit., pág. 176.

acceso a la población y la configuración institucional. En el nivel programático es donde se determinan las prioridades del sistema, en base a los programas e intervenciones institucionales. El tercer nivel corresponde a la definición de los procesos que ocurren al interior de las instituciones prestadoras de servicios para asegurar la eficiencia técnica y la calidad de servicios. Finalmente, el nivel instrumental refiere los procedimientos para mejorar la capacidad de respuesta.

Esquemáticamente, la propuesta consiste en invertir la matriz estructural (*gráfica 1.2*) de tal forma que el sistema se integre horizontalmente, abriendo la posibilidad de una mezcla público-privada a partir de la separación de funciones. Bajo este esquema, la SSA se concentraría en su papel como coordinadora del Sistema Nacional de Salud e institución pública encargada de protección a la población, centrando sus acciones en la modulación del sistema<sup>39</sup>. El financiamiento sería la función más importante de las instituciones de seguridad social, incorporando paulatinamente a los seguros privados. Finalmente, la prestación directa de servicios se abriría a la competencia, incluyendo a las instituciones públicas y privadas.

**Gráfica 1.2**  
**INTEGRACIÓN HORIZONTAL DEL SISTEMA DE SALUD**

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES			
	Asegurados	No asegurados		
		Pobres	Clases Medias	
Modulación				→ <b>Secretaría de Salud</b>
Financiamiento				→ <b>Seguridad Social Ampliada más Seguros Privados</b>
Prestación				→ <b>Pluralidad Institucional</b>

Fuente: "Economía y salud". Op. cit., pág. 45.

¿Qué virtudes tiene un sistema como este? Por el lado de la prestación de servicios, permite crear un paquete de servicios esenciales para toda la población<sup>40</sup>; reorganizar los sistemas a nivel

<sup>39</sup> En este esquema, la modulación incluye las funciones de rectoría (desarrollo del sistema), coordinación (aprovechamiento de economías de escala), gestión financiera ( para ampliar la cobertura y elevar la calidad), regulación (de la atención a la salud y sanitaria de bienes y servicios), protección al consumidor y reservándose ciertas facultades en materia de finanzas y prestación directa de servicios (vigilancia epidemiológica y de servicios de salud ambiental).

<sup>40</sup> El paquete incluye intervenciones de salud pública, extensión comunitaria y servicios clínicos. Los primeros se refieren a servicios de salud colectivos y del medio ambiente, como las campañas contra el tabaquismo y la ingestión de bebidas

geográfico para mitigar la discriminación existente entre poblaciones y regiones, instrumentando fórmulas destinadas para los medios rural y urbano; y, asegurar la libre elección del prestador primario de servicios por parte de la población. Por el lado del financiamiento, permite reorientar el presupuesto para que responda a las necesidades y la demanda de la población más que a la oferta de recursos; fijar el costo en función del alcance social (aprovechando las economías de escala) y del tipo de paquete<sup>41</sup>, así como el subsidio federal para cubrir el seguro de las familias pobres<sup>42</sup>. Operativamente, crea condiciones para mejorar los sistemas de incentivos para elevar el desempeño y calidad de los servicios; establecer mecanismos de participación social e información en los distintos niveles del sistema; diversificar los sitios de atención a la salud; promover la investigación, la innovación tecnológica, el desarrollo integral de recursos humanos y la capacidad gerencial de las instituciones.

En resumen, propone mejoras en los tres niveles: regulación, organización y operación. Pero frente a ellas, también presenta algunas dificultades. Por un lado, limita el alcance "universal" de los servicios de salud en función del paquete esencial, y éste a su vez, depende del presupuesto asignado: decisión externa al sistema. Por otro, mantiene la segregación de la población a partir del paquete asignado y define dos tipos de ciudadanos: los que tienen acceso integral a los servicios de salud y los que tienen acceso limitado. En ambos casos, el esquema limita la responsabilidad social del sistema de salud para los pobres, los trabajadores que están fuera de la economía formal y los no incorporados a la seguridad social. Finalmente, separar el financiamiento de la prestación de servicios abre un espacio propicio a la especulación; pero además, diferenciar la acumulación de fondos y el manejo de recursos de la atención directa a beneficiarios, puede convertirse en una división entre las operaciones rentables del sistema y las tareas con mayores responsabilidades, influyendo así en el tipo de participantes en cada nivel.

---

alcohólicas. Los segundos están integrados por programas e intervenciones acordes con los lugares donde se realizan actividades: escuelas, fábricas, etc. Los servicios clínicos corresponden a los establecimientos de atención a la salud y tratamiento de padecimientos.

<sup>41</sup> En la propuesta se consideran dos paquetes: el esencial, ya descrito y destinado a la población no protegida por la seguridad social; y el integral, destinado a la población derechohabiente de algún seguro médico público o privado. La diferencia principal consiste en que, mientras el paquete esencial limita la atención a los servicios estipulados en el programa, el paquete integral conserva los derechos actualmente garantizados a todos los asegurados.

<sup>42</sup> De acuerdo con la estimación del texto, un incremento del 20% en el presupuesto asignado permitiría cubrir a toda la población.

## CAPÍTULO 2

### RETROSPECTIVA DEL IMSS: de la construcción a la crisis de la seguridad social

En México, el Seguro Social es un servicio público de carácter nacional; el instrumento para garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El IMSS, en cambio, es el instituto responsable de la administración y organización del Seguro Social<sup>1</sup>. Para ello se le otorgó el estatuto de organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios; además de tener el carácter de organismo fiscal autónomo, lo que significa que tiene la facultad y autoridad para requerir, auditar y cobrar las cuotas, recargos y capitales de ley. Sin embargo, más allá de las definiciones y los preceptos jurídicos, el Seguro Social desempeña una función específica: protege de riesgos concretos, o mejor, de las consecuencias de riesgos concretos, a ciertos grupos de la población. El punto central, entonces, está en la forma que adopta este dispositivo de protección: a quiénes protege, de qué riesgos y cómo. Aunque en términos analíticos, y siguiendo la lógica del Seguro Social como un caso especial de aseguramiento, esto implica una pregunta más amplia: cómo se traduce esta función en mecanismos y fórmulas concretas para proveer servicios, manejar recursos y crear las estructuras necesarias (materiales, administrativas e institucionales) para desempeñar estas tareas; y cómo estas formas adoptadas responden a la especificidad de los riesgos cubiertos y de los grupos sociales a quienes están dirigidos. Esta situación, según lo visto en el capítulo anterior, plantea varias dificultades. Por un lado, resolver (o desentrañar, en este caso) la relación *riesgos-grupo objetivo-servicios-financiamiento* que ordena la vigencia funcional del sistema. Por otro, especificar sus límites y trascendencia en términos demográficos, temporales y estratégicos.

El procedimiento aquí empleado para analizar estos temas y tener una visión integral del IMSS, su desempeño y los motivos de la promulgación de una nueva ley del Seguro Social en 1995, parte de identificar el modelo de aseguramiento que sigue. Para ello, por un lado se aborda el problema de la elección de los grupos sociales a proteger y los riesgos que crean esa necesidad: las razones detrás de la decisión de asegurarlos, así como las particularidades de los riesgos y de los grupos. Por otro

---

<sup>1</sup> Ley del Seguro Social, artículos 1-10, DOF, 12 de marzo de 1973, págs. 10 y 11.

lado, se considera el aspecto funcional que determina la relación *riesgos-grupo objetivo-servicios-financiamiento* y que además, define la forma de aseguramiento, así como los límites y contradicciones del sistema. Un aspecto al que se dedica especial atención, es el desempeño institucional: la operación del sistema, sus números, saldos y las modificaciones legislativas que prefiguraron la reforma de 1995.

El capítulo se integra por cuatro apartados. En el primero se analizan las características de la ley del 73 y del IMSS bajo esa legislación. Este análisis se hace tomando como referencia la primera Ley del Seguro Social de 1943. De esta forma, se recupera el modelo original, sus características y los cambios experimentados, con el objetivo de tener una visión global del IMSS y su evolución. En el segundo apartado se hace un análisis cuantitativo del desempeño institucional para el periodo de 1973 a 1995: alcance, servicios, manejo de recursos, situación financiera, etcétera. En el tercero se presentan las adecuaciones del modelo y los cambios que prefiguraron la nueva ley. Al final se presentan los saldos del sistema para este periodo.

## **EL MODELO ORIGINAL Y SUS MODIFICACIONES: LAS LEYES DE 1943 Y 1973**

### **La seguridad social vinculada al empleo**

El IMSS se crea<sup>2</sup> como una forma de proteger a los trabajadores, en especial a los del sector industrial urbano, y mejorar sus condiciones de vida, de trabajo y de consumo. El objetivo: protegerlos de los riesgos que atentan contra su estabilidad laboral y económica. El activo a

---

<sup>2</sup> El IMSS se creó por decreto presidencial el 19 de enero de 1943, fecha en que se publicó la Ley del Seguro Social en el Diario Oficial. Sin embargo, antes de eso ya se habían realizado diversos intentos. Formalmente, el interés de crear un instituto de seguridad social que brindara protección a la población trabajadora, se expresó por primera vez en la Constitución de 1917. Primero mediante el establecimiento de cajas de seguros populares ante los riesgos de invalidez, vida y cese involuntario del trabajo. Después, en 1929, reconociendo la necesidad de crear una Ley del Seguro Social que cubriera los riesgos de invalidez, vida, cese involuntario del trabajo, enfermedades y accidentes.

En cuanto a los proyectos de ley, el primero se elaboró en 1921 pero no llegó a promulgarse. Caso similar a una iniciativa de ley, presentada en 1929, que obligaba a los patrones y obreros a depositar en instituciones bancarias cuotas mensuales entre 2 y 5% del salario, con el fin de crear fondos en beneficio de los trabajadores. En 1932, el Congreso de la Unión expidió un decreto que otorgaba facultades extraordinarias para que en un plazo de 8 meses se expidiera la Ley del Seguro Social Obligatorio.

Aunque ninguno de estos proyectos llegó a consolidarse, si abrieron una amplia discusión sobre la importancia de la Seguridad Social; a tal grado que a partir de 1934 se incluyó en los planes sexenales de gobierno. Se elaboraron iniciativas en las secretarías del Trabajo, de Salubridad, en la de Gobernación, en la Comisión de Estudios de la Presidencia de la República y en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. La elaborada por esta última, inclusive se envió al Congreso, pero no se aprobó por considerar necesario formular una más completa. Finalmente, en 1941 se envió a cinco Secretarías de Estado un Acuerdo Presidencial referente al establecimiento del Seguro Social, pero tampoco se concretó.

proteger es la capacidad productiva de los individuos, su fuerza de trabajo, la misma que en el mercado laboral recibe un salario y es la base de la economía familiar. Los riesgos que se consideran, son aquellos cuya realización atenta contra esa capacidad y consecuentemente, anulan la posibilidad de percibir un salario. Aunque las formas que adoptan esos riesgos son muy variadas, se pueden clasificar de acuerdo al origen. Unos surgen de las mismas condiciones laborales, como los accidentes y enfermedades que resultan del desempeño de una actividad profesional. Otros son consecuencia de enfermedades y accidentes más generales, no relacionados con el empleo. Y otros se derivan de la edad, que con el paso del tiempo merma las capacidades y facultades de los individuos, y de la muerte.

Dado que las consecuencias son muy diversas, tanto en su duración como en el daño físico de los trabajadores, los esquemas de protección se diseñaron sobre una base general y partiendo del hecho que la simple realización del siniestro implican una doble pérdida para los trabajadores: la disminución (o anulación, en el extremo) de la capacidad productiva y la privación del salario. Estas son las condiciones objetivas que atiende el Seguro Social. Para ello, los beneficios del sistema responden a las necesidades básicas de los afectados: restituir la capacidad perdida, sustituir el salario que se deja de percibir e incrementar la capacidad productiva y económica de los trabajadores. De esta forma, por el lado de la protección, el sistema agrupa los riesgos de acuerdo al origen, considera las repercusiones y plantea esquemas para atenderlas y, en la medida de lo posible, revertirlas. En cuanto al financiamiento de los beneficios, el sistema parte del salario como base de cotización y, al mismo tiempo, lo utiliza como parámetro para diseñar los esquemas de contribuciones y fijar el monto de las prestaciones económicas. Pero en el caso del IMSS, el diseño de estos esquemas también considera el tipo de riesgo y, en especial, las obligaciones patronales establecidas en la Ley Federal del Trabajo. El resultado es un doble sistema de seguros. En el ramo de riesgos de trabajo, sólo los patrones hacen aportaciones y éstas cubren el costo íntegro del seguro: prestaciones, servicios y administración. Esta situación resulta de la responsabilidad que la Ley Federal del Trabajo asigna a los patrones, y que se deriva de los percances que sufren los trabajadores en el proceso de trabajo. Además, para establecer las cuotas de este seguro, se hace una evaluación particular de cada empresa, donde se consideran el riesgo de la actividad y las condiciones objetivas de las instalaciones, así como la gravedad y frecuencia de los siniestros registrados con anterioridad. En los otros seguros, en cambio, las contribuciones se hacen de manera tripartita (patrones, trabajadores y estado) y en un esquema general de cuotas, con base en los análisis técnicos y estimaciones del Instituto. Sin embargo, las implicaciones de esta distinción son mayores. En primer lugar, indican la necesidad de administrar los seguros de manera



diferenciada: el seguro de riesgos de trabajo se contabiliza de manera independiente al resto. En segundo, la diferenciación de los seguros por la fuente de los recursos (patrones o tripartita) también se refleja en los esquemas de prestaciones, económicas y en especie. En general, los beneficios del seguro de riesgos de trabajo son los menores de todo el sistema. En tercer lugar, y más importante, esta diferenciación materializa dos formas distintas de aseguramiento. En estricto sentido, el seguro de riesgos de trabajo no sólo protege a los trabajadores, también a los patrones. A los primeros, los cubre de los accidentes y enfermedades que resultan del trabajo, al tiempo que establece esquemas de prestaciones y servicios superiores a los que otorga la Ley Federal del Trabajo; los más importantes: sustituye las indemnizaciones por pensiones permanentes y crea los medios para la rehabilitación y atención especializada que se requieran. A los patrones, en cambio, los protege de la responsabilidad que adquieren con los trabajadores al ocurrir un accidente y, esto es lo importante, los libera de los compromisos establecidos en la Ley. De esta forma, el seguro de riesgos de trabajo protege a ambas partes del contrato laboral: asegura la capacidad productiva de los trabajadores y establece una suerte de seguro de "responsabilidad laboral" para los patrones. En ambos casos, mejorando las condiciones de la ley laboral. Un último aspecto que no por trivial debe dejarse de lado, es el alcance de los beneficios. En el seguro de riesgos de trabajo, los beneficiarios son los involucrados directos: trabajadores y patrones (salvo en el caso de muerte del trabajador, vía pensiones de viudez, orfandad y ascendientes). En los otros seguros, los beneficiarios incluyen al trabajador y a sus familiares.

Hasta aquí, es importante destacar varias características del sistema. Primero, el esquema de aseguramiento del IMSS es el característico de los sistemas relativos al empleo; aunque en los riesgos de trabajo protege tanto al capital humano como a las unidades de producción. Segundo, la trascendencia social de la cobertura no se limita a los trabajadores. Al asegurar la capacidad de trabajar y sustituir el salario en los casos en que el trabajador queda inhabilitado, se asegura la estabilidad económica de las familias de los trabajadores y en el extremo, el nivel de vida de la clase trabajadora. De esta forma, el seguro social, que parte de esquemas individuales para la incorporación y la prestación de servicios, se convierte en un seguro de beneficios colectivos, al menos para la clase trabajadora. Tercero, la protección que otorga el sistema es proporcional a "la capacidad productiva de los trabajadores"<sup>3</sup>, medida en función del salario y antigüedad. Esta situación, aunada al hecho de que el IMSS como instrumento de redistribución del ingreso tiene un alcance reducido al interior de los grupos cubiertos (sanos y enfermos, jóvenes y viejos, y el caso

---

<sup>3</sup> Término empleado en la exposición de motivos del proyecto de ley original. Cámara de Diputados, Diario de los Debates, Viernes 18 de diciembre de 1942.

de las empresas), precisa los límites del sistema: la solidaridad se limita a los grupos cubiertos y, en el caso de las empresas, a una suerte de socialización de costos de la inseguridad; la igualdad, tanto en términos de aportaciones como de beneficios, está mediada por criterios de proporcionalidad en función de la trayectoria laboral de los individuos; en términos del acceso, se reduce a la élite conformada por los grupos protegidos; por último, la universalidad se limita a los trabajadores urbanos, del sector industrial, comercial y de servicios.

Funcionalmente, en la primera Ley del Seguro Social, de 1943, los servicios se organizaron en un régimen único y obligatorio que comprendió tres ramos<sup>4</sup>: “accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”; “enfermedades no profesionales y maternidad”; “invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria en edad avanzada”<sup>5</sup>. Además de los seguros facultativo y adicional, que respectivamente resolvían los casos de aquellos trabajadores que por sus características no estuvieran incluidos en el Régimen Obligatorio, y cuando los contratos colectivos otorgaran prestaciones superiores a las consideradas en la Ley del Seguro Social. Los beneficios, como se mencionó antes, eran de tres tipos. Los empleados para restituir la capacidad perdida, así como para atender al trabajador y a sus familiares en casos de enfermedades no profesionales, incluyeron servicios médicos, hospitalarios, clínicos y farmacéuticos. Para sustituir el salario que se dejaba de percibir, se crearon esquemas de pensiones que se pagaban por incapacidad en el caso de riesgos de trabajo, y por invalidez, vejez y cesantía, así como las derivadas de la muerte del asegurado (viudez, orfandad y ascendientes). Las prestaciones en dinero también incluyeron subsidios en las situaciones de inhabilitación derivada de una enfermedad no profesional y maternidad. El tercer tipo de prestaciones fueron servicios culturales y deportivos para los asegurados, programas para elevar la calidad de vida, los niveles de higiene y salubridad de la población<sup>6</sup>. Los requisitos para gozar de ellas, variaban de acuerdo al seguro y la prestación. Así, en el caso de las prestaciones derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, bastaba con estar inscrito al seguro y no adeudar aportaciones. Pero para gozar de las prestaciones otorgadas por el resto de los

---

<sup>4</sup> En la ley del 43 se definieron la estructura institucional básica, y sobre todo, se perfilaron las formas de aseguramiento que determinaron lo que Spalding llama el periodo de formación del IMSS, y que han dirigido la evolución del Instituto. También los esquemas operativos para la prestación de servicios, el pago de contribuciones, el otorgamiento de prestaciones y el manejo de recursos. Para una lectura más amplia puede consultarse el texto de Spalding, Rose J., “*Social Security Policy Making: The Formation of the Mexican Social Security Institute*”, University Microfilms International, London, England, 1979.

<sup>5</sup> En el artículo 2o. de la ley del 43, se presenta el seguro de “cesantía involuntaria en edad avanzada” como el cuarto ramo cubierto. Sin embargo, en la misma ley sólo se le considera como un caso particular del seguro de vejez. De hecho, se incluye en el “Capítulo V” que corresponde a los cuatro seguros de manera conjunta. Por estas razones, en el texto sólo consideramos tres ramos de manera efectiva.

<sup>6</sup> Aunque en la exposición de motivos se consideraron estos servicios, no se especificaron en la ley. Por lo tanto, en términos de prestación de servicios, su aplicación fue mínima y discrecional.

seguros, era necesario cubrir un número mínimo de cotizaciones semanales y cumplir con la edad establecida, situación familiar y condiciones de salud especificadas en la ley.

Los recursos para financiar a cada uno de los seguros se obtenían de las aportaciones de patrones, trabajadores y estado, según fuera el caso. Como ya se mencionó, para el ramo de "accidentes del trabajo y enfermedades profesionales" sólo contribuían los patrones, con un monto de acuerdo con la clasificación que realizara el instituto. Las cuotas, en este caso, oscilaban entre el 0.8% y el 7.5% del salario de los empleados. Para el resto de los seguros, el costo de los servicios, prestaciones y gastos administrativos se fijó en 12% del salario de los trabajadores. De este porcentaje, los patrones cubrían el 6%, mientras que trabajadores y estado aportaban 3% cada uno<sup>7</sup>. Estas cantidades resultaron de las estimaciones del instituto y los análisis estadísticos con base en las experiencias recopiladas por la STPS y por la Secretaría de Salubridad, y que contenían información detallada de las necesidades de salud, atención médica e incapacidades. Los aspectos técnicos para fijar las cuotas y manejo de reservas en los casos de pensiones, se tomaron de la experiencia norteamericana y en especial de los esquemas *pool* de financiamiento<sup>8</sup>. Según lo dispuesto en esa ley, la inversión de las reservas se hacía de acuerdo a un sistema que permitía la distribución de los recursos entre la adquisición de instalaciones para el instituto, la construcción de colonias obreras, y la inversión en bonos y títulos del gobierno e instituciones de crédito, así como en préstamos y valores hipotecarios<sup>9</sup>.

En contraste, la población derechohabiente se limitó a los trabajadores asalariados bajo contrato; ya fueran de empresas privadas, estatales o de administraciones obreras y mixtas, aunque también incluyó a los miembros de sociedades cooperativas de producción y a los aprendices. En términos

---

<sup>7</sup> Del 6% que aportaban los patrones, 3% se destinaba al seguro de enfermedades no profesionales y maternidad, y 3% al seguro de invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria en edad avanzada. De manera similar, de cada 3% que cubrían los trabajadores y el gobierno, 1.5% se dedicaba al seguro de enfermedades no profesionales y maternidad y el 1.5% restante al seguro de invalidez, vejez, muerte y cesantía.

De estas cuotas, sólo el 6% que cubren los patrones incide directamente sobre los costos de producción y, de acuerdo con las estimaciones realizadas por el Instituto, representa un incremento del 0.78% sobre ellos. Esto, sólo considerando los seguros de enfermedades y maternidad y de invalidez, vejez, muerte y cesantía. Pero aún si se considera el seguro de riesgos de trabajo, los costos de producción aumentan en menos del 2%, en promedio. De esta forma, el impacto directo de la seguridad social sobre los costos de producción es marginal. Diario de los debates, Viernes 18 de diciembre de 1942, Cámara de Diputados, pág. 14.

<sup>8</sup> Diario de los Debates, Viernes 18 de diciembre de 1942, Cámara de Diputados, págs. 12-15.

<sup>9</sup> De acuerdo con el artículo 128, el total de reservas se podía invertir: a) hasta el 100% en la adquisición, construcción o financiamiento de hospitales, sanatorios, casas de maternidad, dispensarios, laboratorios y demás edificios para uso del Instituto; b) hasta 20% en la construcción de colonias obreras; c) en préstamos o valores hipotecarios, especialmente los destinados para habitaciones populares; d) hasta 20% en bonos o títulos emitidos por el Gobierno Federal, por los Estados, Distrito, o Territorios Federales y para servicios públicos; e) hasta 30% en bonos o títulos de Instituciones Nacionales de Crédito y bonos emitidos por Empresas Mexicanas Industriales. Siempre cuidando las mejores condiciones de seguridad, rendimiento y liquidez.

cuantitativos, el sistema aseguraría a 676,927 trabajadores y empleados en total<sup>10</sup>. De ellos, 433,033 serían empleados del sector industrial, 165,276 del comercio y 78,618 de transportes. Si además se consideran los familiares, el total de beneficiarios sería de 3'384,635 personas, correspondientes al 15% de la población del país, aproximadamente.<sup>11</sup>

De esta forma, los límites del sistema fueron, por una parte, el carácter discrecional para la expansión de la cobertura a otros grupos sociales, que de hecho, sólo se logró marginalmente<sup>12</sup>. Por otra, los criterios para la inversión de reservas y el manejo de los recursos; que priorizaron la creación de infraestructura para la prestación de servicios médicos, sobre los compromisos financieros del instituto, en especial los intertemporales a largo plazo, como las pensiones. En ambos casos, el resultado de estas medidas implicaría la reforma del Instituto.

Treinta años después, las prestaciones del Régimen Obligatorio del IMSS sólo beneficiaban a la cuarta parte de la población nacional. Frente a ello, el país presentaba el impacto de periodos de crecimiento económico disociados del nivel y calidad de vida de la población: tasas elevadas de mortalidad por la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, distribución inequitativa de los servicios básicos, acceso limitado y deficiente a los servicios de salud, sobre todo en las áreas rurales, sectores productivos sin las garantías mínimas de seguridad para sus trabajadores, amplios grupos sociales sin capacidad de aportar al sistema, etcétera. En este contexto, la reforma del Seguro Social se presentó como una forma de reorientar la estrategia de desarrollo sobre bases socialmente justas. Así, de la misma manera que se buscó mejorar las condiciones para el desenvolvimiento de las empresas nacionales, también se crearon mecanismos para proteger a la población, y en especial a los trabajadores.

---

<sup>10</sup> Estimación presentada en la Iniciativa de ley correspondiente. Diario de Debates de la Cámara de Diputados, Viernes 18 de diciembre de 1942, pág. 12.

<sup>11</sup> Al inicio de operaciones del Instituto, en 1944, la población derechohabiente era de 355 mil personas, un poco más del 10% de los considerados. Hasta la segunda mitad de la década de los sesenta se alcanza un 15% de la población total. Spalding, op. cit., 202.

<sup>12</sup> En 1956 se modificó la Ley del IMSS para permitir la incorporación al régimen obligatorio de los trabajadores del estado, los empleados de empresas familiares, a domicilio, domésticos, del campo, temporales y eventuales. Antes de eso, en 1954, en un plan experimental se incorporó a los trabajadores agrícolas asalariados con los mismos derechos y prestaciones de los asegurados urbanos, sin embargo, sólo en una mínima parte se logró el aseguramiento de los campesinos. Esto se debió, en gran medida, a la dispersión demográfica y a las distintas condiciones de su trabajo y su ingreso. DOF, 26 de diciembre de 1956, pág. 14-27.

## **Hacia una seguridad general: las ampliaciones del modelo**

Entre las limitaciones más importantes que presentó el IMSS en sus primeros 30 años, además del alcance social de la cobertura, destacó la diferenciación que hizo entre trabajadores y tipos de empleo, en algunos casos con tintes discriminatorios. En los hechos, el Seguro Social privilegió al empleo contractual, de salarios periódicos, sobre otras formas laborales; pero también a los empleados urbanos y no a los rurales, los contratos indefinidos sobre los eventuales, y a los hombres sobre las mujeres. Este último se ilustra perfectamente con el seguro de enfermedades y maternidad. Supongamos dos casos similares, un trabajador que se enferma e inhabilita por un periodo igual a la inhabilitación de una trabajadora con motivo del embarazo (84 días, 42 antes y 42 después del parto). Durante este periodo, ambos reciben atención médica y un subsidio que sustituye el salario; sin embargo, las condiciones para regresar al trabajo son completamente diferentes. Mientras que los hombres se reintegran de manera directa e inmediata, las mujeres enfrentan las restricciones por la presencia de los niños, tradicionalmente bajo su cuidado y responsabilidad. Este hecho, en la mayoría de los casos, significaba la salida del mercado laboral de las mujeres por varios años. De esta forma, la igualdad entre dos trabajadores similares pero de diferente sexo, se reducía a la atención médico-pediátrica y los subsidios, pero no creaba condiciones iguales para reincorporarse al trabajo. Sin embargo, estos no eran los únicos casos. El sistema también privilegió a los trabajadores en activo sobre los retirados, como resultado de la falta de procedimientos que regularan la revisión y actualización de las prestaciones económicas; en el extremo, penalizó la carga familiar de los pensionados y su condición de salud. Otras limitaciones, igualmente importantes, fueron el escaso impacto del IMSS en los niveles generales de salud, en el control epidemiológico, la salubridad e higiene de la población<sup>13</sup>.

Estos aspectos cuestionaron la viabilidad del IMSS como instrumento de protección para los trabajadores (urbanos y rurales, hombres y mujeres, fijos y eventuales, en activo y retirados) y su contribución para que alcanzaran su plena productividad; la trascendencia social del IMSS como mecanismo de redistribución del ingreso y garantía de los niveles de vida, salud e higiene de la población; y la capacidad del IMSS para revisar y actualizar los esquemas de servicios y prestaciones, y en particular, mantener el valor de las prestaciones que sustituyen al salario. Tres cuestionamientos al diseño original del IMSS: alcance social, riesgos cubiertos, operación y

---

<sup>13</sup> Exposición de Motivos de la Ley del Seguro Social. Cámara de Diputados, Diario de los Debates, 1 de febrero de 1973, pág. 4-9.

capacidad efectiva de protección; que en términos de la estructura y funciones del Instituto, plantearon la necesidad de redefinir la cobertura, servicios y formas de financiamiento. En estas condiciones, en 1973 se reformó el IMSS para ampliar sus beneficios, tanto en los servicios y prestaciones otorgadas a la población cubierta, como en el diseño de nuevas formas de aseguramiento para incorporar a grupos y sectores sociales no considerados en la ley del 43. El objetivo fue crear un sistema dinámico, socialmente justo, que iniciara la transición del régimen de seguros sociales al de seguridad social<sup>14</sup>; es decir, de los esquemas de aseguramiento por ramos, de alcance social limitado, a los programas universales.

**Cuadro 2.1**  
**ESTRUCTURA DEL IMSS**

LEY DE 1943	LEY DE 1973
1. SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES	1. RÉGIMEN OBLIGATORIO
2. SEGURO DE ENFERMEDADES NO PROFESIONALES Y MATERNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RIESGOS DE TRABAJO</li> <li>• ENFERMEDADES Y MATERNIDAD</li> <li>• INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE</li> <li>• GUARDERÍAS</li> <li>• RETIRO (desde 1992)</li> <li>• CONTINUACIÓN VOLUNTARIA</li> <li>• INCORPORACIÓN VOLUNTARIA</li> </ul>
3. SEGUROS DE INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA INVOLUNTARIA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE	2. RÉGIMEN VOLUNTARIO
4. SEGUROS FACULTATIVOS Y ADICIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEGUROS FACULTATIVOS Y ADICIONALES</li> </ul>
5. CONTINUACIÓN VOLUNTARIA (desde 1956)	3. SERVICIOS SOCIALES

Fuente: Elaboración propia con información del Diario Oficial de la Federación.

La reforma siguió tres criterios: mejorar la protección, servicios y prestaciones de los asegurados; ampliar la cobertura incorporando nuevos riesgos y formas de aseguramiento para grupos no protegidos, principalmente trabajadores en condiciones especiales y grupos marginados; y mejorar la operación y funcionamiento del Instituto. En el primer caso se trató de cambios en la relación *derechos-beneficios-requisitos*. El segundo significó una modificación mayor, trascendió la estructura del Instituto y redefinió la relación *riesgos-grupo objetivo-servicios-financiamiento*. Y el tercero, resultó de las adecuaciones administrativas y operativas derivadas de los casos anteriores, y de la necesidad de redefinir el carácter dinámico del Seguro Social e incorporar procedimientos específicos para revisar y actualizar los grupos salariales, los esquemas de contribuciones y las prestaciones. En el *cuadro 2.1* se muestran los cambios a nivel estructural derivados de la reforma, y en el *cuadro 2.2* se presentan las características de cada seguro.

<sup>14</sup> Ibid, pág. 9.

**Cuadro 2.2**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS SEGUROS DEL IMSS, 1973**

SEGURO	FINANCIAMIENTO	PRESTACIONES	REQUISITOS
<p><b>RIESGOS DE TRABAJO (RT)</b></p> <p>Accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o por motivo de su trabajo.</p> <p><b>Riesgos cubiertos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacidad temporal (IT)</li> <li>2. Incapacidad permanente parcial (IPP)</li> <li>3. Incapacidad permanente total (IPT)</li> <li>4. Muerte</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los recursos los aportarán las empresas y demás sujetos obligados.</li> <li>2. Para fijar las cuotas, las empresas se clasificarán de acuerdo con su actividad y riesgo, considerando la frecuencia y gravedad de los siniestros.</li> <li>3. Cada tres años el Consejo Técnico promoverá la revisión de clases y grados de riesgo.</li> </ol> <p><b>Administrativos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los ingresos y egresos del seguro de RT se registrarán contablemente por separado de los correspondientes a los demás ramos del seguro.</li> </ol>	<p><b>En especie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.</li> <li>2. Servicio de hospitalización.</li> <li>3. Aparatos de prótesis y ortopedia.</li> <li>4. Rehabilitación.</li> <li>5. Los pensionados y sus familiares tienen derecho a las prestaciones consignadas en el ramo de Enfermedades y Maternidad, sin necesidad de cotizar.</li> </ol> <p><b>En dinero:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100% de su salario mientras esté inhabilitado y no se le haya declarado alguna incapacidad permanente.</li> <li>2. Pensión por incapacidad permanente total con base en la tabla del artículo 65, o 70% del salario en que estuviera cotizando si estaba en el grupo "W".</li> <li>3. Pensión por incapacidad permanente parcial calculada conforme a la tabla de la Ley Federal del Trabajo, con base en el monto de la pensión por incapacidad permanente total, que hubiera correspondido.</li> <li>4. En caso de muerte se pagarán dos meses del salario promedio del grupo de cotización. Esta cantidad no será menor a \$1,300.00 ni superior a \$12,000.00. Además de pensiones de viudez, orfandad y ascendientes que no excederán la pensión correspondiente por IPT.             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Pensión a la viuda del 40% de la que hubiese correspondido al asegurado por IPT, o igual al viudo siempre que esté totalmente incapacitado o hubiera dependido económicamente de la asegurada.</li> <li>4.2. Pensión a cada uno de los huérfanos (de padre o madre) del 20% de la que hubiese correspondido al asegurado por IPT, siempre que estén totalmente incapacitados o sean menores de 16 años (máximo 25 si estudian). Si son huérfanos de padre y madre, la pensión será del 30%.</li> <li>4.3. Pensión a cada ascendiente del 20% de la que hubiera correspondido por IPT, siempre que no existan viuda, huérfanos o concubina que reclamen la pensión, y que los padres dependieran económicamente del asegurado.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Incremento periódico de las pensiones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las pensiones por IPT o IPP con un mínimo de 50%, serán revisadas cada 5 años, en las condiciones:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Si la cuantía diaria es menor al SMGDF se incrementarán en 10%.</li> <li>1.2. Si la cuantía diaria es mayor al SMGDF se incrementarán en 5%.</li> </ol> </li> <li>2. Las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes se incrementarán proporcionalmente en base al esquema anterior.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cotizar al seguro.</li> <li>2. Si ocurre un accidente y los trabajadores no estaban asegurados, el patrón está obligado a restituir al Instituto el costo de las prestaciones otorgadas.</li> </ol>
<p><b>ENFERMEDADES Y MATERNIDAD (EyM)</b></p> <p>Accidentes y enfermedades que no sean producto del trabajo o actividad profesional</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los recursos se obtienen de las cuotas de patrones, trabajadores, Estado y demás sujetos obligados.</li> <li>2. Las cuotas se pagan con base en la tabla del artículo 114. En caso del grupo "W", las cuotas semanales del trabajador y del patrón son 5.625% y</li> </ol>	<p><b>En especie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el inicio del padecimiento y por lapso de 52 semanas para el mismo padecimiento, prorrogable por un periodo igual.</li> <li>2. En caso de maternidad las prestaciones son:             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Asistencia obstétrica.</li> <li>2.2. Ayuda en especie por 6 meses para lactancia</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para gozar del subsidio por enfermedad, se deben tener cubiertas cuando menos 4 cotizaciones semanales antes de la enfermedad. Si son trabajadores eventuales, 6 cotizaciones semanales en los 4 meses anteriores a la enfermedad.</li> </ol>

<p><b>Cobertura:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los asegurados</li> <li>2. Los pensionados por IPT, IPP con un mínimo de 50%, IVCN, viudez, orfandad o ascendencia.</li> <li>3. La esposa o concubina del asegurado.</li> <li>4. Los hijos del asegurado o pensionado menores de 16 años, o 21 si estudian Hijos de pensionados mayores de 16 años que reciben asignaciones familiares.</li> <li>5. Padres del asegurado o pensionado.</li> </ol>	<p>2.25%, respectivamente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. La aportación del Estado será de la sexta parte de la estimación que presente el Instituto a la SHCP, para el año siguiente.</li> <li>4. Las cuotas del Estado son de 20% de las cuotas patronales, para los casos no especificados.</li> <li>5. En el caso de las cooperativas de producción, las administraciones obreras y grupos solidarios, etc., sólo cubrirán el 50% de las primas totales y el Gobierno Federal contribuirá con otro 50%.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.3. Canastilla al nacer el hijo, cuyo importe lo será señalado por el Consejo Técnico.</li> <li>3. La prestación de servicios puede ser directa, en las instalaciones y con el personal propio de la institución, indirecta, en base a convenios con otros organismos públicos o privados; o mediante convenios con quienes tengan establecidos servicios médicos y hospitalarios.</li> </ol> <p><b>En dinero:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subsidio cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará mientras dure la incapacidad y hasta por 52 semanas, prorrogable por 26 más.</li> <li>2. El subsidio se otorga conforme a la tabla del artículo 106, con base en el grupo de cotización. Para el grupo "W", el subsidio diario es del 60% del salario base de cotización.</li> <li>3. En caso de maternidad, la asegurada recibirá un subsidio del 100% del salario promedio de su grupo de cotización durante los 42 días anteriores al alumbramiento, y los 42 posteriores. Para el grupo "W", será del 100% del salario base de cotización.</li> <li>4. En caso de fallecimiento, el Instituto pagará un mes de salario promedio de cotización. La prestación no será menor a \$1,000.00 ni superior a \$6,000.00.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sujetarse a las prescripciones y tratamientos indicados por el Instituto</li> <li>3. Para gozar del subsidio por maternidad, la asegurada debe haber cubierto 30 cotizaciones semanales al menos, en los 12 meses anteriores al goce de la prestación. Además, que no realice trabajo remunerado en el periodo.</li> <li>4. Para pagos por fallecimiento, el asegurado debe haber cubierto al menos 12 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores al fallecimiento.</li> </ol>
<p><b>INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE (IVCM)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los recursos para cubrir prestaciones, gastos administrativos y creación de reservas técnicas, se obtendrán de las cuotas que aporten patrones, trabajadores y Estado.</li> <li>2. Las cuotas de patrones y trabajadores se calculan con base en la tabla del art. 177 (anexo I). Para el grupo "W" las cuotas que aportan el patrón y los trabajadores, sobre el salario base de cotización, son 3.75% y 1.50%, respectivamente.</li> <li>3. La cuota del estado es del 20% de las cuotas patronales</li> <li>4. La aportación del Estado será de la sexta parte de la estimación que presente el Instituto a la SHCP, para el año siguiente.</li> </ol>	<p><b>Para los seguros de Invalidez, Vejez y Cesantía en Edad Avanzada:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensión (en el caso de Invalidez puede ser temporal o definitiva).</li> <li>2. Asistencia médica para el pensionado y sus familiares.</li> <li>3. Asignaciones familiares.</li> <li>4. Ayuda asistencial.</li> </ol> <p><b>Para el seguro de muerte:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensiones:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Pensión de viudez para la esposa, concubina que haya vivido al menos 5 años con el asegurado, o esposo que dependiera económicamente de la asegurada. La pensión será del 50% de la que gozaba el asegurado, o la que hubiera correspondido por invalidez.</li> <li>1.2. Pensión de orfandad para cada uno de los hijos menores de 16 años, o 25 si están estudiando, o se encuentran incapacitados para realizar un trabajo remunerado. La pensión será del 20% de la que gozaba el asegurado, o de la que hubiera correspondido por invalidez. Si el huérfano es de padre y madre, la pensión será del 30%.</li> <li>1.3. Pensión a cada ascendiente cuando no exista viuda ni huérfanos, y estos dependieran económicamente del asegurado. La pensión será del 20% de la que gozaba el asegurado, o la que hubiera correspondido por invalidez.</li> </ol> </li> <li>2. Ayuda asistencial a la pensionada por viudez.</li> <li>3. Asistencia médica.</li> </ol> <p><b>Asignaciones familiares:</b> ayuda por carga familiar que se conceden a los beneficiarios de los pensionados por Invalidez, Vejez y Cesantía.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para la esposa o concubina, 15% de la pensión asignada al asegurado.</li> <li>2. Para cada hijo menor de 16 años (o 25 si son estudiantes), 10% de la pensión asignada al asegurado.</li> <li>3. Cuando no existan esposa, concubina ni hijos, se concede 10% a cada uno de los ascendientes que dependan económicamente del asegurado.</li> </ol> <p><b>Ayuda asistencial:</b> se otorgan al asegurado por Invalidez, Vejez o Cesantía, cuando su</p>	<p><b>Invalidez:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando el asegurado está imposibilitado para percibir un salario superior al 50% del salario habitual.</li> <li>2. Que la invalidez sea resultado de un accidente o enfermedad no profesional.</li> <li>3. Haber cubierto el pago de 150 semanas de cotización.</li> <li>4. Someterse a los exámenes y tratamientos médicos prescritos por el IMSS.</li> </ol> <p><b>Vejez:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el asegurado haya cumplido 65 años de edad y tenga reconocidas un mínimo de 500 cotizaciones semanales.</li> <li>2. Las pensiones de vejez se suspenderán cuando el asegurado tenga un trabajo remunerado, comprendido en el régimen del Seguro Social.</li> </ol> <p><b>Cesantía en edad avanzada:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenga reconocidas ante el Instituto un mínimo de 500 cotizaciones semanales.</li> <li>2. Haya cumplido 60 años de edad.</li> </ol>



		<p>estado físico requiera que lo asista otra persona.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento hasta del 20% de la pensión con base en el dictamen médico elaborado por el Instituto</li> <li>2. Si el asegurado no tiene esposa o concubina, ni hijos, ni ascendientes, se otorga una ayuda asistencial del 15% de la pensión.</li> <li>3. Si el asegurado sólo tiene un ascendiente con derecho a asignaciones familiares, se concederá una ayuda asistencial del 10%.</li> </ol> <p><b>Ayuda para gastos de matrimonio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El monto de esta prestación es igual al 25% de la anualidad de la pensión de invalidez que correspondiera al asegurado, sin que exceda \$6,000.00.</li> </ol> <p><b>Cuantía de las pensiones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para los seguros de Invalidez y Vejez, las pensiones se compondrán de una cuantía básica e incrementos anuales de acuerdo con el número de cotizaciones reconocidas después de las primeras 500.       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. La cuantía básica y los incrementos anuales se calculan con base en la tabla del art. 167 (anexo 1). Para el grupo "W" la cuantía básica es del 35% del salario cotización, y los incrementos anuales del 1.25% de salario de cotización.</li> <li>1.2. El salario diario que se emplea para determinar la cuantía básica y los incrementos, es el promedio de las últimas 250 semanas de cotización.</li> <li>1.3. En caso de fracciones de año para calcular los incrementos anuales, con menos de 13 semanas no se otorga incremento, de 13 a 26 semanas se otorga el 50% del incremento, y con más de 26 se otorga el 100%.</li> </ol> </li> <li>2. Para el seguro de Cesantía en edad avanzada, la cuantía se calcula como porcentaje de la pensión que hubiera correspondido si el asegurado tuviera 65 años de edad. Los porcentajes respectivos a las edades de 60, 61, 62, 63 y 64 años son respectivamente, 75, 80, 85, 90 y 95%.</li> </ol> <p><b>Límites de las pensiones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. La pensión mínima de Invalidez, Vejez y Cesantía en Edad Avanzada, es de \$600.00 mensuales (art. 168).</li> <li>3.2. La suma de la pensión por Invalidez, Vejez o Cesantía, más las asignaciones familiares y la ayuda asistencial, no excederá el 85% del salario promedio que sirvió de base para calcular la cuantía. En caso que el asegurado tuviera entre 1,500 y 2,000 cotizaciones semanales se tomará como límite superior el 90%, o el 100% si fueran más de 2,000 cotizaciones semanales.</li> <li>3.3. El total de las pensiones por muerte (viuda o concubina, hijos o ascendientes) no excederá el monto de la pensión del asegurado.</li> </ol> <p><b>Incrementos periódicos de las pensiones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las pensiones por Invalidez, Vejez y Cesantía se revisarán cada 5 años para aumentarlas de acuerdo al siguiente criterio:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Si la pensión es menor o igual al Salario Mínimo General del DF (SMGDF), se incrementarán en 10%.</li> <li>1.2. Si la pensión es mayor al SMGDF, se incrementarán en 5%.</li> </ol> </li> <li>2. Las pensiones otorgadas por muerte se incrementarán en la proporción que les corresponda según el criterio anterior, considerando la pensión que gozara el asegurado o la que le hubiera correspondido por invalidez.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Quede privado de trabajo remunerado.</li> <li>4. Excluye la posibilidad de conceder posteriormente pensiones de invalidez o de vejez.</li> </ol> <p><b>Muerte:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que al fallecer, el asegurado hubiese tenido un mínimo de 150 cotizaciones semanales reconocidas ante el Instituto.</li> <li>2. Que la muerte no sea consecuencia de un riesgo de trabajo.</li> </ol> <p><b>Asignaciones familiares y ayuda asistencial:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se entregarán al asegurado.</li> <li>2. Cesan con la muerte del familiar que las originó.</li> <li>3. Las asignaciones familiares no se tomarán en cuenta para calcular las pensiones de viudez, orfandad o ascendientes.</li> </ol> <p><b>Ayuda para gastos de matrimonio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tener un mínimo de 150 cotizaciones acreditadas en el ramo de IVCM.</li> <li>2. Comprobar la muerte de la esposa o acta de divorcio.</li> <li>3. Se otorga una sola vez.</li> </ol> <p><b>Conservación de derechos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los asegurados que dejen de pertenecer al Régimen Obligatorio, conservarán los derechos del ramo de IVCM por la cuarta parte del tiempo de cotizaciones semanales. En ningún caso será menor a 12 meses.       <ol style="list-style-type: none"> <li>2. De volver a incorporarse, se le reconocerán las cotizaciones anteriores si:           <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. La interrupción no fue por más de 3 años o durante el lapso de vigencia de derechos.</li> <li>2.2. Cubre un mínimo de 26 nuevas cotizaciones y la interrupción fue de</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
--	--	--	---

			3 a 6 años. 2.3. Cubre un mínimo de 52 nuevas cotizaciones y la interrupción fue mayor a 6 años.
<b>GUARDERÍAS PARA HIJOS DE LAS ASEGURADAS</b>  <b>Riesgo cubierto:</b> 1. Cuando la madre asegurada no pueda proporcionar cuidados a sus hijos durante la jornada de trabajo.	1. Las cuotas las cubrirán íntegramente los patrones. 2. El monto de la cuota es del 1% sobre la cantidad que paguen por salario a todos sus trabajadores, independientemente de que tengan o no trabajadoras. 3. El límite de contribución es de 10 SMGDF. 4. Pueden celebrarse convenios de reversión de cuotas o subrogación de servicios con los patrones que proporcionen el servicio.	<b>La prestación del servicio incluye:</b> 1. Aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación. 2. El servicio se proporcionará durante las horas de la jornada de trabajo de la madre.	1. El servicio es únicamente para niños de 43 días a 4 años.  <b>Conservación de derechos:</b> 1. La asegurada que sea dada de baja del Régimen Obligatorio, conservará el derecho a las prestaciones de este ramo, durante las 4 semanas posteriores a la baja.
<b>CONTINUACIÓN VOLUNTARIA EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO</b>  1. Cubre a todos los trabajadores del Régimen Obligatorio que, por algún motivo, dejaron de pertenecer a este régimen.	1. El asegurado cotizará en el grupo al que pertenecía al momento de la baja, o en el grupo inmediato superior o inferior. 2. El asegurado cubrirá íntegramente las cuotas obrero patronales. 3. Podrá enterarlas por bimestres o anualidades adelantadas.	1. Pueden cotizar en los seguros conjuntos de EyM y de IVCM, o en cualquiera de ellos a su elección. 2. Los beneficios incluyen todas prestaciones, en efectivo y en especie, de los ramos mencionados.	1. Tener un mínimo de 52 cotizaciones semanales. 2. debe presentarse solicitud por escrito, dentro de los 12 meses después de la baja.
<b>INCORPORACIÓN VOLUNTARIA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO</b>  Para proteger a los sujetos de aseguramiento a quienes no se hubiera extendido el régimen obligatorio: 1. Trabajadores domésticos 2. Trabajadores de Industrias familiares e Independientes 3. Ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios. 4. Patrones que sean personas físicas 5. Otras: empleados de entidades federales, estatales o municipales, u organismos o instituciones descentralizadas no cubiertos por otras formas de seguridad social.	1. Los recursos se obtendrán de las cuotas que aporten los obligados, según el grupo: 1.1. En el caso de los trabajadores domésticos, los patrones enterarán las cuotas obrero-patronales. 1.2. En el caso de los trabajadores de industrias familiares e independientes, serán los asegurados quienes cubran las cuotas obrero-patronales. 1.3. En el caso de los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, el pago de las cuotas se registrará de acuerdo a los convenios establecidos. 1.4. Los patrones que sean personas físicas, cotizarán en un grupo salarial superior a sus trabajadores y cubrirán íntegramente la cuota obrero-patronal. 1.5. En el caso de empleados gubernamentales, las cuotas serán con cargo a los subsidios o la	<b>Los seguros y prestaciones a que tienen derecho los asegurados, dependen del grupo:</b> 1. Los trabajadores domésticos tiene derecho a todas las prestaciones de los seguros de RT, EyM, IVCM y Guarderías 2. Los trabajadores de industrias familiares e independientes tiene derecho a las prestaciones en especie del ramo de EyM, y a todas las prestaciones del ramo de IVCM. 3. Los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, tienen derecho a los servicios médicos de RT, las prestaciones en especie del ramo de EyM y todas las prestaciones de IVCM. En caso de muerte tienen derecho a un pago no menor a \$1,000.00. 4. Los patrones personas físicas, tienen derecho a todas las prestaciones de los seguros de RT, EyM y IVCM. 5. Los empleados gubernamentales tendrán derecho a las prestaciones de uno o más seguros, según las modalidades que se pacten.	1. La inscripción será a solicitud individual, colectiva o del patrón, según el grupo 2. Los asegurados pueden optar porque las instituciones con que tengan relaciones comerciales o jurídicas, retengan y enteren las cuotas correspondientes. 3. Los derechos se suspenderán cuando no se cubran las cuotas de dos bimestres consecutivos.

	participación de los ingresos federales que les correspondan.		
<b>SEGUROS FACULTATIVOS Y ADICIONALES</b> (Régimen voluntario del Seguro Social)	<p>1. La contratación de los seguros facultativos se sujetará a las condiciones y cuotas que fije el IMSS.</p> <p>2. El Instituto convendrá las primas, cuotas, periodos de pago y demás modalidades en la contratación de los seguros adicionales, en base a las características de los riesgos, las prestaciones y las valuaciones actuariales.</p> <p><b>Administrativas:</b></p> <p>1. Los seguros facultativos y adicionales se organizarán en una sección especial, con contabilidad y administración en fondos separados de los seguros obligatorios.</p>	<p>1. Los seguros facultativos se contratan, individual o colectivamente, para proporcionar prestaciones en especie del ramo de EyM a familiares del asegurado que no estén protegidos por la ley, o a personas no comprendidas en el régimen obligatorio.</p> <p>2. Los seguros adicionales se contratan para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos de ley o en los contratos colectivos de trabajo, y que sean superiores a las otorgadas por el Régimen Obligatorio, en los ramos de RT e IVCM.</p>	
<b>SERVICIOS SOCIALES</b> Los servicios sociales de beneficio colectivo incluyen: 1. Prestaciones sociales 2. Servicios de solidaridad social.	<p>1. Las prestaciones sociales tendrán como fuente de financiamiento los recursos del ramo de IVCM. La Asamblea General determinará anualmente la cantidad de recursos que debe destinarse a dichas prestaciones.</p> <p>2. Los servicios de solidaridad social serán financiados por la Federación, por el IMSS y por los propios beneficiados.</p> <p>2.1. La Asamblea General determinará anualmente la cantidad de recursos que debe destinarse a estos servicios.</p> <p>2.2. Los beneficiarios de estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o mediante la realización de trabajos personales en beneficio de las comunidades que habiten.</p>	<p><b>Prestaciones sociales:</b> tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a elevar los niveles de vida de la población.</p> <p>1. Las prestaciones sociales se proporcionan mediante programas de:</p> <p>1.1. Promoción a la salud mediante difusión, cursos directos y uso de medios masivos de comunicación</p> <p>1.2. Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios.</p> <p>1.3. Mejoramiento de la alimentación y de la vivienda.</p> <p>1.4. Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas.</p> <p>1.5. Regularización del estado civil.</p> <p>1.6. Cursos de adiestramiento técnico y capacitación para el trabajo.</p> <p>1.7. Centros vacacionales y de readaptación para el trabajo.</p> <p>1.8. Superación de la vida en el hogar, incluyendo prácticas de convivencia y la planeación de unidades habitacionales adecuadas.</p> <p>1.9. Establecimiento y administración de velatorios y servicios similares.</p> <p><b>Servicios de solidaridad social:</b></p> <p>1. Comprenden asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria.</p> <p>2. El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a estos servicios en favor de los núcleos de población que constituyan polos de marginación rural, suburbana y urbana.</p>	<p>1. Las prestaciones sociales se proporcionarán por el Instituto sin comprometer la eficacia ni el equilibrio financiero de los servicios de los ramos del Régimen Obligatorio.</p> <p>2. Las prestaciones sociales son de ejercicio discrecional por el IMSS.</p> <p>3. Para la prestación de servicios de solidaridad social a un grupo, es necesario que el Ejecutivo Federal los determine como sujetos de solidaridad social.</p>

Fuente: Elaboración propia con información del Diario Oficial de la Federación.

## ***Ampliar beneficios***

Una de las directrices que siguió la reforma del Seguro Social, fue el aumento de la protección a los asegurados. Para ello se incrementaron las prestaciones y los servicios originales, se crearon nuevos beneficios en dinero y en especie, y se modificaron los esquemas de operación, los requisitos y la vigencia de derechos. Los cambios se concentraron en tres aspectos: prestaciones en dinero, servicios y prestaciones en especie, y las adecuaciones de los requisitos, derechos y esquemas de contribuciones.

Las prestaciones en dinero tuvieron dos formas básicas: los subsidios que se otorgaban por la inhabilitación temporal de los trabajadores y las pensiones permanentes. Además de los finiquitos y ayudas económicas que se concedían en situaciones especiales. Con la reforma, todos se modificaron. Se ampliaron los periodos para gozar de los subsidios. Se incrementaron los montos de las pensiones y subsidios en proporción al salario que las originó, lo que significó acortar la distancia entre los salarios y los mecanismos que lo sustituyen. En el caso de las pensiones permanentes, se adoptaron nuevos criterios para fijar los montos; concretamente, se incorporó un sistema progresivo en función del salario: porcentajes mayores para los estratos más bajos de ingreso y porcentajes menores para los ingresos mayores. Finalmente, con el objetivo de ampliar la protección de los pensionados y sus familias se crearon las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales, que de manera directa aumentaban los ingresos de los pensionados por carga familiar o cuando su condición de salud requería de la atención permanente de otra persona. Las principales modificaciones en este sentido fueron:

### ***a) Aumentos en los montos y nuevas prestaciones***

#### **1. Aumento de los montos y periodos para el goce de subsidios por inhabilitación:**

- Para el seguro de Riesgos de Trabajo, el subsidio se fijó en 100% del salario base de cotización del asegurado y se otorgaría mientras no se le determinara una incapacidad permanente o fuera dado de alta. En la ley del 43, esta prestación se fijaba entre el 60 y 85% del salario y se otorgaba por un plazo máximo de 52 semanas.
- Para el seguro de Enfermedades y Maternidad, el subsidio se fijó en el 60% del salario base de cotización del asegurado y se pagaría durante 52 semanas, con una única

prórroga de 26 semanas más. En la ley anterior, esta prestación correspondía al 40% del salario base de cotización y se otorgaba únicamente por 26 semanas.

- El subsidio por maternidad se elevó al 100% del salario base de cotización y por un periodo de 84 días. Originalmente, este subsidio era de 40% del salario y por el mismo tiempo.
- El subsidio de los asegurados hospitalizados a consecuencia de una enfermedad no profesional, que no tuvieran beneficiarios, se paga íntegramente; es decir, el 60% del salario base de cotización. Anteriormente, en estos casos sólo se otorgaba la mitad del subsidio correspondiente.

## 2. Aumento de los montos de las pensiones permanentes, con base en un sistema progresivo:

- En el seguro de Riesgos de Trabajo, las pensiones por Incapacidad Permanente Total se fijan en porcentajes del 80, 75 y 70% del salario base de cotización del asegurado, de acuerdo con el grupo de cotización: para quienes cotizan en el grupo "O", o uno menor, corresponde el 80%; para los grupos "P" al "S", 75%; y para quienes cotizan en los grupos "T" al "W", el 70%. En la ley del 43, eran del 75% para quienes cotizaban en el grupo "K" o uno menor, y de 66.67% para quienes cotizaban en un grupo mayor.
- En el seguro de IVCM, las pensiones se integran con una cuantía básica e incrementos anuales por cada 52 semanas de cotización después de las primeras 500, de acuerdo con el grupo de cotización. Las cuantías básicas son: 45% hasta el grupo "M"; 40% para el "N" y "O"; 38% del "P" al "S"; y 35% del "T" al "W". Los incrementos anuales correspondientes fueron 1.5% para los dos primeros, 1.365% para el tercero y 1.25% para el cuarto. En la ley del 43, la cuantía básica era única y correspondía al 20% del salario base de cotización; los incrementos por semana cotizada después de las primeras 200, eran de aproximadamente 0.03%.
- El salario diario que sirve de base para el cálculo de las pensiones invalidez y vejez, es el que resulta del promedio de las últimas 250 semanas de cotización. En la ley del 43 este salario se tomaba del promedio de los últimos 5 años de cotización.
- Se incrementan las pensiones de cesantía en edad avanzada en función de la edad. A los asegurados que tengan 60, 61, 62, 63 o 64 años de edad, y cumplan los requisitos, les corresponde respectivamente el 75, 80, 85, 90 y 95% de la pensión que hubiera correspondido por vejez.
- Se elevan las pensiones de viudez de los seguros de Riesgos de Trabajo e IVCM. Las de Riesgos de Trabajo se incrementan del 36 al 40% de la pensión que gozara o hubiera

correspondido al asegurado; mientras que las otorgadas por el seguro de IVCM, se elevan del 40 al 50%.

- Se incrementa el tiempo de pago de las pensiones por orfandad de los seguros de RT e IVCM, en los mismos términos. El límite normal es cuando los huérfanos cumplen 16 años de edad, pero si estudian en escuelas del Sistema Educativo Nacional se pagan hasta los 25 años, y si sufren alguna incapacidad, las pensiones se pagan mientras dure esta. Al término de la pensión se paga un finiquito igual a tres mensualidades. El derecho a una pensión de orfandad también incluye el derecho a recibir asistencia médica del ramo de Enfermedades y Maternidad sin necesidad de cotizar en ese seguro. En la ley del 43 el límite de edad era de 16 años, sólo se prorrogaba por incapacidad y no incluía ningún finiquito. Para recibir atención médica era necesario cotizar en el seguro de “enfermedades no profesionales y maternidad”.

### 3. Aumento de los montos de otras prestaciones:

- Se incrementan los pagos para gastos funerarios, a la muerte del asegurado. Para el seguro de RT, esta prestación es igual a 2 mensualidades del salario base de cotización; y para el seguro de Enfermedades y Maternidad es igual a un mes de salario o de pensión, según el caso. En la ley del 43, esta prestación era de un mes en el seguro de RT y de \$120.00 para el seguro de Enfermedades y Maternidad.

### 4. Nuevas prestaciones:

- Finiquito al término de las pensiones de orfandad de los seguros de RT e IVCM, igual a 3 mensualidades de la pensión.
- Asignaciones Familiares: son ayudas económicas por concepto de carga familiar que se conceden a los beneficiarios del pensionado por los seguros de IVCM, y se fijan en proporción a la pensión que recibe el titular. Estas prestaciones son de 15% para la esposa o concubina, 10% para cada uno de los hijos menores de 16 años o incapacitados, y si el pensionado no tuviere esposa o concubina, ni hijos, se otorgan asignaciones del 10% a cada uno de los ascendientes que dependan económicamente de él.
- Ayudas Asistenciales: son ayudas económicas que se otorgan a los pensionados del seguro de IVCM y a las viudas pensionadas, cuando su estado físico requiera que otra persona los asista de manera permanente o continua. En estos casos, la ayuda asistencial será hasta del 20% de la pensión asignada, de acuerdo con el dictamen médico que

formule el Instituto. En otros casos, el pensionado tiene derecho a una ayuda asistencial del 15% cuando no tenga esposa o concubina, ni hijos ni ascendientes; y cuando sólo tuviera un ascendiente tiene derecho a ayuda asistencial del 10%.

- Para los pensionados del seguro de IVCM, se incluye la prestación de “ayuda para gastos de matrimonio”. El monto de esta prestación es igual al 25% de la anualidad por invalidez a que tuviere derecho y se otorga una sola vez. Para recibirla es requisito haber cubierto un mínimo de 150 cotizaciones semanales.

En lo que respecta a los servicios y prestaciones en especie, con la reforma se ampliaron los periodos para gozar de atención médica, tanto para los asegurados directos como para sus beneficiarios; se amplió la base social de los beneficiarios de servicios médicos; y se incorporaron nuevos servicios y prestaciones. Las principales modificaciones fueron:

#### ***b) Ampliación del disfrute de prestaciones y servicios***

##### **1. Ampliación de los periodos para recibir servicios médicos:**

- Para el seguro de Enfermedades y Maternidad, se amplía el periodo de atención médica a que tienen derecho los hijos de los asegurados y pensionados. En general, todos los hijos menores de 16 años pueden recibir las prestaciones; pero esta se amplía hasta 21 años para los hijos de los asegurados, o 25 para los hijos de los pensionados, cuando estudien en algún plantel del Sistema Educativo Nacional; la prestación es ilimitada para los hijos que estén incapacitados. En la ley del 43, los beneficios sólo incluían de manera directa a los hijos de los asegurados; los de los pensionados debían contribuir al seguro, y se otorgaba hasta la edad de 16 años.
- Se amplía el periodo a que tiene derecho el asegurado, para recibir tratamientos médicos en el seguro de Enfermedades y Maternidad. Este periodo es de 52 semanas, sin incluir el tiempo en que el asegurado pueda seguir trabajando, e incluye una prórroga por 52 semanas más. En la ley del 43, esta prestación era de 26 semanas sin prórroga.
- En casos de huelga el instituto seguirá otorgando los servicios médicos del seguro de Enfermedades y Maternidad a los trabajadores y sus beneficiarios. Esta posibilidad no estaba contemplada en la ley del 43.

##### **2. Ampliación de los beneficiarios de la atención y servicios médicos:**

- El seguro de Enfermedades y Maternidad protege a los asegurados; a los pensionados por incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial con un mínimo de 50%, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada, viudez, orfandad y ascendencia; a la esposa o concubina; a los hijos del asegurado o pensionado; y a los padres que vivan con el asegurado o pensionado y dependan económicamente de él. Es importante destacar que los pensionados y sus familiares están exentos de pago. En la ley del 43, la protección se limitaba al asegurado, la esposa o concubina y los hijos menores de 16 años. Los pensionados y sus familiares debían cotizar al seguro para quedar protegidos.

### 3. Nuevos servicios y prestaciones:

- En el seguro de Riesgos de Trabajo, se incorpora el servicio de rehabilitación como derecho de los asegurados. La ley del 43 sólo incluía como derechos la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y los aparatos de prótesis y ortopedia.
- También para el seguro de Riesgos de Trabajo, se incluyen los servicios preventivos, individuales o generales, que proporcionará el IMSS en coordinación con la STPS.
- En el seguro de Enfermedades y Maternidad, se incorporan los servicios de medicina preventiva que incluyen programas de difusión para la salud, estudios epidemiológicos, producción de agentes inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros servicios para resolver problemas médico-sociales en coordinación con la SSA.

Frente a estas modificaciones, con la reforma también se modificaron los requisitos y criterios para la prestación de servicios. Se redujeron las cotizaciones requeridas para adquirir derechos y se incrementaron los periodos de vigencia. También se modificaron los esquemas de contribuciones. En este último caso, dado que los cambios no sólo reflejan el aumento de las prestaciones sino el aumento de la cobertura, el tema de las contribuciones se aborda en el siguiente apartado. Las principales modificaciones fueron:

#### ***c) Menores requisitos y mayores periodos de vigencia de derechos***

##### 1. Disminución de los periodos de cotización requeridos:

- Para gozar de los subsidios por inhabilitación temporal del seguro de Enfermedades y Maternidad, es requisito que el asegurado haya cubierto 4 cotizaciones semanales. En el caso de los trabajadores eventuales y temporales este periodo se fijó en 6 semanas. En la



ley del 43, este requisito fue de 6 semanas en los 9 meses anteriores a la enfermedad, y sólo se aplicaba a los trabajadores con contrato indefinido.

- Para gozar del subsidio por maternidad, la asegurada deberá haber cubierto 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al inicio del beneficio. Las mismas condiciones se aplicaban en la ley del 43.
- Para tener derecho a la pensión de invalidez del seguro de IVCM, el asegurado debe tener un mínimo de 150 cotizaciones semanales. En la ley del 43 eran 250 cotizaciones semanales como mínimo.
- Para tener derecho a la pensión de vejez del seguro de IVCM, el asegurado debe tener 65 años de edad y haber cubierto un mínimo de 500 cotizaciones semanales. En la ley del 43, la edad requerida era igual pero el número mínimo de cotizaciones semanales era de 700.
- Para tener derecho a la pensión de cesantía del seguro de IVCM, es requisito que el asegurado quede privado de trabajos remunerados después de los 60 años de edad y haya cubierto un mínimo de 500 cotizaciones semanales. En la ley del 43 era necesario haber cumplido 60 años de edad y haber cubierto un mínimo de 700 cotizaciones semanales.
- Para tener derecho a las pensiones derivadas de la muerte del asegurado o pensionado del seguro de IVCM, es requisito haber cubierto un mínimo de 150 cotizaciones semanales. En la ley del 43, el mínimo de cotizaciones semanales era de 200.
- Para poder cotizar en el seguro de "continuación voluntaria del régimen obligatorio", se debe haber cubierto un mínimo de 52 semanas de cotización. En la ley anterior, el mínimo de cotizaciones eran 100 semanas y aunque este seguro no figuró en estructura del 43, se incorporó en 1956.

## 2. Aumento de los periodos de vigencia de derechos:

- Para el seguro de Enfermedades y Maternidad, los asegurados que queden privados del empleo y hayan cubierto un mínimo de 8 semanas de cotización ininterrumpidas, conservarán los derechos por 8 semanas más. En la ley del 43, el periodo mínimo y la prórroga de los derechos eran de 6 semanas, en ambos casos.
- Para el seguro de IVCM, los asegurados que dejen de pertenecer al Régimen Obligatorio conservarán los derechos por la cuarta parte del tiempo que hubieran cotizado, sin ser menor a 12 meses. También se especifican las diferentes condiciones para el reconocimiento de las cotizaciones anteriores a la suspensión, según el tiempo que haya

durado esta. En la ley del 43, la conservación de derechos era por la quinta parte de las semanas cotizadas, sin ser menor a 18 meses. En este seguro, la ley preveía la posibilidad de continuar cotizando voluntariamente; para ello, el asegurado debía cubrir íntegramente las cuotas obrero-patronales.

### *Ampliar cobertura*

En estricto sentido, el Seguro Social cubre riesgos y protege a personas o a grupos sociales: protege a los asegurados o derechohabientes de los riesgos cubiertos. La naturaleza de unos y otros es tan diferente como las razones para incorporarlos. Sin embargo, comúnmente se habla por igual de riesgos cubiertos y población cubierta. De cualquier forma, y más allá de las diferencias semánticas, la cobertura tiene dos niveles básicos que son los riesgos y la población: los riesgos de manera directa y la población vía el manejo institucional de los riesgos. En este apartado, con el fin de evaluar la ampliación de la cobertura, se consideran ambos aspectos: los riesgos que se incorporan a la cobertura del Seguro Social y se traducen en ramos, seguros y formas institucionales específicas; y la población que se beneficia con estas incorporaciones y ampliaciones de la cobertura.

En la ley del 43, la cobertura del Seguro Social se concentró en los riesgos que afectan la capacidad productiva de los trabajadores: las enfermedades y accidentes profesionales y no profesionales, la maternidad, la edad y la muerte. Así, de manera simultánea se definieron los riesgos cubiertos y la población protegida, aunque en este caso se limitó a los trabajadores urbanos de la industria, el comercio y los transportes: un subgrupo de la población trabajadora en general. Con la reforma, se incorporaron riesgos y situaciones que aunque no afectan de manera directa la capacidad productiva, si alteran la posibilidad de trabajar dentro de los parámetros convencionales: horarios, tipos de empleo, sectores, movilidad, etcétera. Es decir, estos riesgos ya no se refirieron a la anulación de la capacidad productiva sino a la posibilidad de desempeñarla y las múltiples formas para hacerlo. Esto, de entrada, abrió dos posibilidades: cuando no se podía trabajar y cuando se podía trabajar pero en condiciones especiales, no asegurables con el modelo original. En el primer caso, la protección que se demandaba del Seguro Social implicaba restituir la posibilidad de trabajar; en el segundo, ampliar la protección de la capacidad productiva a esas condiciones especiales. En ambos casos, la solución dependió del riesgo y las condiciones que generaba en los trabajadores a asegurar.

De manera específica, los riesgos y situaciones que se consideraron en la reforma, fueron la presencia de niños bajo el cuidado de las madres trabajadoras, la privación del empleo y el desempeño de trabajos *sui generis*, no compatibles con el esquema original de aseguramiento. Los dos primeros implicaron situaciones donde no era posible trabajar; uno en condiciones bien identificadas y atendibles, otro no. El tercero, en cambio, expresaba una situación donde era necesario proteger al trabajador con esquemas acordes a su condición laboral. Institucionalmente, la cobertura de estos riesgos se hizo siguiendo tres formas distintas. Para restablecer la posibilidad de trabajo a las madres con hijos pequeños, se creó el seguro de “guarderías para hijos de las aseguradas”, que dispuso formas para el cuidado y atención de niños entre 43 días y 4 años de edad. En el caso de los asegurados que enfrentaban la terminación de la relación laboral, y dado que la restitución del empleo pasa por fórmulas distintas a los servicios y prestaciones del IMSS, la reforma incluyó la posibilidad de que continuaran voluntariamente en el Régimen Obligatorio. De esta forma, aunque el IMSS no recuperaba el empleo ni reemplazaba el salario perdido (nunca tuvo el carácter de seguro de desempleo), sí creó la manera de extender la protección a los trabajadores que dejaban de pertenecer al sector formal de la economía, temporal o definitivamente, e independientemente de la actividad que desempeñaran posteriormente. En el tercer caso, de los trabajadores en condiciones especiales, se diseñaron fórmulas y procedimientos específicos para que pudieran incorporarse, de manera voluntaria, al Régimen Obligatorio. Los beneficiados fueron los trabajadores domésticos; los empleados de industrias familiares; los trabajadores independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y trabajadores no asalariados; los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios; los patrones, personas físicas, con trabajadores asegurados a su cargo; y algunos empleados del estado<sup>15</sup>.

Formalmente, de las tres respuestas, sólo las “guarderías” constituyeron un nuevo seguro incorporado al Régimen Obligatorio. La “continuación voluntaria” y “la incorporación voluntaria”, en cambio, fueron formas de trato especial para ampliar la protección de los seguros del Régimen Obligatorio a personas no asegurables de manera automática; en un caso los *ya no* trabajadores, en otro los empleados especiales. Así, aunque las tres representaron mecanismos institucionales para ampliar la protección del Seguro Social y se agruparon dentro del Régimen Obligatorio, tuvieron un carácter distinto: un seguro y dos formas de afiliación al Régimen Obligatorio.

---

<sup>15</sup> Ya con anterioridad, en las modificaciones de la ley de 43, se había determinado el aseguramiento de varios de estos tipos de empleo: en 1954 se incorporan los trabajadores agrícolas asalariados, en 1963 los productores de caña de azúcar y sus trabajadores. Sin embargo, en los hechos, la extensión de la cobertura a esos grupos fue muy limitada.

El seguro de “guarderías para hijos de las aseguradas” adoptó una forma similar al de “riesgos de trabajo”. Esto, en parte como resultado de las obligaciones que la Ley Federal del Trabajo asigna a los patrones: deben prestar el servicio de guarderías a sus trabajadoras, con la finalidad de que estas puedan laborar fuera de sus hogares sin menoscabo de los cuidados y atenciones de los hijos. Por otro lado, en 1962 se reformó la Ley laboral y se estableció que los servicios de guarderías debían proporcionarse por el IMSS, dada su experiencia técnica y administrativa. En consecuencia, la reforma del Seguro Social incluyó un seguro específico para este fin, dentro del Régimen Obligatorio. El financiamiento, dadas las obligaciones de Ley, quedó a cargo de los patrones exclusivamente; para ello debían aportar una cuota del 1% sobre la nómina de todos los trabajadores, independientemente de que la planta laboral incluyera mujeres o no: una salvaguarda para evitar la discriminación en las contrataciones.

La “continuación voluntaria del Régimen Obligatorio”, dado que se origina cuando finaliza la relación laboral y el trabajador deja de pertenecer al Régimen Obligatorio, hizo necesaria la modificación de los riesgos cubiertos y los esquemas de financiamiento. Por un lado, los riesgos se redujeron a los cubiertos por los seguros de “enfermedades y maternidad” e IVCN (uno o ambos a elección del asegurado), incluyendo todas las prestaciones en efectivo y en especie de esos ramos. Es decir, los riesgos cubiertos no incluyeron ninguno de los derivados de la relación laboral. Por otro, dado que ya no existía ningún vínculo con el patrón, el financiamiento quedó a cargo del trabajador, que estaba obligado a cubrir íntegramente las cuotas obrero-patronales. De esta forma, al tiempo que este seguro extiende la protección de los trabajadores cuando finaliza la relación laboral, redefine la relación *riesgos-grupo objetivo-servicios-financiamiento* que ordena su funcionamiento. En cambio, para la “incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio”, que se creó para proteger a los trabajadores en condiciones especiales, los riesgos cubiertos, las prestaciones y los esquemas de financiamiento se fijaron de acuerdo con el tipo de empleo. En el caso de los trabajadores rurales, por ejemplo, la incorporación tomó en cuenta las distintas formas de producción, los sistemas de cultivo y de crédito, y demás factores que influyen en su rendimiento económico, para que la forma de aseguramiento fuera congruente con las características de los trabajadores. En estos casos, la cobertura incluyó los seguros de “riesgos de trabajo”, “enfermedades y maternidad” e IVCN; mientras que el financiamiento incorporó a los esquemas de cotizaciones, la participación del estado y la reducción de cuotas. Sin embargo, para los otros trabajadores, estas condiciones fueron sustantivamente diferentes. En el *cuadro 2.2* se resumen las características de este seguro para cada uno de los tipos de empleo cubiertos.

Hasta aquí, y a pesar de los seguros incorporados, el IMSS continuó siendo un sistema de Seguridad Social ligado al empleo. De manera directa o indirecta, y aún en la terminación de la relación laboral, los riesgos cubiertos estuvieron determinados por el trabajo, también la población protegida. La incorporación de riesgos hizo necesario adecuar la estructura del Régimen Obligatorio y los ramos que lo integran. También se redefinió la relación funcional de *riesgos-grupo objetivo-servicios-financiamiento* incorporando nuevas fórmulas y dispositivos; pero ninguno de estos cambios modificó el carácter del seguro social. Sin embargo, la reforma fue más allá. Se evaluó la importancia del IMSS como instrumento para mejorar la salud pública y llevar servicios básicos a la población en general, y se diseñaron mecanismos para hacerlo. El problema a atender: el rezago en los niveles de vida y salud de la población. El mecanismo: la creación de un seguro de "servicios sociales", fuera del Régimen Obligatorio. De esta forma, además de las modificaciones para ampliar la cobertura directa del IMSS sobre la población trabajadora, se crearon mecanismos para llevar esta protección a sectores desprotegidos, sin acceso a los servicios médicos elementales y sobre todo, sin capacidad de cotizar. Los beneficios de este seguro, así como las formas de operación y financiamiento, se organizaron en dos tipos de servicios: las prestaciones sociales y los servicios de solidaridad social. El primero se refirió a los programas para el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, y la contribución del Instituto para elevar los niveles de vida de la población. Operativamente, estas prestaciones se otorgarían de manera discrecional, a juicio del propio Instituto, y se financiarían con recursos del seguro de IVCM. En cambio, los servicios de solidaridad social sentaron las bases para la atención médica, farmacéutica y hospitalaria, de los núcleos de población que el Poder Ejecutivo Federal determinara como beneficiarios. Para ello, se facultó al Instituto para que coordinara sus funciones con la SSA y las instituciones de salud participantes; así como para crear, operar y organizar la infraestructura (material, humana y financiera) necesaria. El financiamiento, en este caso, se haría con recursos del propio Instituto y del Gobierno Federal, que respectivamente deberían cubrir el 40 y 60% del gasto programado; aunque la ley también mencionó las aportaciones de los beneficiarios que serían mediante trabajos comunitarios. En ambos servicios, el límite a la participación del Instituto se fijó en términos de la eficacia del Régimen Obligatorio y del equilibrio financiero, que en ningún caso podrían resultar afectados.

Es cierto que la creación del seguro de "servicios sociales", por sí mismo, no implica el cambio de un sistema relativo al empleo a un sistema universal. No significa eso ni tiene ese alcance. Por un lado, porque los beneficiarios se fijan de manera discrecional; por otro, porque la prestación de servicios está en función de los recursos que el mismo sistema pueda canalizar a esos fines. Sin

embargo, la incorporación de este seguro sí modifica el carácter del IMSS como institución de seguridad social, y el resultado es un sistema relativo al empleo extendido socialmente. Así, aunque la reforma no implicó la creación de un sistema de seguridad social universal, sí amplió la solidaridad y equidad del dispositivo, ya no sólo al interior de la población económicamente activa y los diferentes subgrupos que la conforman, sino entre los trabajadores y los grupos marginados.

### ***Modificaciones operativas y administrativas***

La ampliación de la cobertura y de los beneficios tuvo una contraparte operativa y administrativa igualmente importante. Se definieron procedimientos para la actualización periódica de las pensiones y se modificaron los criterios que regulan la integración de los grupos de cotización, las cuotas y las prestaciones. Ambos respondieron a la necesidad de dar un carácter dinámico al Seguro Social en dos de sus funciones básicas: el financiamiento y las prestaciones en dinero. Además, se redefinieron los esquemas de contribución, lo que en términos prácticos significó una redistribución de los costos de la seguridad social entre los participantes. Pero no fueron los únicos cambios, también se modificaron los esquemas para el manejo e inversión de reservas, así como los mecanismos de protección para los trabajadores que perciben el salario mínimo, o que tienen varios trabajos, o ante los casos de ausencia de los trabajadores. En cada caso, los cambios buscaron aumentar la solidez del Seguro Social y de las prestaciones que garantizan el nivel de vida de los trabajadores.

1. *Carácter dinámico del Seguro Social.* Desde la Ley del 43, el salario fue el indicador para determinar el monto de las cuotas, las prestaciones en dinero y el reconocimiento de derechos, de ahí la importancia de mantener un equilibrio constante en la relación *salario-financiamiento-prestaciones*. Con la reforma, no sólo se eliminaron los grupos salariales inoperantes por el desplazamiento inflacionario –del “A” al “J”, correspondientes a los salarios menores de \$30.00 diarios–, sino que se creó el grupo “W”; un grupo cuyo límite inferior fue de \$280.00 diarios, pero con un tope móvil, indexado en el Salario Mínimo General del DF y fijado en 10 veces esta cantidad. De esta forma, por primera vez el financiamiento y las prestaciones adquirieron un carácter dinámico, acorde con la movilidad de los salarios. Operativamente, esta modificación tuvo dos implicaciones importantes. Primero, diferenció los procedimientos para fijar cuotas y prestaciones de acuerdo con el grupo de cotización; esto es, mientras que para el grupo “W” se hacía en base a porcentajes sobre el salario registrado, para el resto de los grupos era a partir de cantidades fijas, comúnmente sobre el salario promedio del grupo de cotización.

Segundo, reforzó el efecto progresivo de las prestaciones, sobre todo en los primeros años<sup>16</sup>. Por otro lado, también es cierto que una vez otorgadas las prestaciones en dinero, y en especial las pensiones permanentes, sus montos ya no registraban la movilidad salarial del mercado, por lo que eran presa fácil de los aumentos en el nivel de precios y en términos reales, decrecían al mismo ritmo que la inflación. Para contrarrestar esta situación, se incrementó el límite inferior de las pensiones –aunque sólo fue aplicable para las pensiones de invalidez, vejez y cesantía– y sobre todo, se definió un procedimiento para la revisión y actualización periódica de los montos. En este sentido, las pensiones permanentes otorgadas por los seguros de “riesgos de trabajo” y de IVCM se revisarían cada 5 años incrementándose de dos formas: si la cuantía era menor o igual que el Salario Mínimo General del DF, se incrementarían en 10%; si era mayor, en 5%. También en ambos seguros, las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes, se incrementarían en proporción a la pensión originaria correspondiente. De esta forma, la ley estableció un doble mecanismo para mantener el equilibrio en la relación *salario–financiamiento–prestaciones* y al mismo tiempo evitar, o reducir, el desgaste de las prestaciones que sustituyen el salario.

2. *Redistribución de los costos.* Aunque en términos generales la reforma implicó la modificación de los esquemas de aportaciones para cada seguro, esto sólo significó una redistribución de costos en los seguros de “enfermedades y maternidad” e IVCM. En el caso del seguro de “riesgos de trabajo”, donde se ajustaron las cuotas y los procedimientos para definirlos, así como el de “guarderías” que agregó un 1% sobre nómina, el financiamiento íntegro de los servicios, prestaciones y administración continuó a cargo de los patrones de manera exclusiva. Es decir, aumentó la carga sobre los salarios registrados, pero no la distribución de ella entre los participantes: una consecuencia del doble sistema de aseguramiento derivado de la Ley Federal del Trabajo. En los seguros de “enfermedades y maternidad” e IVCM, en cambio, se presentaron ambos efectos. Por un lado, la demanda de servicios y el saldo financiero del seguro de “enfermedades y maternidad”, precisó el aumento de las aportaciones para equilibrar los costos, que en total pasaron de 6 a 9%. Por otro, con la reforma se redistribuyeron las cargas sobre los participantes: disminuyó la participación gubernamental, aumentó la patronal y se mantuvo la de los trabajadores. En 1943, la ley estableció el mismo esquema de aportaciones para los seguros de “enfermedades y maternidad” e IVCM. Las cuotas asignadas a los patrones, trabajadores y gobierno fueron 3, 1.5 y 1.5%, respectivamente; 6% en total sobre los salarios.

---

<sup>16</sup> Como se explica más adelante, el hecho de que los grupos inferiores al “W” no se hayan indexado al salario mínimo, implicó que con el paso del tiempo, y como consecuencia directa de la inflación, se hayan vuelto inoperantes. A final de cuentas, la gran mayoría de los asegurados terminaron cotizando en un mismo grupo salarial, lo que diluyó el carácter progresivo del esquema.

Bajo este esquema, los patrones aportaban el 50% de los recursos, mientras que los trabajadores y el gobierno cubrían 25% cada uno. Con la reforma, además de modificar la aportación total de cada seguro, se redistribuyó la participación sectorial. Para el seguro de “enfermedades y maternidad”, la aportación total se elevó al 9% sobre los salarios; de ella, la cuota asignada a los patrones fue de 5.625%, 2.25% a los trabajadores y 1.125% al gobierno. Mientras que para el seguro de IVCM, que mantuvo la aportación total en 3%, la cuota a cargo de los patrones fue 3.75%, 1.5% a los trabajadores y 0.75% al gobierno. Así, en ambos seguros, el total de las contribuciones de los patrones pasó del 50 al 62.5%, y los del gobierno del 25 al 12.5%; las de los trabajadores se mantuvieron iguales. De esta forma, mientras las contribuciones del gobierno se redujeron a la mitad, las de los patrones absorbieron esa reducción. El efecto neto, fue la *trasferencia de los compromisos del estado en el financiamiento de la Seguridad Social sobre los patrones*. Es decir, si las cuotas además indican la responsabilidad de los sectores para el sostenimiento del sistema, la reforma redujo la responsabilidad del gobierno e incrementó la de los patrones. Si a esto agregamos la presencia de un nuevo seguro de servicios sociales, financiado en parte con recursos del IVCM, la reforma amplió la redistribución del ingreso entre grupos sociales, beneficiando especialmente a los sectores marginados y con cargo a las unidades productivas: el perfeccionamiento del IMSS como vehículo de redistribución de la riqueza y ampliación de la solidaridad social, ya no limitada a los trabajadores y grupos incorporados.

3. *Inversión de reservas*. En el caso de los criterios para la inversión de reservas, la ley estableció un tope del 85% para la adquisición, construcción o financiamiento de hospitales, sanatorios, clínicas, guarderías, almacenes, farmacias, laboratorios, centros de convalecencia, centros de seguridad social y demás inmuebles relacionados con los servicios que presta, como instalaciones deportivas. Hasta 10% en bonos o títulos, preferentemente gubernamentales y el resto en préstamos hipotecarios. De esta forma, el manejo de recursos se reserva a las actividades propias del Instituto y elimina el uso de recursos en beneficio de otros sectores; en el caso de la ley anterior, vía participación en la construcción de colonias obreras. Esta ley, al igual que la del 43, sólo obligó la contabilidad por separado del seguro de “riesgos de trabajo”. Los recursos del resto del sistema se podían manejar en un fondo común, de tipo *pool*, de donde se cubrían prestaciones, ampliación de la infraestructura y costos burocráticos.
4. Finalmente, la ley ratificó la protección sobre el salario mínimo, eximiendo del pago a los trabajadores que lo percibieran y obligando a los patrones a cubrir íntegramente las cuotas



obrero-patronales. En este caso, la protección se aplicaba hasta el límite donde el salario neto, reducido de las cuotas e impuestos aplicados, es superior al mínimo. También se precisaron algunos casos que en la ley anterior generaron controversias e inconformidades, como fue el de los trabajadores con varios patrones. A este respecto, la ley dispuso la cotización separada, pero al momento de reclamar prestaciones en dinero, el monto asignado se fijaría en función del salario total.

## **Hacia un modelo universal**

A manera de resumen, la reforma del 73 consolidó al IMSS como principal institución de Seguridad Social en el país<sup>17</sup>. Estructuralmente, los servicios se organizaron en tres áreas: el Régimen Obligatorio con los seguros de “riesgos de trabajo”, “enfermedades y maternidad”, “IVCM y “guarderías”; el Régimen Voluntario respectivo a los seguros “facultativos”, para extender las prestaciones en especie del seguro de “enfermedades y maternidad” a personas no protegidas por la ley, y los “adicionales”, para los casos en que las prestaciones de los contratos colectivos de trabajo fueran mayores a las otorgadas por el seguro; y los Servicios Sociales que incluyeron las “prestaciones sociales” y los “servicios de solidaridad social”. En términos de cobertura, la reforma amplió los beneficios del Régimen Obligatorio sobre una base social más extensa; ya no sólo limitada a los trabajadores asalariados, urbanos y rurales, sino a una gran gama de trabajadores y empleos. Los beneficios, de igual manera, no sólo modificaron las prestaciones originales para mejorar la protección de los derechohabientes, sino que incluyeron servicios preventivos de carácter colectivo; y en el caso de las pensiones, adoptaron esquemas progresivos para la integración de los montos. Paralelamente, se redujo la responsabilidad gubernamental en el financiamiento del Seguro Social, y se transfirió a los patrones. Pero sobre todo, el rasgo especial de la reforma fue la inclusión de los “servicios sociales”; un ramo especial para extender la protección del sistema a los grupos marginados, financiado con recursos del IMSS y del gobierno federal, y que concretó la posibilidad de tránsito de un sistema relativo al empleo, a un sistema de seguridad social universal.

---

<sup>17</sup> El término “reforma”, como se emplea en este capítulo, hace referencia exclusiva al cambio de ley del IMSS: la abrogación de la ley del 43 y la entrada en vigor de la Ley del Seguro Social de 1973. Ya que en estricto sentido, los cambios realizados no modificaron el modelo ni la racionalidad del sistema: lo ampliaron. En este sentido, la reforma de la ley concreta la ampliación del sistema. En cambio, en el siguiente capítulo, el término “reforma” no sólo hará referencia al cambio de ley, también al modelo de seguridad social: una reforma completa del sistema.

Funcionalmente, la relación *riesgos-grupo objetivo-servicios-financiamiento* se resolvió de 3 formas distintas, atendiendo a 3 esquemas de protección. Primero, los riesgos derivados del trabajo y el desempeño profesional que atentan contra la capacidad productiva y consecuentemente, se pueden traducir en la pérdida del salario. En este caso, los grupos protegidos fueron los trabajadores asalariados, urbanos y rurales, así como una gran variedad de empleos y empleados: eventuales, domésticos, pequeños propietarios, comuneros, ejidatarios e inclusive, patrones que fueran personas físicas. Los esquemas de prestaciones se construyeron de tal forma que reemplazaran el salario perdido, restituyeran la capacidad de trabajar y proporcionaran los servicios médicos y de rehabilitación requeridos. El financiamiento, por responsabilidades derivadas de la Ley Federal del trabajo, quedó a cargo de los patrones exclusivamente. Un caso especial en este esquema de protección es el seguro de "guarderías"; ya que, salvo por el tipo de riesgo, opera en una relación funcional similar. Por un lado, representa una situación que disminuye la posibilidad de trabajar; por otro, la protección es exclusiva a las madres trabajadoras y el financiamiento, también por disposiciones de la Ley laboral, está a cargo de los patrones, íntegra y exclusivamente. Segundo, un grupo de riesgos más generales cuya realización significa, para los trabajadores, la imposibilidad de atender el empleo y percibir un salario; y para los familiares, la pérdida de facultades. En este caso, los riesgos cubiertos incluyeron a las enfermedades y accidentes no profesionales, la invalidez y los derivados de la edad como la vejez, la cesantía del trabajo y la muerte. Los grupos protegidos ya no sólo fueron los trabajadores, incluyendo fórmulas específicas para la incorporación voluntaria y la continuación en caso de terminar la relación laboral, sino que se extendieron a los familiares, a los pensionados y a grupos especiales (estudiantes, por ejemplo). Los servicios, en el caso de los asegurados, consideraron mecanismos para la sustitución del salario y la rehabilitación en el empleo, restituyendo la capacidad física perdida; en los otros casos, las prestaciones se limitaron a los esquemas de atención médica y las pensiones que otorgaban a la muerte del asegurado. Estructuralmente, estos riesgos se agruparon en dos ramos del Régimen Obligatorio: "enfermedades y maternidad" e IVCN. El financiamiento, se hizo a partir de esquemas de contribuciones tripartitas de trabajadores, patrones y gobierno, calculadas con base en el salario de los trabajadores. Y tercero, los rezagos en la salud y nivel de vida de diversas comunidades del país. Los beneficiarios, son todos aquellos grupos marginados que el Ejecutivo designara, y los beneficios, una amplia variedad de prestaciones que incluyó formas de atención médica directa, así como la construcción de infraestructura expedita y diversos servicios sociales para elevar el nivel de vida. El financiamiento correspondió al propio IMSS, en el 40% y con cargo a las reservas de IVCN; y al gobierno federal en 60%. Aunque este seguro no se apega al modelo de protección de riesgos, debido a que la marginación no es un riesgo sino una condición social, su

inclusión en el Seguro Social inicia el cambio hacia un esquema de seguridad social universal: objetivo final de la reforma.

Frente a esto, el sistema también presentó una serie de límites que es necesario destacar. En primer lugar, las presiones financieras sobre las reservas de los seguros de "enfermedades y maternidad" e IVCM. Por un lado, derivadas de la utilización de estos recursos en la construcción de infraestructura, y aunque ciertamente es una forma de inversión, no es recuperable. Por otro lado, el financiamiento de los servicios sociales con los mismos recursos. En ambos casos, el problema radica en que los recursos para financiar esas actividades tienen una naturaleza distinta, derivada de la prestación de servicios y la atención de demandas concretas de los asegurados: inmediatas y a largo plazo. La mezcla, a final de cuentas, rompe el equilibrio y atenta contra la estabilidad del sistema; como ocurrió. En segundo lugar, el carácter discrecional de los servicios sociales, que en el extremo, hacen del seguro social y de sus servicios un instrumento más de política, al servicio del gobierno en turno. Los programas permanentes y a largo plazo, en el mejor de los casos, están supeditados a las prioridades y evaluaciones del gobierno. Y en tercer lugar, aunque la reforma estableció como objetivo el aseguramiento íntegro de la Población Económicamente Activa, el capital humano del país, las formas de afiliación se limitaron a la incorporación gradual de los trabajadores del sector formal de la economía: los que pertenecen o pertenecieron al mercado laboral. Estos tres casos, además de los derivados de la operación del Instituto que se abordarán en la siguiente sección, marcaron los límites de aplicación y funcionamiento del Seguro Social.

## DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

A diferencia del periodo de formación, cuando el IMSS se consolidó como la principal institución de Seguridad Social y se sentaron las bases para la transición hacia un sistema universal<sup>18</sup>, la evolución del Instituto después de la reforma estuvo marcada por tres procesos diferenciados: la aparición de límites institucionales para el crecimiento de la cobertura, los servicios y la población protegida; el surgimiento de problemas operativos y funcionales que impactaron de manera permanente la capacidad de respuesta del Instituto; y las repercusiones de los cambios demográficos, sociales y económicos. Después de 1973, estos fueron los vértices que determinaron el desarrollo del IMSS, así como las modificaciones y adecuaciones del sistema.

---

<sup>18</sup> Spalding, op. cit., pág. 256.

Para analizar con detenimiento estos procesos y desentrañar los aspectos que configuraron la crisis del Instituto y plantearon la necesidad de un cambio en el modelo de seguridad social, dividimos el desempeño institucional en tres partes. En la primera se abordan la extensión de los servicios del IMSS, el crecimiento de la población protegida y los recursos del sistema. En la segunda, se analizan los diferentes problemas, límites y contradicciones que enfrentó el Instituto, en muchas ocasiones generados por sus mismas prácticas y procedimientos; las más importantes: la descapitalización por la inversión de reservas en infraestructura y las disparidades entre los esquemas de beneficios y de aportaciones, así como la vulnerabilidad de las prestaciones con el paso del tiempo y el desgaste de los servicios. Y en la tercera, se revisan los procesos externos al instituto que modificaron las condiciones de operación; es decir, la transición demográfica y el aumento de la esperanza de vida, así como la inflación, los cambios en la economía y en el mercado laboral.

### **Población derechohabiente y servicios**

Los beneficiarios del Seguro Social se dividen en dos grupos: los derechohabientes del régimen obligatorio, incluyendo las formas especiales de incorporación, y los grupos protegidos mediante los servicios sociales, los "solidariohabientes". En cada caso, el sistema también diferencia los servicios, las prestaciones y los recursos destinados para la atención de cada población, evidenciando así el carácter dual del sistema.

La población derechohabiente se integra con los asegurados directos, los pensionados y los familiares respectivos en cada caso, además de otros grupos cubiertos, como los estudiantes de ciertas instituciones gubernamentales (UNAM, por ejemplo). Hasta 1997, el total de derechohabientes del Seguro Social fue de casi 40 millones de personas<sup>19</sup>, el 42% de la población del país<sup>20</sup>. Un avance considerable, si tomamos en cuenta que en 1944, durante el primer año de funciones, los beneficiarios apenas fueron el 1.62% de la población nacional (o el 25.79% en 1973, cuando se reformó la Ley). Pero si comparamos este porcentaje con el alcanzado en 1990, de 46.20%, la mayor cobertura relativa en la historia del Instituto hasta el momento, observamos el

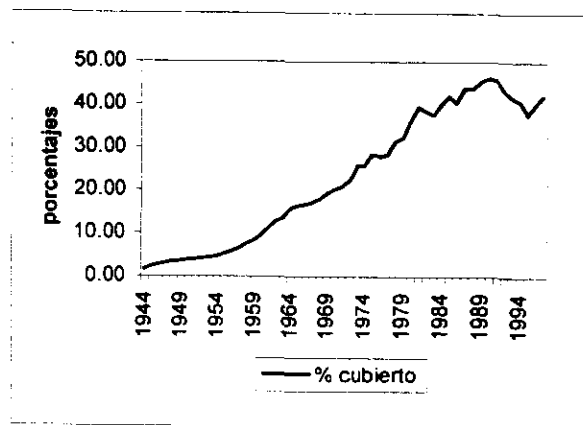
---

<sup>19</sup> 39 millones 85 mil personas, según el 4o. Informe de gobierno de Ernesto Zedillo.

<sup>20</sup> Aunque el IMSS sólo protege de manera directa al 42% de la población del país, el porcentaje total de beneficiarios de la seguridad social incluyendo los afiliados al ISSSTE, ISSSFAM y Pemex, es de casi 56%. Si a esto agregamos los programas asistenciales para los grupos no asegurados y los seguros privados, más del 70% de la población en México tiene a los servicios de salud. Esto, sin embargo, no significa que los servicios sean buenos ni que el acceso, por sí mismo, eleve los niveles de salud en el país. Para una lectura más detallada puede consultarse el texto de Funsalud, páginas 160 y siguientes.

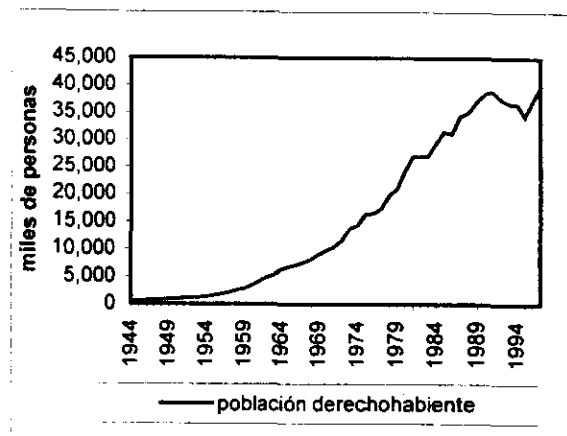
retroceso que ha experimentado la población derechohabiente del IMSS respecto de la población total del país (*gráfica 2.1*). Estos son los extremos que han marcado el crecimiento de la población protegida: aunque en términos generales ha crecido a ritmos superiores a la población nacional –de 1943 a 1997 las tasas de crecimiento promedio fueron de 2.80% para la población en general y de 9.63% para los derechohabientes, *cuadro 2.3.*–, los últimos 20 años han mostrado una marcada desaceleración en el crecimiento, e inclusive, la disminución relativa y absoluta de la población protegida (*gráfica 2.2*).

**Gráfica 2.1**  
**COBERTURA RELATIVA DEL IMSS**  
**RESPECTO DE LA POBLACIÓN TOTAL**



Fuente: elaboración propia con información del IMSS

**Gráfica 2.2**  
**POBLACIÓN DERECHOHABIENTE**



Fuente: elaboración propia con información del IMSS

Una revisión detallada del crecimiento de la población derechohabiente arroja las siguientes características:

1. *Patrones de crecimiento.* En términos generales, la evolución de la población protegida por el IMSS muestra dos patrones de crecimiento claramente diferenciados. El primero, de 1943 a 1980, se caracterizó por el incremento sostenido de los derechohabientes: asegurados, pensionados y los familiares respectivos. Durante este periodo, la tasa promedio de crecimiento fue de 13.33% anual. Esto como resultado del avance social y geográfico del propio Instituto para afiliar trabajadores y crear una red de infraestructura propia; incluyendo las modificaciones y reformas de la Ley que permitieron el uso de las reservas con esos fines y la diversificación de los tipos de empleo cubiertos. Pero también, la rápida expansión social del IMSS fue posible gracias a la estabilidad de la economía nacional, en especial a los periodos de alto crecimiento en los años 70<sup>21</sup>, así como a la estructura demográfica del país que retrasó las cargas financieras de los jubilados por varias décadas<sup>22</sup>. El segundo periodo, por el contrario, se ha caracterizado por el lento crecimiento e incluso el estancamiento de la población derechohabiente. De 1980 a 1997, la tasa promedio de crecimiento fue de 2.31% anual, destacando el -0.47% promedio anual entre 1990 y 1997. Pero las diferencias no terminan ahí. A diferencia del primer periodo, cuando el IMSS tenía el campo abierto para la incorporación de trabajadores y ante el número de derechohabientes potenciales el impacto de factores externos, como el desarrollo de la economía, fue secundario, después de 1982, y ya sin posibilidad de ampliar los tipos de empleo cubiertos, la estabilidad de la economía nacional ha influido el crecimiento de los derechohabientes de manera determinante, sobre todo en los periodos de crisis. De hecho, es en este periodo cuando la relación *desempleo-asegurados permanentes* adquiere certidumbre en términos de indicadores de coyuntura. En el *cuadro 2.3* se ve como las recesiones de 1982, 1985 y de 1992 a 1995, se tradujeron de manera directa en una disminución de la población derechohabiente; y también, como los periodos de crecimiento no han logrado revertir las secuelas: en 1997, después de dos años de crecimiento no negativo en la economía, la cobertura relativa del IMSS es comparable a la alcanzada en 1986. De esta forma, los patrones de crecimiento no sólo están diferenciados por las tasas y los ritmos de crecimiento, sino por las condiciones de expansión y los procesos externos al Instituto que determinan esas tasas.

---

<sup>21</sup> Cárdenas E., "La Política Económica en México, 1950-1994", CFE, 1996, pág. 95 y siguientes.

<sup>22</sup> Los primeros casos se presentaron de manera significativa hasta finales de los años 70. "Gobernar la Vejez", Gobernabilidad no. 2, Centro de Estudios de la Gobernabilidad. A.C., 1993.

**Cuadro 2.3**  
**CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE**  
**(miles de personas)**

Año	POBLACIÓN DERECHOHABIENTE				POBLACIÓN NACIONAL				% de la población nacional protegida
	total	índice de crecimiento	tasas de crecimiento	tasa promedio x década	total	índice de crecimiento	Tasas de crecimiento	tasa promedio x décadas	
1944	356	100.00	50.00	19.04	21,910	100.00	2.95	2.76	1.62
1945	534	150.00	18.16		22,557	102.95	2.87		2.37
1946	631	177.25	18.54		23,204	105.90	2.79		2.72
1947	748	210.11	11.50		23,851	108.86	2.71		3.14
1948	834	234.27	7.31		24,497	111.81	2.64		3.40
1949	895	251.40	8.72		25,144	114.76	2.57		3.56
1950	973	273.31	7.81	13.28	25,791	117.71	3.54	3.08	3.77
1951	1,049	294.66	10.10		26,704	121.88	3.42		3.93
1952	1,155	324.44	8.05		27,617	126.05	3.31		4.18
1953	1,248	350.56	8.01		28,531	130.22	3.20		4.37
1954	1,348	378.65	16.91		29,444	134.39	3.10		4.58
1955	1,576	442.70	15.10		30,357	138.55	3.01		5.19
1956	1,814	509.55	15.60		31,270	142.72	2.92		5.80
1957	2,097	589.04	19.89		32,183	146.89	2.84		6.52
1958	2,514	706.18	12.21		33,097	151.06	2.76		7.60
1959	2,821	792.42	19.11		34,010	155.23	2.69		8.29
1960	3,360	943.82	20.95	11.42	34,923	159.39	3.81	3.28	9.62
1961	4,064	1141.57	17.52		36,253	165.46	3.67		11.21
1962	4,776	1341.57	8.88		37,583	171.54	3.54		12.71
1963	5,200	1460.67	22.06		38,914	177.61	3.42		13.36
1964	6,347	1782.87	7.39		40,244	183.68	3.31		15.77
1965	6,816	1914.61	5.27		41,574	189.75	3.20		16.39
1966	7,175	2015.45	6.08		42,904	195.82	3.10		16.72
1967	7,611	2137.92	7.55		44,234	201.89	3.01		17.21
1968	8,186	2299.44	10.87		45,565	207.96	2.92		17.97
1969	9,076	2549.44	7.68		46,895	214.03	2.84		19.35
1970	9,773	2745.22	6.72	9.61	48,225	220.10	3.86	3.32	20.27
1971	10,430	2929.78	11.14		50,087	228.60	3.72		20.82
1972	11,592	3256.18	19.71		51,949	237.10	3.58		22.31
1973	13,877	3898.03	3.09		53,812	245.60	3.46		25.79
1974	14,306	4018.54	14.20		55,674	254.10	3.34		25.70
1975	16,338	4589.33	1.31		57,536	262.60	3.24		28.40
1976	16,552	4649.44	4.99		59,398	271.10	3.14		27.87
1977	17,378	4881.46	13.87		61,260	279.60	3.04		28.37
1978	19,789	5558.71	6.06		63,123	288.10	2.95		31.35
1979	20,988	5895.51	14.95		64,985	296.60	2.87		32.30
1980	24,125	6776.69	11.57	4.90	66,847	305.10	2.49	2.25	36.09
1981	26,916	7560.67	-0.12		68,511	312.69	2.43		39.29
1982	26,885	7551.97	0.34		70,175	320.29	2.37		38.31
1983	26,977	7577.81	8.94		71,839	327.88	2.32		37.55
1984	29,388	8255.06	7.29		73,503	335.48	2.26		39.98
1985	31,529	8856.46	-1.48		75,168	343.07	2.21		41.94
1986	31,062	8725.28	10.54		76,832	350.67	2.17		40.43
1987	34,336	9644.94	2.13		78,496	358.26	2.12		43.74
1988	35,066	9850.00	6.12		80,160	365.86	2.08		43.75
1989	37,213	10453.09	3.66		81,824	373.45	2.03		45.48
1990	38,575	10835.67	0.98	-0.47	83,488	381.05	1.97	1.85	46.20
1991	38,953	10941.85	-3.82		85,134	388.56	1.93		45.75
1992	37,465	10523.88	-1.94		86,774	396.05	1.87		43.18
1993	36,737	10319.38	-0.50		88,401	403.47	1.82		41.56
1994	36,554	10267.98	-6.10		90,011	410.82	1.27		40.61
1995	34,324	9641.57	8.56		91,158	416.06	2.22		37.65
1996	37,261	10466.57	6.83		93,182	425.29	1.66		39.99
1997	39,805	11181.18			94,732	432.37			42.02

Fuente: elaboración propia con información del IMSS y del 3er. Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo.

2. *Crecimiento diferenciado por grupos.* Si bien, en términos generales, el crecimiento de los derechohabientes desde 1980 ha estado determinado por la evolución de la economía nacional y no por la capacidad de afiliación del Instituto, este fenómeno muestra matices diferentes dependiendo del subgrupo en referencia. Los casos extremos son los asegurados y los pensionados: mientras que los asegurados han registrado las menores tasas anuales de crecimiento, y fluctúan de acuerdo a la evolución de la economía nacional, los pensionados y sus familiares crecen de manera constante, inclusive a un ritmo superior al de la población derechohabiente y al de la población total del país (*cuadro 2.4*). Las consecuencias de estos procesos son, por un lado, la recomposición de la población protegida; por otro, el desajuste del equilibrio entre cotizantes y beneficiarios, lo que repercute en la estabilidad financiera de los esquemas de prestaciones, en dinero y en especie. Un ejemplo que muestra la gravedad de este crecimiento, en el caso de las pensiones, es la relación entre pensionados y asegurados directos: mientras que en 1970 por cada pensionado había 15.92 contribuyentes, en 1997 la relación es exactamente de la mitad, 7.4 contribuyentes por pensionado; lo que sugiere las presiones financieras sobre el sistema de pensiones.

**Cuadro 2.4**  
**CRECIMIENTO DE ASEGURADOS Y PENSIONADOS**  
(miles de personas)

Año	ASEGURADOS				PENSIONADOS				Pensionados x cada 100 asegurados
	Total	Índice de crecimiento	tasas de crecimiento	Tasas promedio x década	Total	Índice de crecimiento	Tasas de crecimiento	Tasas Promedio x década	
1960	1,201	100.00	18.15	10.15	63	100.00	19.05	15.96	5.25
1961	1,419	118.15	12.33		75	119.05	21.33		5.29
1962	1,594	132.72	6.84		91	144.44	10.99		5.71
1963	1,703	141.80	21.55		101	160.32	16.83		5.93
1964	2,070	172.36	6.76		118	187.30	15.25		5.70
1965	2,210	184.01	4.75		136	215.87	16.18		6.15
1966	2,315	192.76	5.70		158	250.79	15.82		6.83
1967	2,447	203.75	7.60		183	290.48	15.85		7.48
1968	2,633	219.23	10.22		212	336.51	10.85		8.05
1969	2,902	241.63	7.55		235	373.02	17.45		8.10
1970	3,121	259.87	3.59	7.49	276	438.10	9.06	10.39	8.84
1971	3,233	269.19	10.76		301	477.78	4.65		9.31
1972	3,581	298.17	8.94		315	500.00	14.29		8.80
1973	3,901	324.81	3.05		360	571.43	4.72		9.23
1974	4,020	334.72	7.11		377	598.41	14.06		9.38
1975	4,306	358.53	0.74		430	682.54	15.12		9.99
1976	4,338	361.20	4.98		495	785.71	13.13		11.41
1977	4,554	379.18	13.24		560	888.89	11.61		12.30
1978	5,157	429.39	6.65		625	992.06	11.20		12.12
1979	5,500	457.95	15.80		695	1103.17	6.04		12.64
1980	6,369	530.31	11.67	5.50	737	1169.84	9.50	11.40	11.57
1981	7,112	592.17	-1.05		807	1280.95	12.39		11.35
1982	7,037	585.93	0.31		907	1439.68	8.16		12.89
1983	7,059	587.76	8.09		981	1557.14	29.87		13.90



1984	7,630	635.30	6.58		1,274	2022.22	12.48		16.70
1985	8,132	677.10	-1.80		1,433	2274.60	7.89		17.62
1986	7,986	664.95	9.65		1,546	2453.97	7.63		19.36
1987	8,757	729.14	1.83		1,664	2641.27	10.34		19.00
1988	8,917	742.46	11.32		1,836	2914.29	6.32		20.59
1989	9,926	826.48	8.44		1,952	3098.41	9.48		19.67
1990	10,764	896.25	5.29	1.78	2,137	3392.06	4.26	5.82	19.85
1991	11,333	943.63	0.32		2,228	3536.51	5.07		19.66
1992	11,369	946.63	-0.46		2,341	3715.87	8.33		20.59
1993	11,317	942.30	2.16		2,536	4025.40	6.23		22.41
1994	11,561	962.61	-5.44		2,694	4276.19	6.12		23.30
1995	10,932	910.24	8.81		2,859	4538.10	4.93		26.15
1996	11,895	990.42	6.95		3,000	4761.90	7.23		25.22
1997	12,722	1059.28			3,217	5106.35			25.29

Fuente: Elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo.

3. *Limites de crecimiento.* Aunque en 1990 el IMSS protegía al 46.20% de la población total del país y al 36.76% de la población ocupada, esto significó la cobertura efectiva de casi el 80% de los trabajadores del sector formal<sup>23</sup>. Si además consideramos que el ISSSTE y los otros dos institutos de seguridad social cubren otro 15% aproximadamente, tenemos que el IMSS está al borde de la máxima cobertura posible. Es decir, el crecimiento de la Seguridad Social, en términos de población beneficiada, está bloqueado bajo un sistema donde el acceso depende de la condición laboral; o lo que es lo mismo, para que en México se pueda incrementar el número de los derechohabientes de la Seguridad Social, y del IMSS en particular, es necesario que la economía cree tantas fuentes de empleo que compensen el crecimiento de la población y un extra que permita la expansión social de los beneficiarios: algo casi imposible, al menos en las condiciones actuales de la economía, que difícilmente ha recuperado los empleos perdidos con la crisis del 94-95. Esta situación, por otro lado, se ve agravada por el envejecimiento de la población: mientras el crecimiento de los asegurados directos depende de la evolución de la economía nacional, el grupo de los pensionados crece de manera constante; lo que en términos demográficos indica que el incremento de los derechohabientes se da por el lado de los trabajadores retirados y no de los activos, lo que aumenta las presiones financieras del sistema. En conclusión, la expansión de la cobertura social en un sistema como este, depende del criterio de acceso. Si este criterio es el empleo en el sector formal, el mismo que ha resultado dañado por las crisis económicas y por el crecimiento del sector informal de la economía, la ampliación de cobertura esta bloqueada institucionalmente, de ahí la importancia de formas alternativas de acceso como el seguro de Servicios Sociales: un mecanismo no derivado de la relación laboral de los beneficiarios (*cuadro 2.5*).

<sup>23</sup> Sales-Serrapy, op. cit., pág. 64.

**Cuadro 2.5**  
**POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL IMSS**  
**(miles de personas)**

Año	Asegurados	Población Derecho- habiente	Población Total del País (PT)	PEA	Población Ocupada (PO)	% cubierto de la población total	% cubierto de la PEA	% cubierto de la Población Ocupada	% PEA / PT	% PO / PT
1944*	118	356	21,910	7,065	7,065	1.62	1.67	1.67	32.25	32.25
1950	321	973	25,791	8,272	8,272	3.77	3.88	3.88	32.07	32.07
1960	1,201	3,360	34,923	11,332	11,332	9.62	10.60	10.60	32.45	32.45
1970	3,121	9,773	48,225	12,955	12,955	20.27	24.09	24.09	26.86	26.86
1980	6,369	24,125	66,847	22,066	21,941	36.09	28.86	29.03	33.01	32.82
1990	10,764	38,575	83,488	30,097	29,284	46.20	35.76	36.76	36.05	35.08
1991	11,333	38,953	85,134	31,765	30,908	45.75	35.68	36.67	37.31	36.30
1992	11,369	37,465	86,774	32,489	31,579	43.18	34.99	36.00	37.44	36.39
1993	11,317	36,737	88,401	33,910	32,758	41.56	33.37	34.55	38.36	37.06
1994	11,561	36,554	90,011	34,288	33,053	40.61	33.72	34.98	38.09	36.72
1995	10,932	34,324	91,158	35,406	33,175	37.65	30.88	32.95	38.84	36.39
1996	11,895	37,261	93,182	36,581	35,226	39.99	32.52	33.77	39.26	37.80
1997	12,722	39,805	94,732	37,795	35,122	42.02	35.52	36.22	39.90	37.08

\* Las cantidades de la población total, PEA y PO, se obtuvieron interpolando. Hasta 1970, las estadísticas de INEGI reportan PEA=PO.  
Fuente: Elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo.

De manera similar al crecimiento de los derechohabientes, la etapa fundamental en la creación de la red de infraestructura del Instituto fue también entre 1943 y 1980. Durante ese periodo, además de haber acumulado cerca del 70% de los recursos con que actualmente cuenta el IMSS (*cuadros 2.6.a, b y c*), se extendió la cobertura en términos territoriales: en 1980, el número de municipios con servicios fue de 1,234, el doble de los de 1973; para 1997, en cambio, apenas se incrementaron en 25% hasta llegar a 1,549. Esta situación, sin embargo, toma su verdadera proporción al compararla con el crecimiento de los derechohabientes, que son, a final de cuentas, los beneficiarios directos de la expansión de los recursos.

1. *Equilibrio entre recursos y beneficiarios.* A nivel nacional, el IMSS no sólo es la principal institución de seguridad social por el alcance social de su cobertura, protegiendo al 75% de los derechohabientes totales del país; también lo es por los recursos con que cuenta y los servicios que presta. En el caso de los recursos, aunque estadísticamente muestra un desfase frente a las unidades médicas con que cuentan los otros institutos de seguridad social, ya que el IMSS tiene el 61% de las unidades de hospitalización y sólo el 47% de las destinadas a la consulta externa;

el equilibrio entre derechohabientes y recursos se restablece con los consultorios y las camas censables con que dispone: 70 y 74% respectivamente. Lo mismo sucede a nivel servicios con las consultas y los servicios de hospitalización, ya que el volumen de la atención prestada por el IMSS representa en cada caso el 75 y el 78% del total de la seguridad social (*cuadro 2.6.d*). Este resultado, sin embargo, puede conducir a una conclusión equivocada: aunque en términos relativos el IMSS cuenta con menos unidades médicas que las otras instituciones de seguridad social, su participación en los recursos y la prestación efectiva de servicios es equiparable a la población que protege; lo que significa que sus unidades médicas tienen mayor capacidad que las del resto de los institutos o que no requiere de un mayor número para proteger a sus derechohabientes. El error aquí, está en suponer que porque cuenta con el 75% de los recursos para atender al 75% de los beneficiarios, en efecto los protege; o más aún si esto presupone un buen servicio de salud. Por el contrario, este resultado indica que los desequilibrios importantes están en otro lado: al interior del IMSS.

**Cuadro 2.6.a**  
**UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS**

Año	Unidades Médicas de Consulta Externa						Unidades Médicas de Hospitalización					
	Población Asegurada			Población Abierta*			Población Asegurada			Población Abierta*		
	IMSS	total	%	IMSS	Total	%	IMSS	total	%	IMSS	total	%
1980	1,024	2,371	43.19	2,107	5,140	40.99	182	296	61.49	41	176	23.30
1981	1,278	2,658	48.08	3,024	5,859	51.61	182	299	60.87	42	180	23.33
1982	1,327	2,812	47.19	3,025	6,821	44.35	188	313	60.06	60	220	27.27
1983	1,346	2,760	48.77	3,034	6,895	44.00	187	317	58.99	72	236	30.51
1984	1,255	2,536	49.49	3,091	7,072	43.71	191	311	61.41	61	205	29.76
1985	1,249	2,705	46.17	3,097	7,467	41.48	186	325	57.23	61	238	25.63
1986	1,230	2,532	48.58	2,404	7,728	31.11	242	363	66.67	50	246	20.33
1987	1,242	2,626	47.30	2,404	8,039	29.90	250	401	62.34	50	254	19.69
1988	1,285	2,814	45.66	2,323	8,485	27.38	253	405	62.47	51	260	19.62
1989	1,310	2,872	45.61	2,666	9,154	29.12	254	411	61.80	52	265	19.62
1990	1,345	2,926	45.97	3,075	9,554	32.19	259	420	61.67	53	294	18.03
1991	1,417	2,988	47.42	3,249	10,009	32.46	262	423	61.94	54	302	17.88
1992	1,457	3,030	48.09	3,316	10,212	32.47	260	423	61.47	54	312	17.31
1993	1,481	3,029	48.89	3,348	10,443	32.06	261	422	61.85	60	329	18.24
1994	1,482	3,067	48.32	3,434	10,802	31.79	265	433	61.20	59	342	17.25
1995	1,482	3,087	48.01	3,441	11,291	30.48	266	440	60.45	65	355	18.31
1996	1,496	3,157	47.39	3,539	11,701	30.25	256	433	59.12	68	362	18.78
1997	1,496	3,208	46.63	3,539	11,770	30.07	256	438	58.45	68	372	18.28
Prom.	1,345	2,843	47.26	3,006	8,802	35.30	233	382	61.08	57	275	21.28

\* incluye los servicios correspondientes a los programas de Solidaridad Social e IMSS-Solidaridad.

Fuente: Elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo.

**Cuadro 2.6.b**  
**RECURSOS MATERIALES DEL IMSS**

Año	Consultorios						Camas Censables					
	Población Asegurada			Población Abierta*			Población Asegurada			Población Abierta*		
	IMSS	total	%	IMSS	Total	%	IMSS	total	%	IMSS	total	%
1980	8,720	11,693	74.57	2,596	8,042	32.28	27,558	36,110	76.32	969	23,522	4.12
1981	9,652	12,825	75.26	3,400	11,994	28.35	28,030	36,722	76.33	1,013	15,949	6.35
1982	10,166	13,293	76.48	3,585	11,893	30.14	29,433	28,512	103.23	1,181	20,554	5.75
1983	10,194	13,584	75.04	3,534	11,919	29.65	29,546	38,823	76.10	1,213	21,155	5.73
1984	10,234	13,908	73.58	3,624	12,290	29.49	29,586	39,616	74.68	1,261	20,401	6.18
1985	10,024	13,631	73.54	3,643	13,795	26.41	26,828	36,968	72.57	1,262	22,282	5.66
1986	10,413	14,527	71.68	2,849	14,200	20.06	26,861	36,682	73.23	1,194	23,010	5.19
1987	10,638	15,095	70.47	2,800	15,756	17.77	26,657	36,673	72.69	1,085	22,942	4.73
1988	11,194	16,001	69.96	2,757	15,373	17.93	26,177	36,535	71.65	1,305	23,017	5.67
1989	11,431	16,554	69.05	3,105	16,480	18.84	26,604	37,001	71.90	1,338	24,250	5.52
1990	11,776	17,157	68.64	3,579	17,567	20.37	27,428	38,050	72.08	1,536	25,072	6.13
1991	12,164	17,606	69.09	3,764	18,456	20.39	27,681	38,466	71.96	1,583	26,687	5.93
1992	12,829	18,536	69.21	3,831	18,713	20.47	27,603	39,181	70.45	1,576	27,239	5.79
1993	12,940	19,139	67.61	3,904	19,535	19.98	28,142	39,262	71.68	1,689	26,691	6.33
1994	13,156	20,492	64.20	3,994	20,407	19.57	28,491	40,142	70.98	1,758	27,029	6.50
1995	13,204	20,329	64.95	4,054	21,559	18.80	28,294	40,055	70.64	1,723	28,700	6.00
1996	13,233	20,221	65.44	4,182	22,503	18.58	28,230	40,347	69.97	1,831	27,650	6.62
1997	13,315	20,447	65.12	4,182	22,634	18.48	28,230	40,442	69.80	1,831	27,727	6.60
Prom	11,405	16,391	70.22	3,521	16,284	22.64	27,854	37,754	74.24	1,408	24,104	5.82

\* incluye los servicios correspondientes a los programas de Solidaridad Social e IMSS-Solidaridad.

Fuente: Elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo.

**Cuadro 2.6.c**  
**RECURSOS HUMANOS DEL IMSS**

Año	Médicos						Enfermeras					
	Población Asegurada			Población Abierta*			Población Asegurada			Población Abierta*		
	IMSS	total	%	IMSS	Total	%	IMSS	total	%	IMSS	total	%
1980	27,482	38,225	71.90	1,070	22,859	4.68	41,151	52,245	78.77	1,202	26,280	4.57
1981	30,750	42,310	72.68	3,040	21,122	14.39	44,579	57,267	77.84	501	20,897	2.40
1982	31,118	43,937	70.82	2,631	21,283	12.36	45,280	60,000	75.47	654	23,555	2.78
1983	33,872	46,792	72.39	1,871	21,252	8.80	48,712	63,765	76.39	1,535	24,610	6.24
1984	29,829	44,182	67.51	2,144	22,776	9.41	50,672	68,029	74.49	1,857	29,239	6.35
1985	31,778	46,095	68.94	1,665	24,588	6.77	54,881	72,475	75.72	1,435	34,336	4.18
1986	32,262	47,907	67.34	1,666	26,513	6.28	54,884	72,449	75.76	1,040	37,408	2.78
1987	33,914	49,915	67.94	2,902	27,763	10.45	57,099	76,282	74.85	3,970	41,726	9.51
1988	42,331	60,115	70.42	2,998	29,015	10.33	59,601	80,470	74.07	4,268	43,449	9.82
1989	36,946	54,704	67.54	2,865	29,864	9.59	61,087	82,668	73.89	4,407	44,432	9.92
1990	39,772	57,790	68.82	3,703	32,052	11.55	63,189	85,351	74.03	5,139	45,269	11.35
1991	43,271	62,134	69.64	4,253	34,470	12.34	66,342	88,638	74.85	5,660	50,682	11.17
1992	43,827	62,608	70.00	4,615	36,590	12.61	67,490	90,615	74.48	6,026	52,567	11.46
1993	44,111	63,697	69.25	4,825	38,428	12.56	69,223	92,727	74.65	6,092	54,075	11.27
1994	46,151	66,120	69.80	5,179	40,826	12.69	72,217	100,894	71.58	6,419	56,131	11.44
1995	47,420	67,674	70.07	5,385	44,345	12.14	72,787	97,749	74.46	6,726	60,146	11.18
1996	47,813	68,444	69.86	5,434	45,664	11.90	73,629	98,850	74.49	6,728	61,068	11.02
1997	47,218	68,541	68.89	5,436	47,506	11.44	73,259	99,335	73.75	6,692	61,968	10.80
Prom	38,326	55,066	69.66	3,427	31,495	10.57	59,782	79,989	74.97	3,908	42,658	8.24

\* incluye los servicios correspondientes a los programas de Solidaridad Social e IMSS-Solidaridad.

Fuente: Elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo.

**Cuadro 2.6.d**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL IMSS**  
(miles)

Año	Consulta externa /1						Servicios de Hospitalización /2					
	Población Asegurada			Población Abierta*			Población Asegurada			Población Abierta*		
	IMSS	total	%	IMSS	total	%	IMSS	total	%	IMSS	total	%
1982	59,834	79,662	75.11	7,058	25,346	27.84	1,727	2,098	82.32	79	593	13.32
1983	66,489	88,887	74.80	7,800	27,502	28.36	1,899	2,304	82.42	106	809	13.10
1984	71,406	95,818	74.52	7,893	26,380	29.92	1,948	2,382	81.78	119	626	19.01
1985	71,687	95,230	75.28	7,684	28,532	26.93	1,894	2,317	81.74	132	697	18.94
1986	71,579	95,503	74.95	5,645	31,042	18.18	1,765	2,200	80.23	101	744	13.58
1987	74,707	100,467	74.36	5,700	35,571	16.02	1,742	2,196	79.35	109	862	12.67
1988	76,088	102,554	74.19	5,300	38,006	13.95	1,698	2,147	79.07	107	872	12.30
1989	75,565	101,304	74.59	4,704	40,735	11.55	1,726	2,176	79.32	109	928	11.73
1990	78,694	102,898	76.48	5,174	42,021	12.31	1,798	2,254	79.74	115	1,035	11.11
1991	79,114	103,462	76.47	6,141	44,328	13.85	1,831	2,315	79.08	123	1,073	11.43
1992	80,990	106,624	75.96	6,980	44,808	15.58	1,844	2,338	78.86	141	1,179	11.96
1993	86,157	111,851	77.03	7,737	48,855	15.84	1,872	2,347	79.77	155	1,262	12.31
1994	90,746	116,774	93.72	8,455	50,483	16.75	1,930	2,414	79.95	173	1,307	13.24
1995	96,831	125,129	97.08	9,699	55,840	17.37	1,907	2,404	79.33	197	1,410	13.97
1996	99,745	131,901	75.62	10,881	58,033	18.75	1,879	2,398	78.36	220	1,443	15.25
1997	104,050	137,913	75.45	11,679	60,617	19.27	1,955	2,493	78.42	237	1,532	15.47
Prom.	80,230	105,999	77.85	7,408	41,131	18.90	1,838	2,299	79.98	139	1,023	13.71

/1 se refiere a la consulta externa general, especializada, de urgencias y odontológicas.

/2 se refiere a los egresos.

\* incluye los servicios correspondientes a los programas de Solidaridad Social e IMSS-Solidaridad.

Fuente: Elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo.

2. *Crecimiento de infraestructura y beneficiarios.* Si bien es cierto que en 1980 el IMSS contaba con el 70% de la infraestructura actual —consultorios, unidades médicas de consulta externa y de hospitalización, ya que el número de camas censables prácticamente no ha aumentado—, esos recursos estaban destinados a la atención de poco más de la mitad de los derechohabientes actuales. Esto es, mientras que entre 1980 y 1997 la población protegida aumentó en más del 65%, con todo y las crisis económicas, la infraestructura creció tan sólo 45% en promedio: una diferencia de 20 puntos porcentuales. Esta situación, impacta de manera directa en la calidad de los servicios, ya que implica el aumento de los tiempos de espera, la saturación de instalaciones y la virtual incapacidad del Instituto para atender satisfactoriamente las demandas de los derechohabientes; como se verá en el siguiente apartado.

A diferencia de los seguros de Régimen Obligatorio, que obedecen a un esquema de aseguramiento relativo al empleo, el seguro de Servicios Sociales opera con una lógica distinta, tanto en la relación funcional como en el acceso, la coordinación y la continuidad del programa.

Formalmente, la Ley del 73 incluyó el ramo de Servicios Sociales como una forma de extender los servicios del IMSS a poblaciones sin capacidad contributiva, generalmente marginadas y de alto riesgo para la salud pública. Así, ese año se creó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, mismo que en 1974 se extendió –por acuerdo presidencial– a la población rural ixtlera e implicó la construcción de 310 Unidades Médicas Rurales, que constituyen el primer nivel de atención del programa, y 7 Hospitales Rurales “S”, que son el segundo nivel de atención. Desde ese momento, los factores que han determinado la evolución del programa han sido muy variados; desde la forma adoptada en la relación con los beneficiarios –solidariohabientes, en este caso–, hasta valor político que el programa represente para el gobierno en turno, baste recordar el programa IMSS–Solidaridad (*cuadro 2.7*). Las principales características de este ramo son:

1. La relación funcional de este ramo, *riesgo–grupo protegido–servicios–financiamiento*, está dominada desde su definición por el gobierno federal; y aunque generalmente los riesgos refieren los bajos niveles de salud de las poblaciones protegidas, igual se ha empleado como un *doble mecanismo para aumentar los niveles de productividad –campesinos y poblaciones agrícolas–* o como forma de acercamiento a comunidades marginadas –indígenas–. De esta manera, la relación *riesgo–grupo protegido*, siempre mediada por los bajos niveles de salud de la población objetivo, se inscribe en una estrategia de gobierno más amplia.
2. Los servicios, a diferencia de los seguros del Régimen Obligatorio, se definen en términos de “contactos” entre la Institución y los solidariohabientes. Esto es, no se trata de brindar un *servicio permanente ni pormenorizado, sino de construir “barreras” para reducir la incidencia de las enfermedades en estas poblaciones y aliviar los padecimientos más comunes*. Por eso, aunque existan 11 millones de beneficiarios potenciales, esto no significa que haya 11 millones de afiliados a los servicios de salud, sino que potencialmente se pueden atender 11 millones de contactos, consultas o asistencias. De esta forma, se trata de programas que proporcionan los servicios esenciales y no atienden a poblaciones fijas sino a individuos con una alta rotación.
3. Finalmente, desde que el acceso a los servicios depende del Ejecutivo Federal, previa nominación de los grupos solidariohabientes, y es el Gobierno Federal quien financia la mayor parte y coparticipa en la dirección del programa, vía intervención de la SSA, el programa brinda amplios márgenes de discrecionalidad a la intervención externa. Esto, en sí mismo, no es malo; lo grave, como ocurre en otras áreas de gobierno, son las discontinuidades a que se ve sometido

el programa: fusiones, procesos de descentralización, así como cambios de nombre, de prioridades y de funciones, que en muchas ocasiones están más ligadas a la coyuntura política que al fortalecimiento del programa.

**Cuadro 2.7**  
**EVOLUCIÓN DEL RAMO DE SERVICIOS SOCIALES**

AÑO	PROGRAMA	RECURSOS Y ALCANCE
1973	Se crea el Programa Nacional de Solidaridad-Social por Cooperación Comunitaria	Dos fuentes de financiamiento: IMSS 40%, Gobierno Federal 60%. El primer año se construyeron 7 Hospitales Rurales "S" y se acondicionaron 310 Unidades Médicas Rurales en las instalaciones de la Conasupo. Para 1976 se contaba con 310 Unidades Médicas Rurales propias y 30 Hospitales Rurales "S" para atender a 3.8 millones de solidariohabitantes en 19 estados.
1979	Programa IMSS-Coplamar. Convenio para proporcionar servicios de salud a 10 millones de solidariohabitantes, en que el IMSS asume la responsabilidad del programa. La Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) fue creada por la Presidencia de la República en 1977 con la participación de 11 dependencias gubernamentales.	El financiamiento del convenio queda a cargo del Gobierno Federal en el 100%. Entre 1979 y 1982 se amplió la red de infraestructura para llegar a 3 025 Unidades Médicas Rurales y 60 Hospitales Rurales "S".
1983	Por decreto presidencial desaparece el organismo Coplamar y se asigna al IMSS la responsabilidad total del programa. Implica la incorporación de las tareas de promoción y el control de las actividades comunitarias. El IMSS crea el Modelo de Atención Integral a la Salud aunque conserva el nombre de IMSS-Coplamar.	
1984	El presidente decreta la descentralización de los servicios de salud. Entre 1985 y 1987 se entrega el programa a las autoridades de 14 estados (Ags., B.C.S., Col., Gto., Jal., N.L., Edo. Mex., Mor., Qro., Q. Roo, Son., Tab., Tlax.)	Para 1988 el programa contaba con 2 323 Unidades Médicas Rurales y 51 Hospitales Rurales "S".
1989	El Gobierno Federal inicia la ampliación de la cobertura del programa con énfasis en las comunidades indígenas.	Construcción de nuevas unidades operadas por el Programa
1990	Se cambia el nombre del programa de IMSS-Coplamar a IMSS-Solidaridad	Entre 1990 y 1996 se amplía la infraestructura del programa hasta acumular 3 540 Unidades Médicas Rurales y 67 Hospitales Rurales "S". Con ellos atiende a 10.9 millones de solidariohabitantes potenciales en 19 estados y tiene presencia directa en 1225 municipios del país.

Fuente: Elaboración propia con información del programa IMSS-Solidaridad, "Origen y evolución de la Solidaridad Social", IMSS, 1997.

### Límites y problemas institucionales

Si los primeros 20 años de operación del IMSS abrieron la posibilidad de ampliar los beneficios del sistema, el desempeño del Instituto de 1973 a 1995 demostró la necesidad de redefinirlo, en especial después de 1980. El crecimiento de los gastos frente a los ingresos, las inconsistencias entre los esquemas de beneficios y aportaciones, los desequilibrios entre cotizantes y beneficiarios, el agotamiento de las reservas y la caída del valor y calidad de las prestaciones, fueron algunos de los factores que pusieron en riesgo la estabilidad del sistema en dos áreas básicas: la financiera y la

cobertura. La primera relacionada con la solidez interna de la institución; la segunda, con la capacidad y eficiencia del IMSS para desempeñar sus funciones.

### *Estabilidad Financiera*

Como en todos los modelos de seguridad social, la estabilidad financiera del IMSS no sólo depende de la relación que guarden los ingresos y los egresos, sino de una gama más amplia de factores que incluyen la administración de los excedentes, la formación de reservas técnicas, las dinámicas de crecimiento de los componentes de ingresos y egresos, así como la relación entre aportaciones y beneficios. En el caso del Seguro Social, seis factores potenciaron la crisis financiera del Instituto:

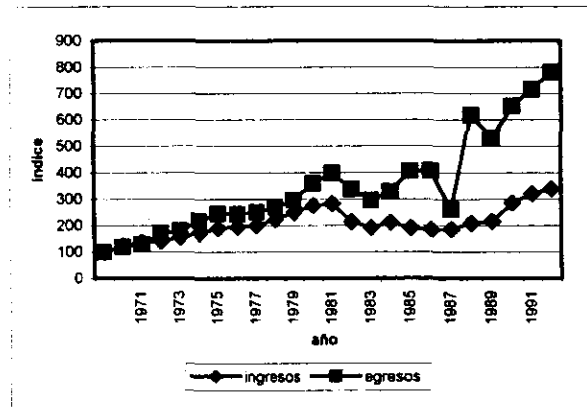
1. *Diferencias en el crecimiento entre ingresos y egresos.* Después de 1970, a las presiones financieras originadas por el déficit permanente del seguro de “Enfermedades y Maternidad” y el uso de las reservas técnicas para financiar la expansión de la infraestructura, se agregó el crecimiento dispar entre ingresos y egresos. Aunque en términos absolutos los ingresos del IMSS siempre fueron superiores a los gastos, pese a que en los últimos años se redujo significativamente el excedente, la tendencia por seguros presentó el riesgo de insolvencia en el corto plazo. Por un lado, debido a la carga permanente del seguro de “Enfermedades y Maternidad”; pero sobre todo, y acentuado por la inexistencia de reservas técnicas, por el rápido crecimiento de la población de pensionados, el aumento de sus prestaciones y la igualación de las pensiones al salario mínimo. Así, de manera directa, la estabilidad del seguro de IVCM se vio amenazada y junto con ella, la solidez del sistema completo: una consecuencia de las diferencias en el ritmo de crecimiento entre los gastos –de manera geométrica y a la misma velocidad que la población de pensionados– y los ingresos –atados nominalmente a los salarios y afectados por la inflación–. De esta forma, para el seguro de IVCM en el periodo de 1970 a 1993, mientras que los ingresos aumentaron 2 veces en términos reales, los egresos lo hicieron casi 7 veces (*gráfica 2.3*). Ahora, si bien es cierto que nunca presentó saldos negativos, la tendencia irreversible en el crecimiento de los pensionados y de los gastos derivados, sugirieron que la insolvencia era inevitable. De acuerdo con las evaluaciones del IMSS, en 1999 los egresos superarían a los ingresos, y en el transcurso de 2 años las reservas se agotarían completamente<sup>24</sup>. De esta forma, el seguro de IVCM fue el caso extremo en la disparidad entre ingresos y egresos.

---

<sup>24</sup> Iniciativa de Ley del Seguro Social, Cámara de Diputados, Doc. 089/LVI/95 P.O. Año 117, pág. 5.



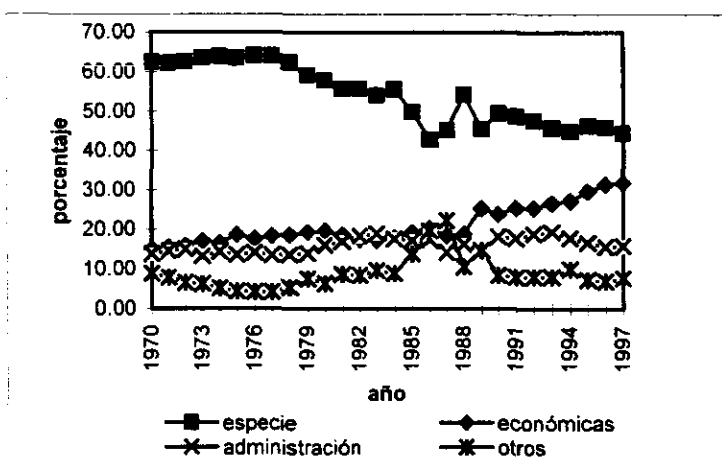
**Gráfica 2.3**  
**RITMO DE CRECIMIENTO DE INGRESOS Y EGRESOS**  
**DEL SEGURO DE IVCM**



Fuente: elaboración propia con información del IMSS.

2. *Recomposición de los egresos.* Una consecuencia natural de la evolución del IMSS, fue la concentración inicial de los gastos para el pago de prestaciones en especie. Natural, dado que en los primeros años el pago de beneficios económicos eran mínimos, sobre todo debido a las pocas pensiones permanentes que se habían otorgado. Sin embargo, con el tiempo esta situación cambió. De 1960 a 1997, la relación entre pensionados y asegurados, creció de 5 pensionados por cada 100 asegurados permanentes, a 25 (*cuadro 2.4*). Esto, aunado al aumento en los montos de las pensiones y el resto de las prestaciones económicas, modificó sensiblemente la composición en el ejercicio del gasto (*gráfica 2.4*): mientras que en 1970 los gastos para el pago de prestaciones económicas y en especie eran 15 y 62.5%, respectivamente; en 1993 fueron de 31 y 45%. Es decir, hubo un reajuste en el gasto de 15%, aproximadamente; en donde la disminución porcentual de los gastos respectivos a prestaciones en especie, fue casi igual al aumento para prestaciones económicas. Esto, sin embargo, no significa que haya habido una transferencia de egresos entre ambos tipos de prestaciones: que se gaste menos en servicios para gastar más en pensiones; por el contrario, significa que los compromisos económicos del Instituto se han incrementado a tal grado, que han modificado la estructura de los egresos. El problema aquí, deriva del ritmo de crecimiento de las prestaciones económicas que, de acuerdo con las estimaciones del IMSS, antes de 20 años habrían revertido la composición original, llegando a ser superiores al 60%.

**Gráfica 2.4**  
**COMPOSICIÓN PORCENTUAL DE LOS EGRESOS DEL IMSS**  
**SEGÚN EL TIPO DE GASTO**

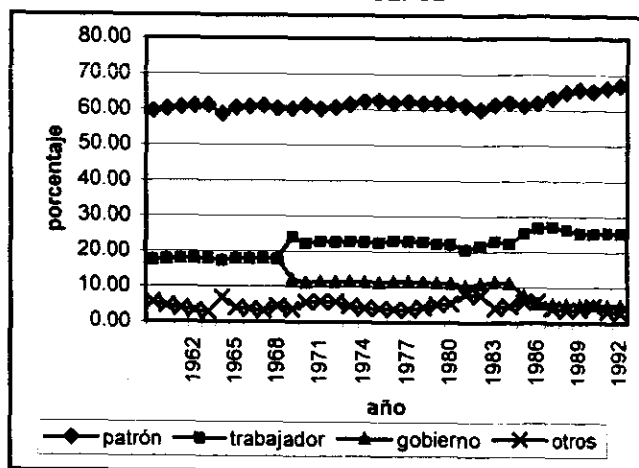


Fuente: elaboración propia con información del IMSS.

3. *Disminución y reasignación de los ingresos.* Como se vio en los puntos anteriores, las presiones financieras que enfrentó el IMSS derivaron del veloz crecimiento de los egresos y no de los ingresos, sobre todo por la explosión de los gastos en prestaciones económicas y el incremento de los beneficios; además del déficit permanente por los servicios médicos. Esto, en términos de las aportaciones, que fueron la fuente principal de ingresos, significó la insuficiencia de las contribuciones sobre salarios sin importar que vinieran de los trabajadores, de las empresas o del gobierno. El resultado: esa fuente y forma de financiamiento se había agotado. La única alternativa, en ese contexto, era aumentar las cuotas hasta donde fuera necesario; sin embargo, esta era una opción demográficamente inviable. Por un lado, debido a la descompensación entre asegurados directos y pensionados, como consecuencia del diferencial de crecimiento por grupos de edad; por otro, porque la redistribución del gasto ligaría el crecimiento de ingresos y egresos a fuentes distintas: los ingresos a los salarios y el crecimiento de empleos, mientras que los gastos al crecimiento de la población demandante. En estas condiciones, el seguro de IVCM volvió a representar el caso drástico. Primero, con el sistema de cuotas vigente, en 1999 sería deficitario y en un par de años se agotarían las reservas, iniciando una larga marcha de déficits con crecimiento geométrico. Segundo, de acuerdo con las estimaciones realizadas por el IMSS, las contribuciones del seguro de IVCM tendrían que incrementarse al 23.3% sobre el salario base de cotización, para evitar la quiebra del seguro en el año 2020<sup>25</sup>. Así, en conclusión, para el seguro de IVCM el esquema de ingresos era inadecuado e insuficiente en el corto plazo.

<sup>25</sup> IMSS, "Aportaciones al Debate", 1996.

**GRÁFICA 2.5**  
**INTEGRACIÓN PORCENTUAL DE LOS INGRESOS DEL IMSS**  
**POR TIPO DE FUENTE**



Fuente: elaboración propia con información del 6°. Informe de Gobierno, 1994.

Por otro lado, desde 1970 el IMSS ha llevado a cabo una reasignación de las cargas en el financiamiento de la seguridad social. En el modelo original, los trabajadores y el gobierno contribuían, cada uno, con un poco más del 20%, mientras que a los patrones correspondía el cerca del 55% restante. En 1993, la estructura de cuotas era tal, que los patrones aportaban cerca del 70%, los trabajadores el 25% y el gobierno apenas 5% (*gráfica 2.5*). De esta forma y en lo hechos, el Estado transfirió parte de su responsabilidad en el sostenimiento de la Seguridad Social hacia los patrones. Este factor, sin embargo, implica un problema mayor. Dado que las cuotas que pagan los patrones inciden directamente sobre los costos de producción, la redefinición de los esquemas de aportaciones, ha incrementado las cargas del Seguro Social al doble sobre las empresas<sup>26</sup>. Estos cambios, en una economía débil, con mercados reprimidos y crisis recurrentes, terminaron por crear los incentivos para que los empleadores subregistren salarios y evadan aportaciones: una práctica que se generalizó al final de los años 80 y principios de los 90.

4. *Ramos deficitarios*. Dos casos destacan. Uno, el seguro de EyM con saldos negativos permanentes; ya que en los últimos 30 años consumió el 63% de los gastos totales y sólo aportó el 52% de los ingresos –de hecho, en los últimos 51 años, sólo en 6 registró un balance positivo<sup>27</sup>. Ante esta situación, para financiar la diferencia, se emplearon recursos de los

<sup>26</sup> Sales-Serrapy, op. cit., pág. 7.

<sup>27</sup> Sales-Serrapy, op. cit., pág. 3.

seguros de IVCM y de guarderías, reduciendo con ello las reservas. Y dos, el seguro de IVCM, que aunque no era deficitario se encaminaba a tal situación de manera acelerada: por un lado, los egresos se incrementaban al doble de los ingresos (*gráfica 2.3*); por otro, el excedente del seguro se redujo del 70% en 1970 a sólo 10% en 1992, con todo y los bajos niveles de las pensiones. Es decir, frente al seguro de EyM, insolvente y generalmente subsidiado con el excedente de IVCM, el seguro de IVCM evolucionaba en la misma dirección pero con un agravante: los egresos de ese seguro crecen de manera geométrica, independientes de la operación del Instituto.

5. *Agotamiento de las reservas.* Otro problema importante, sobre todo para el seguro de IVCM, derivó del uso inadecuado de las reservas. Desde su creación, el excedente generado por el ramo de pensiones se utilizó para financiar la inversión en infraestructura y para cubrir los saldos negativos del seguro de “Enfermedades y Maternidad”, conjuntamente con recursos provenientes del ramo de “Guarderías”. El resultado de estas transferencias de recursos, fue la descapitalización de las reservas del sistema de pensiones. Una estimación conservadora de las reservas que el IMSS debió haber constituido, se puede obtener acumulando los flujos netos anuales –ingresos menos egresos– del seguro de IVCM. En estas condiciones y suponiendo una tasa anual de 3.5% para acumular los flujos, las reservas en 1994 debieron haber sido del 11% del PIB. En cambio, las reservas en 1995 apenas fueron del 0.4% del PIB<sup>28</sup>.
6. *Desequilibrios entre beneficios y aportaciones.* Una de las características del esquema operativo y funcional seguido por el IMSS, fue la disociación entre los beneficios y las contribuciones, lo que incentivó la evasión, el subreporte de salarios y la informalidad en el mercado de trabajo. Por ejemplo, en promedio, el IMSS paga pensiones de 18 años para los asegurados retirados, y de 12 años para las viudas. Juntas, hacen una trayectoria promedio de 30 años de pensiones mensuales. En cambio, en la mayoría de los casos, los trabajadores pensionados solo contribuyeron al sistema por 10 años: el periodo mínimo requerido para tener derecho a la prestación<sup>29</sup>. Esta situación, se vio potenciada por el diferencial en los esquemas de aportaciones y beneficios. Para el seguro de IVCM, la pensión mínima se incrementó del 35% del salario mínimo en 1989 a 100% en 1995, mientras que las contribuciones sólo se han incrementado del 6 al 8.5% en 1996. Sin embargo, no fue el único caso. En el seguro de “Enfermedades y

---

<sup>28</sup> Sales-Serrapy, op. cit., pág. 14.

<sup>29</sup> El 15% de las pensiones otorgadas durante 1994 fueron a trabajadores que cotizaron exactamente 500 semanas. Iniciativa de Ley del Seguro Social, Cámara de Diputados, Doc. 089/LVI/95 P.O. Año 117, pág. 15.

Maternidad”, las aportaciones *per cápita* representaron el 66% de los cotos de atención, también en términos *per cápita*<sup>30</sup>. De esta forma, el IMSS operó permanentemente de manera inconexa entre los beneficios que otorgaba y las aportaciones para su financiamiento, dañando así el equilibrio entre obligaciones y derechos de los participantes.

### ***Estabilidad en la Cobertura***

De manera similar a los desequilibrios financieros, el IMSS presentó una serie de problemas en la cobertura, la prestación de servicios, la calidad de la atención y la protección efectiva de los derechohabientes. En este caso, cinco elementos ilustran la crisis de los servicios del Instituto:

1. *Tasas de dependencia sobre los asegurados directos.* Por la estructura del IMSS, la población derechohabiente se divide en dos grandes grupos: los asegurados directos y sus beneficiarios, y los pensionados y los suyos. Esto es, los grupos se diferencian por el estatus laboral del titular: trabajador en activo o retirado. En este caso, para analizar el grado de dependencia sobre los asegurados directos, que son los únicos que aportan recursos al sistema, consideraremos dos tipos de poblaciones: los pensionados –trabajadores retirados y sus familiares– y los derechohabientes, sólo que en este caso descontando a los asegurados directos para estimar el peso de los beneficiarios sobre los contribuyentes.

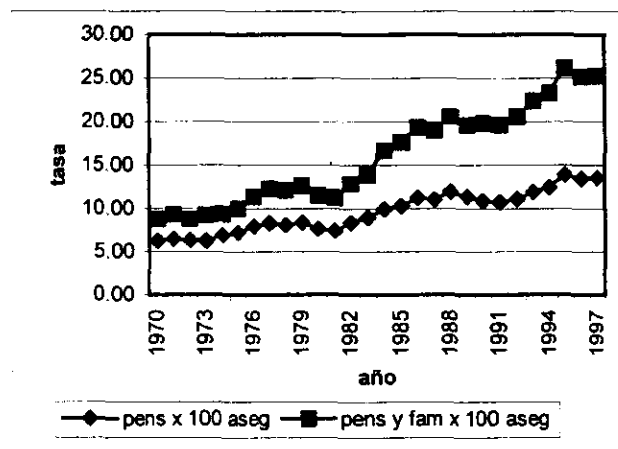
En el caso de los pensionados, la dependencia sobre los asegurados directos implica una relación doble. Por un lado, el pago de las pensiones en base a un sistema *pool*, donde los trabajadores activos sostienen a los retirados. En este caso, de 1970 a 1997, la tasa de dependencia se incrementó de 6 a 14 pensionados por cada 100 asegurados. Esto es, en 27 años creció al doble la relación de dependencia (*gráfica 2.6*); lo que significa que actualmente, para pagar una pensión, hay siete trabajadores en activo; a diferencia de lo que ocurría en 1970 cuando la relación era de 16 trabajadores en activo por pensión. Sin embargo, la relación de dependencia no termina aquí. En estricto sentido, las prestaciones económicas derivadas de la pensión, así como los gastos en salud y servicios que reciben los familiares, son igualmente pagados con las aportaciones que hacen los trabajadores en activo, de tal forma que los asegurados directos no sólo soportan el costo de las pensiones directas, sino los beneficios extendidos a los familiares de los pensionados, incrementando con ello la tasa de dependencia.

---

<sup>30</sup> En 1992, el gasto per cápita en servicios de salud fue de \$ 503.00, mientras que el ingreso per cápita fue de \$ 336.20, lo que representa el 66% de los gastos. Iniciativa de Ley del Seguro Social, op. cit., pág. 23.

De esta forma, la relación de dependencia se incrementa hasta 100 beneficiarios por cada 47 contribuyentes; lo que significa que casi por cada 2 beneficiarios hay un trabajador en activo que aporta recursos al sistema (*gráfica 2.7*).

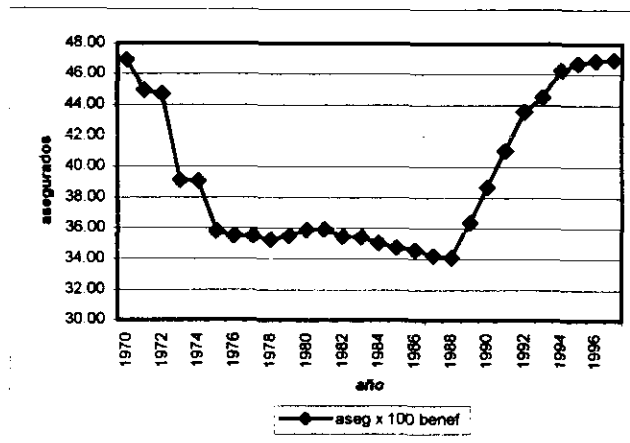
**Gráfica 2.6**  
**NÚMERO DE PENSIONADOS Y FAMILIARES DE PENSIONADOS**  
**POR CADA 100 ASEGURADOS**



Fuente: elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno, 1997.

En cambio, en el caso de los beneficiarios en general –familiares de los asegurados directos, pensionados y familiares de pensionados– la relación de dependencia, después de caer en 1988 a una tasa de 34 asegurados directos por cada 100 beneficiarios no contribuyentes, se restableció hasta los niveles que ocupó al inicio de la década de los 70; esto es, 2 beneficiarios por cada asegurado directo. Sin embargo, este resultado no significa que la relación de dependencia sea saludable, por el contrario, indica que los problemas se presentan en el grupo de los pensionados y sus familiares. Demográficamente, el grupo de crecimiento más rápido y más demandante desde el punto de vista financiero. De esta forma, aunque el IMSS ha restablecido el equilibrio entre contribuyentes y beneficiarios, los problemas se acentúan por el lado de los trabajadores retirados y sus familiares.

**Gráfica 2.7**  
**NÚMERO DE ASEGURADOS DIRECTOS POR CADA 100 BENEFICIARIOS**



Fuente: elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno, 1997.

2. *Capacidad de atención.* Uno de los indicadores de eficiencia más empleados para evaluar la capacidad de las instituciones de salud y seguridad social, son los recursos humanos y materiales con que cuentan, especialmente en términos relativos respecto de la población derechohabiente. En el caso del IMSS, cuatro de los más ilustrativos son el número de médicos, enfermeras, camas y consultorios que, en este caso, existen por cada 1,000 derechohabientes. La importancia de estos indicadores, a diferencia de los hospitales y clínicas, es que permiten realizar una evaluación más consistente del alcance de los recursos; no así los hospitales que pudieron haber crecido en capacidad y no en número, por ejemplo.

En el *cuadro 2.8* se ilustran estos aspectos para el periodo 1982–1997, y se pueden observar dos tendencias claramente diferenciadas: mientras los recursos humanos –médicos y enfermeras– y los consultorios se han mantenido prácticamente constantes, con variaciones dentro de un pequeño margen, el número relativo de camas se ha reducido de manera constante a tal grado que la capacidad del Instituto en 1997 fue cercana al 62.5% de la registrada en 1980. Este resultado, aunado al estancamiento y ligero retroceso en los otros rubros, indica una sensible caída en la capacidad de atención del Seguro Social. Esto, al menos, en lo que a capacidad instalada y recursos humanos se refiere. Un factor adicional que refuerza esta lectura, deriva del hecho que el IMSS es la institución de seguridad social en México con la menor capacidad de atención relativa, inclusive por debajo del ISSSTE<sup>31</sup>, aunque en general se encuentra por encima del promedio nacional, principalmente por el rezago que existe en los servicios de la Secretaría de Salud.

<sup>31</sup> Funsalud, op. cit., pág. 149.

**Cuadro 2.8**  
**RECURSOS DEL IMSS POR CADA 1,000 DERECHOHABIENTES**

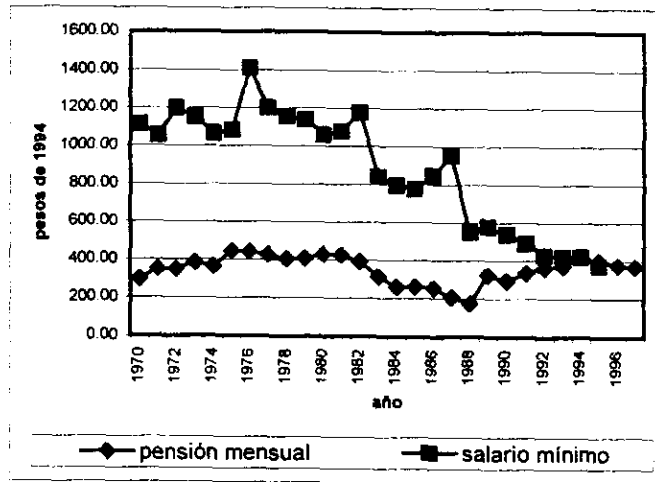
<b>Año</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermeras</b>	<b>Camas</b>	<b>Consultorios</b>
1980	1.14	1.71	1.14	0.36
1981	1.14	1.66	1.04	0.36
1982	1.16	1.68	1.09	0.38
1983	1.26	1.81	1.10	0.38
1984	1.02	1.72	1.01	0.35
1985	1.01	1.74	0.85	0.32
1986	1.04	1.77	0.86	0.34
1987	0.99	1.66	0.78	0.31
1988	1.21	1.70	0.75	0.32
1989	0.99	1.64	0.71	0.31
1990	1.03	1.64	0.71	0.31
1991	1.11	1.70	0.71	0.31
1992	1.17	1.80	0.74	0.34
1993	1.20	1.88	0.77	0.35
1994	1.26	1.98	0.78	0.36
1995	1.38	2.12	0.82	0.38
1996	1.28	1.98	0.76	0.36
1997	1.19	1.84	0.71	0.33

Fuente: elaboración propia con información del 3er. Informe de Gobierno, 1997.

3. *Caída del valor de las pensiones.* Una de las mayores críticas a la capacidad de protección del IMSS, es sin duda la caída en el valor de las pensiones; que por definición, son el instrumento para sustituir el salario de los trabajadores que salen del mercado laboral. Así, en 30 años y a pesar de los continuos ajustes en las cuantías y de haber indexado la pensión mínima con el salario mínimo, no se pudo evitar la caída ni la pérdida de poder adquisitivo. De esta forma, aunque en términos reales la pensión promedio aumentó su valor 25% entre 1970 y 1995, ancló su evolución a un salario que en el mismo periodo perdió el 66.5% de su valor real, lo que obliga a poner en perspectiva el aumento de las pensiones. Primero, porque el monto promedio original de las pensiones está muy por debajo del salario mínimo —en 1970, la pensión promedio fue del 26.5% del salario mínimo vigente—. Y segundo, porque la evolución del salario mínimo diluye los aumentos en el monto de las pensiones; esto es, ancla la evolución a un indicador que ha perdido más del 60% de su valor en 27 años. De esta forma, aunque en 1997 la pensión promedio haya sido 7% superior al salario mínimo, en términos reales, las pensiones de 1997 representaron el 33% del salario mínimo de 1970; lo que ilustra el retroceso de las pensiones y de los salarios (*gráfica 2.8*). A final de cuentas, la caída de los salarios y la evolución de los mercados terminaron por diluir las modificaciones en el sistema.



**Gráfica 2.8**  
**EVOLUCIÓN DE LA PENSIÓN MENSUAL PROMEDIO DEL IMSS**  
**Y DEL SALARIO MÍNIMO MENSUAL**



Fuente: elaborado con información del IMSS, del INEGI y del 3er. Informe de Gobierno, 1997.

4. *Fugas del sistema.* Ya en el capítulo uno se abordó el traslape de la demanda en los servicios de salud que ocurre entre prestadores públicos, seguridad social y privados. Este problema, generalmente, consiste en que los derechohabientes, al momento de necesitar algún tipo de servicio de salud, optan por acudir a servidores externos, sean públicos o privados. En este último caso, la mayoría son proporcionados bajo la forma de servicios ambulatorios – preferidos por la cercanía y la confianza de los médicos<sup>32</sup>–. La gravedad de estas prácticas radica en la frecuencia con que ocurre entre los derechohabientes, y en los círculos viciosos que crea en el sistema. En lo que respecta a la frecuencia, Funsalud estimó que del total de beneficiarios del Seguro Social que necesitó algún tipo de servicios médicos en 1987, 30% los recibió fuera del IMSS: 24% con prestadores privados y 6% en la SSA<sup>33</sup>. Para 1994, esta situación se agravó de dos formas. Entre los beneficiarios del régimen obligatorio, 36% acudió a servicios externos: 24% con prestadores privados y 12% a servicios asistenciales. En cambio, en el caso de los beneficiarios del sistema IMSS–Solidaridad, sólo el 53% recibió la atención esperada; del resto, 15% fue atendido dentro de régimen obligatorio, 9% en la SSA y 23% en servicios privados. El resultado: 39% de los servicios de la medicina privada fueron para población derechohabiente de la Seguridad Social. Por otro lado, la frecuencia en la búsqueda de atención externa al IMSS, creó condiciones para la atención extramuros. Esto significa que una parte considerable de los contactos privados ocurre entre médicos del IMSS y

<sup>32</sup> Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 1987. Citado por Funsalud, op. cit., pág. 181.

<sup>33</sup> Funsalud, op. cit., pág. 176.

derechohabientes. En estas condiciones, que los médicos opten por evadir los circuitos institucionales y canalicen pacientes de forma privada, es una más de las salidas fraudulentas que permite el sistema.

Sin embargo, esta no es la única forma de huir del sistema. Por el lado de la afiliación y la contribución al sistema, se presentan situaciones similares. Una, muy frecuente en industrias de alta rotación de los trabajadores, como la construcción, es el subregistro de salarios. En estos casos, una práctica común era el acuerdo entre patrones y trabajadores para registrarlos con salarios bajos, generalmente el mínimo. Así, al tiempo que se reducían los costos de las empresas y aumentaba el ingreso disponible de los trabajadores, no se afectaban las prestaciones en caso de requerirlas: en cualquier caso eran obligatorias y escasas, sobre todo las económicas. De esta forma, la mala calidad de los servicios y la certeza de la insuficiencia de las prestaciones económicas, crearon un ambiente para la evasión y el subregistro. Fue así que un amplio sector de asegurados potenciales prefirieron formas alternativas de protección, como los círculos informales de ahorro –tandas, cajas populares, etc.– y los acuerdos intrafamiliares de subsistencia –como el intercambio generacional de bienes inmuebles–.

5. *Otros indicadores de calidad.* Entre los rezagos que presentó el IMSS durante el periodo de vigencia de la segunda ley, de 1973 a 1995, destacó la calidad de los servicios. Esto, en parte, fue el resultado de la operación de un sistema cuya estructura básica se diseñó en la década de los cuarenta, atendiendo necesidades diferentes del país y de la población. En ese momento, por ejemplo, la población era mayoritariamente rural en relación 65 – 35%; de igual forma, las necesidades de salud eran producto, en su mayoría, de enfermedades infecciosas y transmisibles. Después de cinco décadas, la distribución de la población es exactamente la inversa, con más del 65% de los habitantes en localidades urbanas; y la mayoría de los padecimientos como consecuencia de enfermedades no transmisibles, de tipo degenerativo: cardiovasculares, lesiones, tumores, etc. Así, a la insuficiencia de recursos y el impacto inflacionario sobre los costos de atención médica, se agregó la ineficiencia en el diseño de programas, principalmente por el dispendio de recursos y la canalización del esfuerzo institucional hacia problemas de baja prioridad e impacto en los niveles generales de salud<sup>34</sup>. En estas condiciones, la oferta de servicios no se tradujo de manera directa en protección a la población. De acuerdo con Funsalud, en términos generales, 20% de los asegurados no recibieron la atención que requerían. Esto como resultado del impacto de barreras económicas

---

<sup>34</sup> Funsalud, op. cit., pág. 161.

–elevado costo de los servicios y medicamentos, imposibilidad de dejar el trabajo o falta de ingresos–, geográficas –lejanía o ausencia de servicios en la localidad– y organizacionales –falta de confianza por parte del paciente o de calidad en la prestación del servicio–<sup>35</sup>. En este sentido, uno de los indicadores más citados, es la atención médica durante el parto. De acuerdo con las estimaciones de Funsalud, del 15% de mujeres aseguradas que no recibieron ese tipo de atención médica, dos terceras partes hubieran deseado tenerla; situación que se acentúa más en el caso de los beneficiarios del sistema IMSS–Solidaridad: el 69% de las mujeres embarazadas no tiene acceso a los servicios del programa, aún siendo solidariohabitantes<sup>36</sup>. De esta forma, el IMSS registró niveles altos de insatisfacción por deficiencias de la atención recibida, por los tiempos de espera, la baja calidad de los servicios y materiales, las barreras en el acceso a los servicios que enfrentan los derechohabientes y los costos adicionales que enfrentan, sobre todo por la escasez de medicamentos. Por otro lado, los médicos y enfermeras, igualmente registraron altos niveles de ausentismo y rotación debido a los bajos salarios, las elevadas cargas de trabajo y los deficientes esquemas de incentivos: condiciones que alentaron la *atención extramuros y la recanalización de pacientes hacia los servicios privados*.

A manera de resumen, los problemas que enfrentó el Instituto estuvieron nucleados por aspectos financieros: insuficiencia de recursos, disparidad entre beneficios y aportaciones, agotamiento de reservas, caída del valor y calidad de las prestaciones. Inclusive los problemas en la cobertura tuvieron una expresión financiera: imposibilidad de elevar las cuotas para compensar el aumento de las tasas de dependencia, escasez de recursos para elevar la capacidad instalada de atención, la provisión de medicamentos y las remuneraciones del personal médico y administrativo. De esta forma, todos estos factores configuraron la matriz que llevó al Instituto hacia una crisis general, irreversible; incluyendo problemas financieros, demográficos, funcionales y operativos. Todos, en conjunto, potenciados desde fuera por la evolución de la economía, la modificación en el ritmo de crecimiento de la población y los conflictos político–sociales que generó el Instituto.

---

<sup>35</sup> La evaluación cuantitativa de ellas, con base en la Encuesta Nacional de Salud, 1987, indica que el impacto de las barreras económicas es del 23%, las geográficas del 53% y las organizacionales del 24%. Funsalud, op. cit., pág. 164.

<sup>36</sup> Funsalud, op. cit., pág. 162.

## Restricciones externas al modelo

Así como el sistema enfrentó problemas al interior que pusieron en riesgo su estabilidad, también se vio afectado por factores externos. Los más importantes: las tendencias demográficas y económicas, y las pugnas políticas derivadas de los servicios.

### *Demográficas*

Uno de los seguros más afectados por las tendencias demográficas del país, fue el de IVCM. Particularmente por el cambio en la estructura de la población y el incremento en la esperanza de vida. De 1970 a 1990, la población en México creció a tasas altas, 3.7% anual en promedio; en cambio, actualmente, el ritmo estimado es de 1.9% anual entre 1990 y 1995. De igual forma, en 1930, la población total era de 16.5 millones, incrementándose hasta 90 millones en 1994. Así, a pesar de que la pirámide poblacional muestra una proporción importante de jóvenes, 35.8% entre 0 y 14 años, el envejecimiento de los contribuyentes a la seguridad social es innegable: para el año 2030, se espera que en México haya 142 millones de personas, y que 10% de ellas tenga una edad superior a los 65 años. Estas tendencias implican que la proporción de retirados respecto de los contribuyentes, incrementarían el costo del sistema de pensiones y generarían mayores problemas de financiamiento en el largo plazo. De 1995 al 2030, se espera que la razón de dependencia directa –sin considerar a los familiares de los pensionados– se incremente de 7 a 14.8%. Por otro lado, de acuerdo con las estimaciones del IMSS, la tasa esperada de crecimiento anual de los pensionados para los siguientes 20 años, será de 5.7% mientras que los contribuyentes crecerán al 2.7%. Más aún, este problema se acentúa con el aumento de la esperanza de vida al nacer, que se ha elevado de 49.6 años en 1950, a 70.8 años en 1995<sup>37</sup>. Por otro lado, existe una reducción en las tasas de fertilidad que han caído de 6.45 niños por mujer en 1950, a 2.84 en 1995. Todos estos factores constituyen, en conjunto, la llamada transición demográfica de la población, que en el caso del IMSS, implica la reducción relativa de los cotizantes y el aumento de los beneficiarios, en especial de los pensionados, que en el mediano y largo plazo ocuparían el principal rubro de egresos.

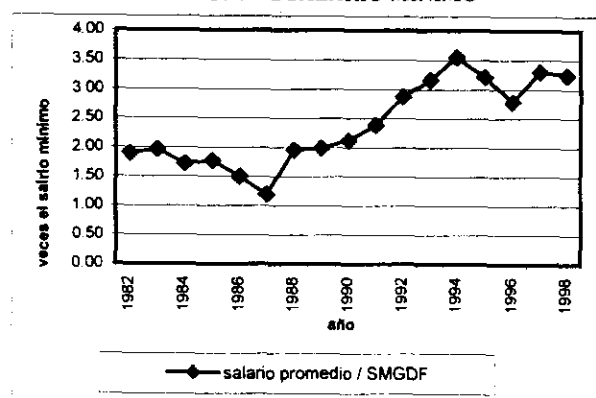
---

<sup>37</sup> Centro de Estudios de la Gobernabilidad, A.C., op. cit., pág. 23. De 1943 a 1990 la esperanza de vida, de los diferentes seguros del IVCM aumentó por vejez de 12 a 21 años, viudez de 11 a 20 años y ascendientes de 7 a 15 años.

## Económicas

Una de las mayores críticas que se hizo al sistema, fue el alto costo que representaba para las empresas, inclusive en trabajadores con bajos niveles salariales. Por ejemplo, para un trabajador que ganaba entre uno y dos salarios mínimos, la tasa de impuesto marginal era superior al 25%; mientras que para trabajadores que ganaban más de cinco salarios mínimos, la misma tasa era cercana al 40%. Lo que elevaba de manera significativa los costos laborales, favorecía la evasión e inducía la informalidad.

**Gráfica 2.9**  
**EVOLUCIÓN DEL SALARIO PROMEDIO DE COTIZACIÓN DEL IMSS,**  
**EN VECES EL SALARIO MÍNIMO**

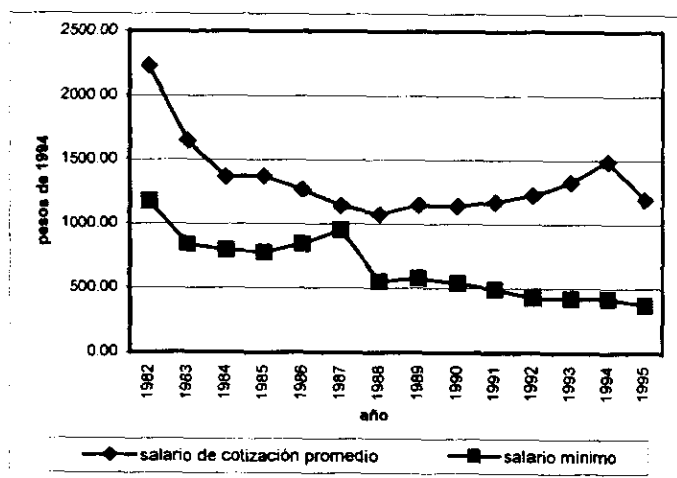


Fuente: elaborado con información del IMSS, del INEGI y del 3er. Informe de Gobierno, 1997.

Otro problema que presionó la posición financiera del sistema, fue el incremento del tamaño del sector informal de la economía, ya que según las estimaciones del Instituto, el sistema sólo cubría a cerca del 35% de la PEA, en 1995. Si a esto añadimos la caída de los salarios reales, el Instituto se encontraba en una posición donde las alternativas para incrementar los ingresos eran muy escasas. En particular, los salarios reales del sector manufacturero cayeron 44% entre 1978 y 1995. Ahora, si bien es cierto que entre 1982 y 1997 aumentó el salario de cotización como veces el salario mínimo, pasando de 1.89 en 1982 a 3.24 en 1997 y alcanzando el máximo en 1994 con 3.55 salarios mínimos como sueldo promedio de cotización (*gráfica 2.9*), esto no significa que la situación salarial de los asegurados haya mejorado, ni que se haya incrementado la base gravable. Por el contrario, este resultado es producto de dos trayectorias similares: la caída de los salarios promedio de cotización, que en términos reales perdieron 46.39% entre 1982 y 1995; y la caída aún más pronunciada de los salarios mínimos, que en términos reales se redujeron en un 68.42% durante el mismo periodo (*gráfica 2.10*). De esta forma, la recuperación que marca el aumento del

salario promedio de cotización, en referencia al salario mínimo, es un espejismo derivado de la caída aún más pronunciada de la unidad de referencia.

**Gráfica 2.10**  
**EVOLUCIÓN DEL SALARIO DE COTIZACIÓN PROMEDIO DEL IMSS**  
**Y DEL SALARIO MÍNIMO**



Fuente: elaborado con información del IMSS, del INEGI y del 3er. Informe de Gobierno, 1997.

### *Políticas y sociales*

Tal vez la crítica más aguda que se haya hecho al IMSS como Institución y titular de la responsabilidad Estatal frente a la salud pública, la estabilidad económica de los trabajadores retirados y la protección de los niveles de bienestar alcanzados por la sociedad, sea la proveniente de los pensionados y jubilados<sup>38</sup>. Desde 1979 constituyeron un movimiento político que cuestionó la eficiencia de los servicios, preponderancia de los tecnicismos y sobre todo, la racionalidad del sistema en la atención de quienes aportaron los recursos de su formación. Fueron ellos quienes recuperaron el concepto de vida digna como bandera de lucha y a partir de él, estructuraron críticas y pusieron en duda la validez de la estrategia gubernamental hacia ellos. El resultado, fue una larga lista de desafíos y enfrentamientos que obligó al Instituto a elevar los montos de las pensiones, a indexarlas con el salario mínimo y a crear mesas de negociación especiales. Un conflicto que, a final de cuentas, vino a demostrar la profundidad de la crisis de la seguridad social en México y del IMSS en particular, como su principal exponente.

<sup>38</sup> Una visión más amplia del conflicto se puede encontrar en "Gobernar la Vejez". Gobernabilidad, técnicas, problemas y resistencias No.2. Centro de Estudios de la Gobernabilidad, A. C. 1993.

## ADECUACIONES DEL MODELO

Frente al escenario anterior, el IMSS respondió de diversas formas para minimizar el impacto de la crisis: atendió las demandas de revisar las prestaciones, modificó los esquemas de aportaciones, estableció mesas de negociación con las organizaciones de jubilados y pensionados y, sobre todo, diseñó un programa alternativo como forma de revertir el agotamiento de las reservas y las presiones demográficas sobre el sistema de pensiones. En cada caso, la fórmula empleada significó una modificación del modelo de aseguramiento: en los esquemas de prestaciones, en la responsabilidad financiera del sistema, en los márgenes de interacción con los beneficiarios y en la estructura financiera del Instituto.

Por el lado de la demanda de servicios y en especial frente a la caída del valor de las pensiones, el IMSS siguió cuatro esquemas para incrementar los montos. Primero, acortó los tiempos de revisión, originalmente fijados en periodos de cinco años. En los hechos, ese procedimiento nunca se cumplió. Al siguiente año de la entrada en vigor de la nueva ley, se revisaron los montos de las pensiones y se autorizó un incremento vigente a partir de enero de 1975. Igual ocurrió en 1976, 1979 y 1980; hasta que en 1982 se modificó el procedimiento para establecer que las revisiones serían anuales, en enero de cada año, y las pensiones se elevarían en función de la capacidad económica del Instituto y de los incrementos del Salario Mínimo General del DF (SMGDF). Este fue el segundo esquema. El tercero, surgido de la reforma de 1989, indexó el crecimiento de las pensiones del seguro de IVCM al Salario Mínimo. En esa ocasión, la pensión mínima se fijó en el 70% del SMGDF; sin embargo, posteriormente se elevó al 80, 90 y 100% —los años respectivos de esos incrementos fueron 1991, 1992 y 1994—. Finalmente, el cuarto esquema fue la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y aunque refiere un dispositivo específico para elevar el monto de las pensiones, representa un cambio mayor del sistema, por eso se deja al final de esta sección.

Por otro lado, para aliviar las diferencias entre los ingresos y los egresos, sobre todo en los seguros de "Enfermedades y Maternidad" y de IVCM que representaban los ramos deficitarios del sistema —uno de manera permanente y otro como consecuencia inevitable ante el crecimiento demográfico y el agotamiento de las reservas—, se modificaron los esquemas de aportaciones. Los cambios en este sentido siguieron dos patrones. Primero se redefinieron las responsabilidades en el financiamiento de la seguridad social. Originalmente, la Ley del 73 estableció cuotas de 6 y 9%

sobre el salario base de cotización, para el sostenimiento respectivo de los seguros de IVCM y "Enfermedades y Maternidad". En cada caso, los patrones cubrirían el 62.5% sobre las cantidades anteriores, los trabajadores el 25% y el gobierno el 12.5% restante. En 1986 se modificaron: sin elevar las aportaciones totales, se mantuvo la aportación de los trabajadores en 25%, se redujo la del gobierno al 5% y se elevó la de los patrones al 70%. Es decir, el 7.5% que dejó de cubrir el Estado se transfirió de manera directa a los patrones: se elevó su responsabilidad en el sostenimiento del sistema (*cuadro 2.9*). Y en segundo lugar, como consecuencia de las presiones financieras que estallaron a finales de los años 80, se elevaron paulatinamente las cuotas hasta llegar a 8.5 y 12.5%, sobre el salario base de cotización, para los seguros de IVCM y Enfermedades y Maternidad, respectivamente. En el caso de IVCM, además de haberse modificado en seis ocasiones desde 1991, se elaboraron dos proyectos distintos (*cuadro 2.10*).

**Cuadro 2.9**  
**MODIFICACIONES DE LOS ESQUEMAS DE CONTRIBUCIONES**

**Cuotas del seguro de IVCM**

AÑO	CUOTA TOTAL	PATRONES	TRABAJADORES	ESTADO
1973	6.00	3.75	1.50	0.75
1986	6.00	4.20	1.50	0.30
1991	7.00	4.90	1.75	0.35
1992	7.20	5.04	1.80	0.36
1993	7.40	5.18	1.85	0.37
1994	8.10	5.67	2.025	0.405
1995	8.30	5.81	2.075	0.415
1996	8.50	5.95	2.125	0.425

**Cuotas del seguro de Enfermedades y Maternidad**

AÑO	CUOTA TOTAL	PATRONES	TRABAJADORES	ESTADO
1973	9.00	5.625	2.25	1.125
1986	9.00	6.30	2.25	0.45
1989	12.00	8.40	3.00	0.60
1993	12.50	8.75	3.125	0.625

Fuente: elaboración propia con información del Diario Oficial de la Federación.

**Cuadro 2.10**  
**Modificaciones a la ley del IMSS de 1973**

FECHA	REFORMAS	CONTENIDO
23-12-74 1ª. reforma	Reforma a varios artículos (derivada de la incorporación de los territorios federales de Baja California Sur y Quintana Roo como Entidades Federativas).	1. No afecta el tratamiento interno del IMSS.
31-12-74 2ª. reforma	Reformas a los artículos 167 y 177 que actualizan los montos de las pensiones mínimas y las aportaciones. Se amplía la edad para gozar de pensión por orfandad a 25 años	1. Se fija la pensión mínima de Invalidez, Vejez o Cesantía en \$850.00 mensuales. 2. Se incrementan las cuotas de aportaciones. 3. Se otorga a los pensionados un aguinaldo igual a 15 días del monto de la pensión mensual, sin incluir ayudas asistenciales y asignaciones familiares.



	siempre que estudien en el sistema educativo nacional.	
31-12-76 3ª. reforma	Reforma al artículo 168.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se fija la pensión mínima de Invalidez, Vejez o Cesantía en \$1,000.00 mensuales.</li> <li>2. Se incrementan los montos de las pensiones en curso de pago de dos formas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• las mayores a \$5,000.00 mensuales se incrementan en \$750.00.</li> <li>• Las pensiones hasta de \$5,000.00 mensuales se incrementan en 15%.</li> </ul> </li> <li>3. Se incrementan las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes en la proporción correspondiente.</li> <li>4. Se revisan las pensiones de incapacidad permanente en base al artículo 66.</li> </ol>
06-09-79 4ª. reforma	Reforma al artículo 168.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se fija la pensión mínima de Invalidez, Vejez o Cesantía en \$1,600.00 mensuales.</li> <li>2. Se incrementan las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes en la proporción correspondiente.</li> </ol>
31-11-79 5ª. reforma	Reforma a varios artículos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modificación a los procedimientos de cobro de cuotas: cuando no se cubran las cuotas o los capitales constitutivos, los patrones cubrirán los recargos correspondientes, sin sanciones fiscales.</li> </ol>
19-12-80 6ª. reforma	Reforma al artículo 168.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se fija la pensión mínima de Invalidez, Vejez o Cesantía en \$2,200.00 mensuales.</li> <li>2. Se incrementan los montos de las pensiones en curso de pago en \$600.00 mensuales, independientemente de las diferenciaciones que establece el art. 169.</li> <li>3. Se incrementan las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes, así como las de incapacidad permanente parcial, en la proporción correspondiente.</li> </ol>
31-12-81 7ª. reforma	Reforma al artículo 271 (derivada de cambios en materia fiscal del Código Fiscal de la Federación de la misma fecha).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El cobro de las liquidaciones no cubiertas al IMSS, se harán a través de la SHCP o del IMSS en la Oficina para Cobros del IMSS.</li> </ol>
11-01-82 8ª. reforma	Reformas a los artículos 75, 76, 172, y 173.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión anual de los montos de las pensiones de Invalidez, Vejez y Cesantía, así como las de incapacidad permanente total o parcial, con un mínimo de 50%. También las derivadas de la muerte del asegurado, que se incrementarán en el porcentaje que corresponda.</li> <li>2. El Consejo Técnico determinará en enero de cada año las modificaciones a las cuantías, con base en los incrementos del salario mínimo y la capacidad económica del instituto. Para ello se apoyará en sus estimaciones técnicas y actuariales.</li> </ol>
30-12-82 9ª. reforma	Reforma al artículo 252 (derivada de la creación del sistema nacional de salud).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Secretario de la SSA y el Director General del IMSS serán siempre consejeros del estado, y el último presidirá el Consejo Técnico.</li> </ol>
28-12-84 10ª. reforma	Reformas a los artículos 19, 33, 41, 44, 45, 46, 71, 79, 112, 123, 240, 253, 276, 283, 284 y 258.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suspende el pago de pensiones de Invalides, Vejez y Cesantía mientras el asegurado desempeñe un trabajo comprendido en el Régimen Obligatorio del IMSS.</li> <li>2. Otorga mes de salario mínimo del Distrito Federal por gastos de funeral.</li> <li>3. Modifica varias obligaciones de los patrones así como disposiciones administrativas, facultades y atribuciones del Instituto, del Consejo Técnico y otros organismos.</li> </ol>
8-04-86 11ª. reforma	Reforma a varios artículos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifica las cuotas del seguro del IVCM. Las contribuciones sobre el salario base de cotización quedan en 4.20% a cargo de los patrones y 1.50% a cargo de los trabajadores. El estado aportará el 7.143% del total de las cuentas patronales, que es igual al 0.3% del salario base de cotización.</li> </ol>
04-01-89 12ª. reforma	Reformas a los artículos 35, 36, 37, 40, 71, 75, 76, 92, 112, 114, 115, 153, 168, 172, 173, 191 y 279.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eleva la pensión mínima de Invalides, Vejez y Cesantía al 70% del Salario Mínimo General en el DF, incluyendo ayudas asistenciales y asignaciones familiares. Las pensiones derivadas de muerte se elevan en las proporciones correspondientes.</li> <li>2. Los montos de las pensiones se revisarán cada vez que se modifique el Salario Mínimo y se elevarán en el mismo porcentaje.</li> <li>3. Eleva las pensiones de viudez: las del seguro de Riesgos de Trabajo al 40% y las de IVCM al 90%, de la pensión que las originó.</li> <li>4. Modifica las cuotas del seguro de Enfermedades y Maternidad para quedar en 8.40 y 3.00 y 0.6% del salario base de cotización, que respectivamente cubrirán los patrones trabajadores y el Estado.</li> <li>5. Modifica los rubros que integran al salario base de cotización.</li> <li>6. Extiende la cobertura del seguro de IVCM.</li> </ol>
27-12-90 13ª. reforma	Reformas a los artículos 78, 79, 87, 167, 168, 169, 177, 262, 263, 264, 265 y 266.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eleva la pensión mínima del seguro de IVCM al 80% del Salario Mínimo General del DF, sin exceder el 100% del salario promedio.</li> <li>2. Modifica las cuotas de contribución para los seguros de IVCM. Las correspondientes a los patrones y trabajadores de 1991 a 1996 son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1991: 4.90 y 1.75%.</li> <li>• 1992: 5.04 y 1.80%.</li> <li>• 1993: 5.18 y 1.85%.</li> <li>• 1994: 5.32 y 1.90%.</li> <li>• 1995: 5.46 y 1.95%.</li> <li>• 1996: 5.60 y 2.00%.</li> </ul> </li> <li>3. En cada año, el Estado aportará el 7.143% de las cuotas patronales.</li> <li>4. Modifica los catálogos y tabulaciones del seguro de Riesgos de Trabajo.</li> <li>5. Establece la obligación de llevar registros contables independientes para cada uno de los seguros.</li> </ol>
24-02-92 14ª. reforma	Reformas a los artículos 183, 231, 246 y 258; adiciona también el	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crea el SAR e incorpora a todos los trabajadores del Régimen Obligatorio con salarios entre 1 y 25 Salarios Mínimos del DF.</li> </ol>

	capítulo V-bis respectivo a la incorporación del Seguro de Retiro (SAR).	<ol style="list-style-type: none"> <li>La cuenta incluye las aportaciones del SAR y del Infonavit (5% sobre el salario base de cotización para vivienda).</li> <li>Para la adquisición de derechos es necesario tener 65 años o gozar de alguna pensión de IVCM o por incapacidad permanente.</li> <li>Condiciones para el retiro del fondo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dos posibilidades: única exposición o renta vitalicia.</li> <li>Se puede retirar el 10% por incapacidad temporal mayor a los plazos establecidos en la Ley o por perder el empleo.</li> </ul> </li> <li>Aportaciones <ul style="list-style-type: none"> <li>Los patrones están obligados a aportar el 2% sobre el salario base de cotización.</li> <li>Los trabajadores pueden hacer aportaciones por cuenta propia.</li> </ul> </li> <li>Los recursos de las cuentas globales deberán invertirse en créditos a cargo del Gobierno Federal, a través del Banco de México</li> </ol>
29-06-92 15a reforma	Reforma del artículo 168	<ol style="list-style-type: none"> <li>Eleva la pensión mínima del seguro de IVCM al 90% del Salario Mínimo General del DF.</li> <li>Para financiar el incremento se podrán utilizar recursos de las reservas de este seguro.</li> </ol>
20-07-93 16a reforma	Reformas a varios artículos (derivada de la incorporación de los trabajadores de la caña de azúcar).	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tienen derecho a los seguros de Riesgos de Trabajo, Enfermedades y Maternidad e IVCM.</li> <li>La base de cotización será en función de la superficie de cultivo.</li> <li>Cuotas: 75% a cargo de los trabajadores y 25% a cargo del Estado.</li> </ol>
20-07-93 17a reforma	Reformas a los artículos 19, 32, 33, 37, 44, 45, 46, 65, 79, 80, 83, 114, 118, 122, 128, 160, 161, 177, 183, 240, 257 y 256.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Modifica las cuotas de aportación del seguro de IVCM. Las cuotas de patrones y trabajadores, respectivamente, quedan en: <ul style="list-style-type: none"> <li>1994: 5.67 y 2.025%</li> <li>1995: 5.81 y 2.075%</li> <li>1996: 5.95 y 2.125%</li> </ul> </li> <li>Las aportaciones del Estado se mantienen en el 7.143% de las respectivas a los patrones.</li> <li>Modifica las cuotas de aportación del seguro de Enfermedades y Maternidad <ul style="list-style-type: none"> <li>8.75 y 3.125%, respectivas a patrones y trabajadores. Las aportaciones del Estado quedan en 7.143%.</li> </ul> </li> <li>Modifica la clasificación de empresas y riesgos para el Seguro de Riesgos de Trabajo.</li> <li>Incluye diversas modificaciones administrativas y fiscales.</li> </ol>
1º-06-94 22-07-94 29-12-94	Reforma al artículo 168. Reformas a diversos artículos y reglamentos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Eleva la pensión mínima del seguro de IVCM al 100% del Salario Mínimo General del DF.</li> <li>Modifica diversas disposiciones sobre el funcionamiento y operación del SAR.</li> </ol>
Últimas Reformas		

Fuente: Elaboración propia con información del Diario Oficial de la Federación y del Diario de Debates de la H. Cámara de Diputados.

La crisis del sistema de pensiones sintetizó dos problemas mayores: la caída del valor real de los montos y el agotamiento de las reservas. Ambos potenciados por el desequilibrio en el crecimiento entre asegurados y pensionados, que materialmente hizo imposible la reversión de las tendencias. En estas condiciones, el SAR surgió como una forma de atender ambos factores, además de otro externo: la caída de los niveles de ahorro interno. De esta forma, se presentó como un fondo de cuentas individuales que, sin sustituir a las pensiones del IVCM, aportaría recursos al momento del retiro de los trabajadores para que estos no dependieran únicamente de la pensión asignada. Por otra parte, vía el sistema de cuentas individuales, manejadas de manera externa al IMSS e incrementadas con los recursos del Infonavit, constituyó una amplia base para resolver la carencia de reservas, al tiempo que proveía recursos frescos y a largo plazo a la economía. Recursos que, además, no estarían al alcance del IMSS ni bajo su vigilancia, sino de instituciones creadas ex-profeso: CONSAR. De ahí la importancia del SAR: se presenta como salida al problema de las pensiones, al tiempo que cristaliza una dimensión no explotada de la seguridad social en México; esto es, su estrecha relación con la economía y fuente de recursos a largo plazo. Este sólo hecho

redimensionó de manera significativa el sistema: creó áreas de la Seguridad Social bajo responsabilidad del IMSS, pero gobernadas por instituciones independientes y con mayor autoridad. Un factor más a considerar: así como en 1986 se redujo la participación del Estado en el financiamiento del sistema a costa de incrementar la de los patrones, el SAR institucionalizó esta tendencia, también con cargo a los patrones –que eran los únicos que aportaban al fondo– pero individualizando la relación con los pensionados y transfiriendo la responsabilidad del incremento de las pensiones a la trayectoria del ahorro individual. Por estas razones, el SAR fue el primer elemento de un proyecto mas amplio de reformas de la Seguridad Social, como se verá en el siguiente capítulo.

Por último, esta serie de modificaciones se completó con la reestructuración financiera del Instituto<sup>39</sup>. Para ello, además de los cambios en los esquemas de contribuciones como forma directa de elevar los ingresos, se adecuaron las disposiciones para la inversión de reservas así como los requisitos sobre los registros contables del Instituto. En 1990, se estableció la obligatoriedad de registrar los ingresos y egresos de cada uno de los ramos por separado, de invertir el excedente, o reservas, en activos financieros rentables y seguros, y destinar los productos de la inversión exclusivamente a las prestaciones relacionadas con cada ramo del seguro.

## **SALDOS**

A manera de resumen, la crisis que enfrentó el Seguro Social se expresó en tres niveles. Por el lado de la cobertura y el alcance social de los beneficios, la imposibilidad de crecer bajo esquemas donde el acceso depende de la condición laboral de los derechohabientes. En el caso de los servicios, la devaluación constante de las pensiones, la caída en la calidad de los servicios médicos y la inseguridad generada por la pérdida de derechos. Respecto al financiamiento, el crecimiento acelerado de los gastos frente a los ingresos, el agotamiento de reservas y la marcha irreversible hacia la insolvencia. De esta forma, los elementos que configuraron este escenario, igual refieren las prácticas del instituto, como el uso de reservas y excedentes para infraestructura; el resultado de las formas institucionales adoptadas, en especial los criterios de acceso; y el impacto de procesos externos al instituto como el envejecimiento de la población, la disminución proporcional de los cotizantes frente a los derechohabientes, la inflación y la caída de los salarios. El resultado de esa

---

<sup>39</sup> "Gobernar la vejez", op. cit., pág. 50.

conjugación, fue un sistema bloqueado social, financiera, demográfica y asistencialmente: los cuatro niveles de la relación funcional del sistema.

Por otro lado, a esta crisis interna se añadió la gestación de conflictos y movimientos políticos que, cobijados por la caída de los beneficios del Instituto, mostraron la profundidad de la crisis y la gravedad de los rezagos. El más importante, sin lugar a dudas, fue el de los jubilados y pensionados; pero no fue el único. También la reticencia de los patrones a seguir haciendo contribuciones; la proliferación de prácticas evasivas como el subregistro de salarios y la desinformación al momento de clasificar a las empresas; y, las fugas del sistema, desde las formas de atención extramuros hasta la búsqueda de fuentes alternativas de servicios, muchas de mala calidad.

Sin embargo, es importante destacar que estos elementos no predeterminan la respuesta institucional ni las formas que se adopten en la reforma del sistema. En estricto sentido sólo son los indicadores de la crisis y como tales, precisan los puntos que debe abordar cualquier reestructuración del sistema, incluyendo la realizada. De esta forma, antes que descubrir las intenciones de los reformadores y antes de calificar a la reforma como un avance o un retroceso de la seguridad social en México, es necesario estudiar con detenimiento las reformas impulsadas y, sobre todo, contrastarlas con la matriz que les dio origen. La vigencia estratégica y el éxito de la nueva Ley, en términos de ampliación de la cobertura, solidez de los servicios y prestaciones, y la estabilidad financiera del sistema, sólo se pueden analizar en esos términos.

## CAPÍTULO 3

### LA NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL

Frente al agotamiento del modelo de seguridad social anterior, la Nueva Ley concretó un proyecto para fortalecer al Instituto, darle viabilidad en el largo plazo y acrecentar su capacidad de respuesta: los tres grandes objetivos de la reforma<sup>1</sup>. Esto, en los hechos, implicó la revisión de los esquemas de beneficios y los requisitos para tener derecho a ellos; la modificación de los criterios de acceso a los servicios; la vinculación de los métodos de financiamiento y los esquemas prestaciones; el diseño de un nuevo sistema de pensiones; la redefinición de las relaciones que determinan la vigencia funcional de cada seguro: *riesgos-población objetivo-servicios-financiamiento*; la reorganización del Seguro Social por regímenes y seguros; y, en el extremo, la creación nuevos vínculos entre el IMSS y el sector financiero nacional. Un abanico de modificaciones que reestructuraron completamente el sistema: desde los criterios de operación del Instituto y la relación que determina la vigencia funcional de cada seguro, hasta la responsabilidad social del IMSS y su papel como instrumento de política social. Un nuevo modelo de seguridad social.

Para analizar con mayor detenimiento estos aspectos, el trabajo se divide en tres partes. En la primera se abordan los elementos de la reforma, es decir, el conjunto de cambios y modificaciones respecto del sistema original. En virtud de que cada uno de ellos refleja la magnitud de la reestructuración y, de manera explícita, perfila las características del nuevo sistema, el análisis se presenta de manera unitaria y a partir de la comparación con los respectivos al modelo anterior. En la segunda, después de conocer las características del nuevo modelo, se realiza el análisis del sistema general: las redefiniciones, la reasignación de objetivos, las nuevas funciones y responsabilidades asignadas y sobre todo, la relectura de la política social que a través de él se manifiesta –lo que algunos llaman el tinte neoliberal de la reforma–. Finalmente, se presenta la revisión de los límites y contradicciones del sistema: los problemas a enfrentar. En ella se pone especial atención en los costos de la transición y la carga fiscal permanente del nuevo sistema, el alcance de los nuevos esquemas de beneficios y las dificultades por la presencia de estructuras paralelas de regulación y vigilancia.

---

<sup>1</sup> Iniciativa de Ley del Seguro Social, Cámara de Diputados, Doc. 089/LVI/95 P.O. AÑO 117, pág. 3.

## ELEMENTOS DE LA REFORMA

Un primer requisito, antes de proceder con el análisis de la reforma y evaluar las posibilidades de éxito, es conocer la reforma por sus elementos. Esto es, ubicar los cambios, sus implicaciones, los problemas a los que responden, la profundidad de las modificaciones y su alcance, sobre todo en términos temporales. Para ello, y como primer paso en el análisis del nuevo sistema, la descripción de la reforma se presenta a partir de los cuatro elementos básicos: el nuevo sistema de pensiones, la adecuación de los esquemas de prestaciones y los métodos de financiamiento, la modificación de los criterios de acceso y finalmente, el cambio en la relación que determina la vigencia funcional del sistema. En el *cuadro 3.1* se presenta una comparación de la estructura por ramos del IMSS, entre la nueva ley y la legislación anterior; mientras que en el *cuadro 3.2* incluye una descripción detallada de los seguros y ramos que integran la Nueva Ley del Seguro Social.

**Cuadro 3.1**  
**Estructura del IMSS**

LEY DE 1973		NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL	
1.	RÉGIMEN OBLIGATORIO <ul style="list-style-type: none"> <li>• RIESGOS DE TRABAJO</li> <li>• ENFERMEDADES Y MATERNIDAD</li> <li>• INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE</li> <li>• GUARDERÍAS</li> <li>• RETIRO (desde 1992)</li> <li>• CONTINUACIÓN VOLUNTARIA</li> <li>• INCORPORACIÓN VOLUNTARIA</li> </ul>	1.	RÉGIMEN OBLIGATORIO <ul style="list-style-type: none"> <li>• RIESGOS DE TRABAJO</li> <li>• ENFERMEDADES Y MATERNIDAD</li> <li>• INVALIDEZ Y VIDA</li> <li>• RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ</li> <li>• GUARDERÍAS Y PRESTACIONES SOCIALES</li> <li>• CONTINUACIÓN VOLUNTARIA</li> <li>• INCORPORACION VOLUNTARIA</li> <li>• SEGURIDAD SOCIAL EN EL CAMPO</li> </ul>
2.	RÉGIMEN VOLUNTARIO <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEGUROS FACULTATIVOS Y ADICIONALES</li> </ul>	2.	RÉGIMEN VOLUNTARIO <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA</li> <li>• SEGUROS ADICIONALES</li> </ul>
3.	SERVICIOS SOCIALES		

Fuente: Elaboración propia con información del Diario Oficial de la Federación.

**Cuadro 3.2**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS SEGUROS DEL IMSS, NUEVA LEY**

SEGURO	FINANCIAMIENTO	PRESTACIONES	REQUISITOS
<p><b>RIESGOS DE TRABAJO (RT)</b></p> <p>Accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o por motivo de su trabajo.</p> <p><b>Riesgos protegidos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacidad temporal (IT)</li> <li>2. Incapacidad permanente parcial (IPP)</li> <li>3. Incapacidad permanente total (IPT)</li> <li>4. Muerte</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los recursos para prestaciones, capitales constitutivos y gastos administrativos serán cubiertos íntegramente con las cuotas que aporten los patrones y demás sujetos obligados</li> <li>2. Las cuotas se determinarán en relación con la cuantía del salario base de cotización y con los riesgos inherentes a la actividad.</li> <li>3. Las empresas revisarán cada año su siniestralidad.</li> <li>4. Para el cálculo de las primas, las empresas tomarán en cuenta la siniestralidad, un factor de prima y los salarios base de cotización, según la fórmula del art. 72 y 73</li> <li>5. La cuota promedio es de 4.06% sobre el salario base de cotización, en promedio.</li> </ol>	<p><b>En especie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.</li> <li>2. Servicio de hospitalización.</li> <li>3. Aparatos de prótesis y ortopedia</li> <li>4. Rehabilitación</li> <li>5. Los pensionados y sus familiares tienen derecho a las prestaciones consignadas en el ramo de Enfermedades y Maternidad, sin necesidad de cotizar.</li> </ol> <p><b>En dinero:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si está incapacitado para trabajar, 100% de su salario mientras esté habilitado y no se le haya declarado alguna incapacidad permanente, lo que deberá ocurrir en 52 semanas.</li> <li>2. Pensión mensual por incapacidad permanente total igual al 70% del salario en que cotizara.             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Los pensionados tienen derecho a contratar un seguro de supervivencia.</li> <li>2.2. Si el saldo acumulado es superior al necesario para adquirir la renta vitalicia a que tenga derecho, puede optar por a) retirar el excedente en una sola exhibición; b) contratar una renta vitalicia mayor; c) aplicar el excedente para el pago de una sobre prima.</li> </ol> </li> <li>3. Pensión por incapacidad permanente parcial superior al 50%, calculada conforme a la tabla de la Ley Federal del Trabajo, con base en el monto de la pensión por incapacidad permanente total, que hubiera correspondido. La pensión se otorgará por una institución de seguros.</li> <li>4. En caso de incapacidad permanente parcial hasta del 50%, el Instituto pagará al asegurado una indemnización global de 5 anualidades de la pensión que hubiese correspondido.</li> <li>5. Aguinaldo de 15 días de la pensión que perciban, para los pensionados por IPT e IPP superior al 50%.</li> <li>6. En caso de muerte, los beneficiarios tendrán derecho a contratar con una aseguradora un paquete de prestaciones que incluye:             <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1. 60 días de SMGDF, para gastos de fallecimiento.</li> <li>6.2. Pensión de viudez del 40% de la correspondiente por IPT. El importe no podrá ser inferior al mínimo para las pensiones de viudez en el Seguro de Invalidez y Vida.</li> <li>6.3. Pensión a cada uno de los huérfanos (de padre o madre) del 20% de la que hubiese correspondido al asegurado por IPT, siempre que estén totalmente incapacitados o sean menores de 16 años (máximo 25 si estudian). Si son huérfanos de padre y madre, la pensión será del 30%.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Incremento periódico de las pensiones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La cuantía de las pensiones por incapacidad permanente, se actualizará anualmente con el Índice Nacional de Precios al Consumidor</li> <li>2. Las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes se revisarán e incrementarán en la proporción que corresponda con base en el esquema anterior.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cotizar al seguro.</li> <li>2. Si ocurre un accidente y los trabajadores no estaban asegurados, el patrón está obligado a restituir al Instituto el costo de las prestaciones otorgadas</li> </ol>

		<p><b>Prevención de riesgos de Trabajo:</b></p> <p>1. El Instituto está facultado para proporcionar servicios de carácter preventivo en coordinación con la STPS y demás entidades públicas.</p>	
<p><b>ENFERMEDADES Y MATERNIDAD (EyM)</b></p> <p>Accidentes y enfermedades que no sean producto del trabajo o actividad profesional.</p> <p><b>Cobertura:</b></p> <p>1. Los asegurados.</p> <p>2. Los pensionados por IPT, IPP con un mínimo de 50%, Invalidez, Cesantía, Vejez, Viudez, orfandad y ascendientes.</p> <p>3. La esposa o concubina del asegurado.</p> <p>4. Los hijos del asegurado o pensionado menores de 16 años, o 25 si estudian Hijos mayores de 16 años de los asegurados, cuando estén incapacitados Hijos de pensionados mayores de 16 años que reciben asignaciones familiares.</p> <p>5. Padres del asegurado o pensionado que dependan económicamente.</p>	<p>1. Los recursos se obtienen de las aportaciones de patrones, trabajadores, Estado y demás sujetos obligados.</p> <p>2. Para las prestaciones en especie:</p> <p>2.1. Cuota patronal diaria del 13.9% de un SMGDF.</p> <p>2.2. Para los trabajadores con salarios mayores a 3 SMGDF, una cuota patronal del 6% y otra del trabajador del 2% sobre el excedente del salario y 3SMGDF.</p> <p>2.3. Cuota del Gobierno Federal de 13.3% del SMGDF.</p> <p>3. Para las prestaciones en dinero, se aportará una cuota del 1% sobre el salario base de cotización, de la forma:</p> <p>3.1. Patrones 0.70%</p> <p>3.2. Trabajadores 0.25%</p> <p>3.3. Gobierno Federal 0.05%</p>	<p><b>En especie:</b></p> <p>1. Asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el inicio del padecimiento y por lapso de 52 semanas para el mismo padecimiento, prorrogable por un periodo igual.</p> <p>2. En caso de maternidad las prestaciones son:</p> <p>2.1. Asistencia obstétrica.</p> <p>2.2. Ayuda en especie por 6 meses para lactancia</p> <p>2.3. Canastilla al nacer el hijo, cuyo importe lo será señalado por el Consejo Técnico.</p> <p>3. La prestación de servicios puede ser directa, en las instalaciones y con el personal propio de la institución, indirecta, en base a convenios con otros organismos públicos o privados, o mediante convenios con los patrones que tengan establecidos servicios médicos y hospitalarios.</p> <p><b>En dinero:</b></p> <p>1. Subsidio cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo, que se pagará mientras dure la incapacidad y hasta por 52 semanas y será igual 60% del último salario diario de cotización. La invalidez, en su caso, deberá determinarse dentro del término señalado.</p> <p>2. En caso de maternidad, la asegurada recibirá un subsidio del 100% del último salario diario de cotización, durante los 42 días anteriores al alumbramiento, y los 42 posteriores.</p> <p>3. En caso de fallecimiento, el Instituto pagará 2 meses de SMGDF a los beneficiarios.</p> <p><b>Conservación de derechos:</b></p> <p>1. El asegurado que quede privado de trabajo remunerado, conservará durante las 8 semanas posteriores el derecho a recibir exclusivamente la asistencia médica y maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria; siempre que hayan cotizado al menos por 8 semanas ininterrumpidas.</p> <p>2. Los trabajadores que se encuentre en estado de huelga, recibirán las prestaciones médicas mientras ésta dure.</p> <p><b>Medicina preventiva:</b></p> <p>1. Para proteger la salud y prevenir las enfermedades, los servicios de salud comunitaria del IMSS desarrollarán programas de difusión para la salud, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros enfocados a resolver problemas médico-sociales. Con este objetivo el IMSS se coordinará con la SSA y otras dependencias y organismos públicos.</p>	<p>1. Para gozar del subsidio por enfermedad, se deben tener cubiertas cuando menos 4 cotizaciones semanales antes de la enfermedad. Si son trabajadores eventuales, 6 cotizaciones semanales en los 4 meses anteriores a la enfermedad.</p> <p>2. Sujetarse a las prescripciones y tratamientos indicados por el Instituto.</p> <p>3. Para gozar del subsidio por maternidad, la asegurada debe haber cubierto 30 cotizaciones semanales al menos, en los 12 meses anteriores al goce de la prestación. Además, que no realice trabajo remunerado en el periodo.</p> <p>4. Para pagos por fallecimiento, el asegurado debe haber cubierto al menos 12 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores al fallecimiento.</p>
<p><b>INVALIDEZ Y VIDA (IV)</b></p> <p>Existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse una remuneración superior al 50% de la habitual, percibida durante el último año de trabajo.</p>	<p>1. Los recursos para cubrir el pago de las prestaciones, gastos administrativos y creación de reservas técnicas, se obtendrán de las cuotas que aporten patrones, trabajadores y Estado.</p> <p>2. Para el seguro de Invalidez y Vida se aportará una cuota del 2.5% del salario base del trabajador, distribuido de la forma</p>	<p><b>Para el seguro Invalidez:</b></p> <p>1. Pensión temporal.</p> <p>1.1. Se otorga por periodos renovables en casos de existir la posibilidad de recuperación.</p> <p>1.2. El monto es igual al 35% del promedio del salario base de cotización de los últimos 5 años, ajustado con el INPC.</p> <p>2. Pensión definitiva</p> <p>2.1. La pensión (renta vitalicia) y el seguro de sobrevivencia derivados, se contratarán con una aseguradora, según el procedimiento de cálculo.</p> <p>3. Asistencia médica.</p>	<p><b>Invalidez:</b></p> <p>1. Requiere el cumplimiento de periodos de espera, medidos en semanas de cotización reconocidas por el IMSS.</p> <p>2. Cuando el asegurado está imposibilitado para percibir un salario superior al 50% del salario habitual.</p> <p>3. Que la invalidez sea resultado</p>



<p><b>Riesgos protegidos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invalidez y muerte del asegurado o pensionado por invalidez.</li> </ol> <p><b>Cobertura:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para el seguro de invalidez:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Asegurado</li> <li>1.2. Esposa o concubina, hijos y ascendientes según requisitos</li> </ol> </li> <li>2. Para el seguro de vida:       <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Asegurados</li> <li>2.2. Pensionados por invalidez, retiro, cesantía, vejez e incapacidad permanente (si cubrió más de 150 cotizaciones).</li> <li>2.3. Beneficiarios del pensionado por incapacidad permanente.</li> </ol> </li> </ol>	<p>siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Patrones, el 1.75%</li> <li>2.2. Trabajadores, el 0.625%</li> <li>2.3. Estado, 0.125%</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Asignaciones familiares</li> <li>5. Ayudas asistenciales.</li> </ol> <p><b>Para el seguro de Vida:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensiones y prestaciones económicas:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Pensión de viudez. Será igual al 90% de la que hubiera correspondido (o disfrutaba) por invalidez.</li> <li>1.2. Pensión de orfandad. A cada uno de los huérfanos (de padre o madre) del 20% de la que hubiese correspondido al asegurado por Invalidez, siempre que estén totalmente incapacitados o sean menores de 16 años (máximo 25 si estudian). Si son huérfanos de padre y madre, la pensión será del 30%. Al finalizar este derecho se otorgará un finiquito de 3 mensualidades de la pensión.</li> <li>1.3. Pensión de ascendientes. Cuando no existan viuda, huérfanos ni concubina, se otorgará a cada ascendiente una pensión del 20% de la que hubiera correspondido, siempre que dependieran económicamente de él.</li> <li>1.4. Ayuda asistencial a la pensionada por viudez.</li> <li>1.5. Asistencia médica.</li> </ol> </li> <li>2. Formas de pago.       <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes se pagarán mediante la contratación de una renta vitalicia con una aseguradora, según el procedimiento establecido</li> <li>2.2. En caso de fallecimiento de un pensionado por RT, Invalidez, Retiro, Cesantía o Vejez, las pensiones a sobrevivientes se otorgarán con cargo al seguro de sobrevivencia contratado por el fallecido.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Asignaciones familiares:</b> ayuda por carga familiar que se conceden a los beneficiarios de los pensionados por invalidez según las reglas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para la esposa o concubina, 15% de la pensión asignada al asegurado.</li> <li>2. Para cada hijo menor de 16 años (o 25 si son estudiantes), 10% de la pensión asignada al asegurado.</li> <li>3. Cuando no existan esposa, concubina ni hijos, se concede 10% a cada uno de los ascendientes que dependan económicamente del asegurado.</li> </ol> <p><b>Ayuda asistencial:</b> se otorgan al asegurado por invalidez y viudas(os) cuando su estado físico requiera que lo asista otra persona.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento hasta del 20% de la pensión con base en el dictamen médico elaborado por el Instituto.</li> <li>2. Si el asegurado no tiene esposa o concubina, ni hijos, ni ascendientes, se otorga una ayuda asistencial del 15% de la pensión.</li> <li>3. Si el asegurado sólo tiene un ascendiente con derecho a asignaciones familiares, se concederá una ayuda asistencial del 10%.</li> </ol> <p><b>Cuantía de las pensiones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El monto de la pensión será del 35% del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización, actualizadas con el INPC.</li> <li>2. En ningún caso la pensión por invalidez podrá ser inferior a un SMGDF, que es la</li> </ol>	<p>de un accidente o enfermedad no profesional.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Haber cubierto el pago de 500 semanas de cotización (o 150 en caso de que la invalidez sea del 75% o superior).</li> <li>5. Someterse a los exámenes y tratamientos médicos prescritos por el IMSS.</li> </ol> <p><b>Vida:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el asegurado haya cubierto un mínimo de 150 semanas de cotización al fallecer, o que se encontrara disfrutando de una pensión.</li> <li>2. Que la muerte no se deba a un riesgo de trabajo.</li> <li>3. Si se trata de un pensionado por incapacidad permanente, los beneficiarios tendrán derecho siempre que el pensionado hubiera acreditado 150 semanas de cotización, aún si la muerte ocurre por un riesgo no laboral.</li> </ol> <p><b>Asignaciones familiares y ayuda asistencial:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se entregarán al asegurado.</li> <li>2. Cesan con la muerte del familiar que las originó.</li> <li>3. Las asignaciones familiares no se tomarán en cuenta para calcular las pensiones de viudez, orfandad o ascendientes.</li> </ol> <p><b>Conservación de derechos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los asegurados que dejen de pertenecer al régimen obligatorio conservarán los derechos a pensiones en el ramo de vida, por la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales y no será menor a 12 meses.</li> <li>2. Establece formas para que los trabajadores reincorporados al régimen obligatorio recuperen el tiempo cubierto con anterioridad.</li> </ol>
---	--	--	---

		<p>pensión garantizada.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La <i>penión</i>, incluyendo asignaciones familiares y ayudas asistenciales, no excederá el 100% del salario promedio que sirvió de base para el cálculo de la pensión</li> <li>Las pensiones de invalidez y vida otorgadas, se incrementarán <i>anualmente</i> conforme el INPC</li> </ol>	
<p><b>RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ (RCV)</b></p> <p><b>Riegos protegidos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Retiro, cesantía en edad avanzada del asegurado, muerte de los pensionados por este seguro.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Los patrones y el Gobierno Federal están obligados a pagar al IMSS, vía Afores, el importe de las cuotas obrero patronales y la aportación estatal</li> <li>Las aportaciones, después de individualizarse en las respectivas subcuentas, se depositarán en las cuentas individuales de cada trabajador.</li> </ol> <p><b>Esquema de cuotas por seguro:</b> (sobre el salario base de cotización)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Retiro: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. 2% a cargo del patrón</li> </ol> </li> <li>Cesantía y vejez: <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. 3.150% a cargo del patrón.</li> <li>2.2. 1.125% a cargo del trabajador</li> <li>2.3. 0.225% a cargo del Estado</li> <li>2.4. Además, el Gobierno Federal aportará mensualmente una cuota social del 5.5% del SMGDF, que se actualizará trimestralmente con el INPC y con cargo al gasto público en materia de Seguridad Social.</li> </ol> </li> <li>Se crea una reserva con aportaciones tripartitas para el financiamiento de los gastos médicos de los pensionados. La cuota total es de 1.5% repartida como sigue: <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. 1.125% a cargo del patrón.</li> <li>3.2. 0.30% a cargo del trabajador</li> <li>3.3. 0.075% a cargo del gobierno</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Para el seguro de Cesantía:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penión. Alternativas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Renta vitalicia, contratada con una aseguradora, que se actualizará anualmente con el INPC</li> <li>1.2. Retiros programados, manteniendo el fondo individual en la Afore y con cargo a éste. En este caso, el trabajador podrá contratar una <i>renta vitalicia</i> en cualquier momento</li> <li>1.3. El trabajador podrá pensionarse antes de la edad establecida, siempre que su fondo individual permita adquirir una <i>renta vitalicia</i> sea superior al 30% de la pensión mínima garantizada.</li> </ol> </li> <li>Asistencia médica</li> <li>Asignaciones familiares. Según lo establecido en el seguro de IV.</li> <li>Ayudas asistenciales. Según lo establecido en el seguro de IV.</li> </ol> <p><b>Para el seguro de Vejez:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penión. Alternativas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Renta vitalicia, contratada con una aseguradora, que se actualizará anualmente con el INPC.</li> <li>1.2. Retiros programados, manteniendo el fondo individual en la Afore y con cargo a éste. En este caso, el trabajador podrá contratar una <i>renta vitalicia</i> en cualquier momento.</li> </ol> </li> <li>Asistencia médica</li> <li>Asignaciones familiares. Según lo establecido en el seguro de IV.</li> <li>Ayudas asistenciales. Según lo establecido en el seguro de IV.</li> </ol> <p><b>Para el seguro de Retiro:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Caso particular del seguro de vejez en que los trabajadores pueden retirarse antes de la edad establecida (65 años), siempre que su <i>fondo individual</i> permita adquirir una <i>renta vitalicia</i> sea superior al 30% de la pensión mínima garantizada.</li> <li>El número de cotizaciones mínimo requerido, es igual al caso de Vejez: 1,250 semanas.</li> </ol> <p><b>Ayuda para gastos de Matrimonio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El asegurado tiene derecho a retirar con este motivo, una cantidad equivalente a 30 días de SMGDF, proveniente de la cuota social aportada por el Gobierno Federal en su fondo individual.</li> </ol> <p><b>Pensión mínima garantizada:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A los pensionados por Cesantía y Vejez, el Estado asegura una <i>penión garantizada</i> mensual de 1 Salario Mínimo General para el Distrito Federal, que se actualizará <i>anualmente</i> con el INPC.</li> <li>Los asegurados cuyos recursos acumulados en su cuenta individual resulten insuficientes para contratar una <i>renta vitalicia</i> o un <i>retiro programado</i> que asegure el</li> </ol>	<p><b>Cesantía en edad avanzada:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Haber cumplido 60 años de edad.</li> <li>Tener reconocidas un <i>mínimo</i> de 1,250 semanas de cotización.</li> <li>Quedar privado de trabajo remunerado</li> <li>El trabajador con 60 años y privado de trabajo remunerado pero que no reúna el mínimo de cotizaciones requeridas, podrá <i>retirar</i> el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición.</li> <li>Excluye la posibilidad de gozar posteriormente <i>pensiones</i> de invalidez o de vejez.</li> </ol> <p><b>Vejez:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Haber cumplido 65 años de edad.</li> <li>Tener reconocidas un <i>mínimo</i> de 1,250 semanas de cotización</li> <li>El trabajador con 65 años o más pero que no reúna el mínimo de cotizaciones requeridas, podrá <i>retirar</i> el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición. Aunque si cuenta con un <i>mínimo</i> de 750 tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de EYM.</li> </ol> <p><b>Ayuda para gastos de matrimonio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tener un <i>mínimo</i> de 150 cotizaciones acreditadas en el ramo de RCV.</li> <li>Comprobar la muerte de la esposa o acta de divorcio.</li> <li>Que la cónyuge no haya sido registrada anteriormente como esposa.</li> <li>Se otorga una sola vez.</li> </ol>

		<p>disfrute de la pensión garantizada y el seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios, recibirán del gobierno federal la aportación complementaria suficiente para ello.</p> <p>3. Agotados los recursos de la cuenta individual, la Afore notificará al IMSS con la finalidad de que éste continúe pagando la pensión mínima garantizada, con recursos del gobierno federal.</p> <p><b>Servicios médicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los asegurados que no cubran las 1,250 semanas de cotización requeridas, pero sobrepasen las 750, tendrán derecho a recibir la atención médica del seguro de EyM, desde el momento de su retiro y hasta su muerte.</li> </ul> <p>* la ley también establece los lineamientos de las cuentas individuales, las Afores y las Siefores, así como los derechos y obligaciones de todos los participantes.</p>	
<p><b>GUARDERÍAS Y PRESTACIONES SOCIALES</b></p> <p><b>Riesgos cubiertos:</b></p> <p>1. Guarderías: cuando la madre asegurada o el trabajador viudo o divorciado que conserve la custodia de los hijos, no pueda proporcionar cuidados a sus hijos durante la jornada de trabajo.</p> <p>2. Prestaciones sociales:</p> <p>2.1. Prestaciones sociales institucionales.</p> <p>2.2. Prestaciones de solidaridad social.</p> <p>3. Los sujetos de solidaridad social incluirán a:</p> <p>3.1. Indígenas, campesinos temporales en zonas de alta marginalidad.</p> <p>3.2. Familias campesinas en extrema pobreza.</p>	<p>1. Para el seguro de guarderías y prestaciones sociales institucionales:</p> <p>1.1. Las cuotas las cubrirán íntegramente los patrones, independientemente de que tengan o no trabajadores beneficiarios del seguro de guarderías.</p> <p>1.2. La cuota es del 1% sobre la nómina.</p> <p>1.3. El Instituto puede celebrar convenios de reversión de cuotas o subrogación de servicios con los patrones que proporcionen el servicio.</p> <p>2. Para el seguro de prestaciones de solidaridad social:</p> <p>2.1. Las prestaciones serán financiadas por la Federación y por los propios beneficiarios, que contribuirán con aportaciones en efectivo o trabajos personales.</p>	<p><b>Para el seguro de Guarderías:</b></p> <p>1. Los servicios incluirán el aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación.</p> <p>2. El servicio se proporcionará durante las horas de la jornada de trabajo del padre o madre.</p> <p>3. Los asegurados que sean dados de baja del régimen obligatorio conservarán los derechos a esta prestación por cuatro semanas.</p> <p><b>Para el seguro de Prestaciones sociales:</b></p> <p>1. Prestaciones sociales institucionales: servicios con el objetivo de fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general e los niveles de vida de la población. Se proporcionan mediante programas de:</p> <p>1.1. Promoción de la salud, a través de cursos directos y uso de medios masivos de comunicación.</p> <p>1.2. Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios.</p> <p>1.3. Mejoramiento de la alimentación y la vivienda.</p> <p>1.4. Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas.</p> <p>1.5. Regularización del Estado Civil.</p> <p>1.6. Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo.</p> <p>1.7. Centros vacacionales y de readaptación para el trabajo.</p> <p>1.8. Superación de la vida en el hogar.</p> <p>1.9. Establecimiento y administración de velatorios y servicios afines.</p> <p>1.10. Otros para la elevación del nivel de vida individual y colectivo.</p> <p>1.11. Las prestaciones de este seguro se proporcionan por el Instituto sin comprometer la eficacia de los seguros del régimen obligatorio ni su equilibrio financiero.</p> <p>2. Prestaciones de solidaridad social: comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria.</p> <p>2.1. El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas para estos servicios en favor de núcleos de población que constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.</p>	<p><b>Guarderías:</b></p> <p>1. El servicio es únicamente para niños de 43 días a 4 años.</p> <p><b>Prestaciones de solidaridad social:</b></p> <p>1. Que las comunidades beneficiadas sean determinadas como sujetos de solidaridad social por el Ejecutivo.</p>
<p><b>CONTINUACIÓN VOLUNTARIA EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO</b></p>	<p>1. El asegurado cotizará en el último salario o superior al que tenía en el momento de la baja.</p>	<p>1. Pueden cotizar en los seguros conjuntos de IV y RCV.</p> <p>2. Tienen derecho a todas las prestaciones en estos seguros.</p>	<p>1. Tener un mínimo de 52 cotizaciones semanales.</p>

<p>1. Cubre a todos los trabajadores del Régimen Obligatorio que, por algún motivo, dejaron de pertenecer a ese régimen</p>	<p>2. Para el seguro de Retiro, el trabajador cubrirá la totalidad de la cuota. 3. Para los seguros de Cesantía y Vejez, el trabajador cubrirá las cuotas obrero patronales, pero el Estado aportará la parte que le corresponde y la cuota social. 4. Para el seguro de IV, el asegurado cubrirá las cuotas obrero patronales y el Estado la parte que le corresponda</p>		
<p><b>INCORPORACIÓN VOLUNTARIA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO</b></p> <p><b>Cobertura:</b></p> <p>1. Trabajadores en industrias familiares e independientes, como comerciantes en pequeño, artesanos y demás no asalariados. 2. Trabajadores domésticos. 3. Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios. 4. Patrones, personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio. 5. Trabajadores al servicio de las administraciones federales descentralizadas no comprendidos en otras leyes.</p>	<p>1. Los sujetos de aseguramiento cotizarán por anualidades adelantadas. 2. Las cuotas obrero patronales se cubrirán en base al salario siguiente: 2.1. Para los trabajadores del tipo 1, 3 y 4, el equivalente a 3 veces el SMGDF. 2.2. Para los trabajadores del tipo 2 y 5, el salario real integrado según la Ley. 3. A las bases de cotización se les aplicarán las primas de financiamiento establecidas en la Ley para los seguros cubiertos, reduciendo la parte proporcional de las prestaciones excluidas.</p>	<p><b>Los seguros y prestaciones a que tienen derecho los asegurados, dependen del grupo:</b></p> <p>1. Los trabajadores del tipo 1 y 3, el esquema de aseguramiento comprende: 1.1. Las prestaciones en especie de EyM, 1.2. Las correspondientes a los seguros de IV, Retiro y Vejez. 2. Los trabajadores del tipo 2: 2.1. Prestaciones en especie de los seguros de RT y EyM. 2.2. Las correspondientes a los seguros de IV y RCV. 3. Los trabajadores del tipo 4: 3.1. Prestaciones de RT. 3.2. Prestaciones en especie de EyM. 3.3. Las correspondientes a los seguros de IV, Retiro y Vejez. 4. Para los trabajadores del tipo 5: 4.1. Prestaciones de RT. 4.2. Prestaciones en especie de EyM. 4.3. Las correspondientes a los seguros de IV y RCV. 5. En caso de muerte del asegurado, el Instituto pagará a los beneficiarios por concepto de fallecimiento 2 meses de SMGDF, siempre que tenga al menos 12 cotizaciones semanales reconocidas, en los 9 meses anteriores al fallecimiento.</p>	<p><b>Inscripción:</b></p> <p>1. La incorporación se realizará por convenio y se sujetará a las modalidades: 1.1. En forma individual o de grupo. 1.2. Comprende 5 grupos de acuerdo al tipo de empleo.</p>
<p><b>SEGURIDAD SOCIAL EN EL CAMPO</b></p> <p><b>Cobertura:</b></p> <p>1. Hombres y mujeres del campo que sean trabajadores independientes. 2. Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios. 3. Trabajadores de ejidos y otras formas de organización</p>	<p>• La cotización se hará según lo dispuesto en el seguro de incorporación voluntaria al régimen obligatorio.</p>	<p>• Las prestaciones están en función del acceso a los seguros y amplitud de las prestaciones a que se tenga derecho.</p>	<p>1. La afiliación se hará mediante convenios de incorporación voluntaria al régimen obligatorio, o mediante el seguro de salud para la familia 2. Los productores del campo incorporados por Decreto Presidencial, podrán afiliarse al régimen que resulte más conveniente a sus condiciones productivas y de ingreso.</p>
<p><b>SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA</b></p>	<p>1. Todos los sujetos que se incorporen voluntariamente a este</p>	<p>• Las familias que celebren un convenio con el IMSS tendrán derecho a todas las prestaciones en especie del seguro de EyM.</p>	

<p><b>Cobertura:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todas las familias en México que celebren un convenio con el IMSS.</li> <li>2. El IMSS podrá celebrar estos convenios con los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero</li> </ol>	<p>seguro, pagarán anualmente una cuota equivalente al 22.4% de un SMGDF.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. El estado contribuirá con una cuota diaria del 13.9% de un SMGDF, que se actualizará trimestralmente con el INPC.</li> </ol> <p><b>Disposiciones administrativas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estos seguros se organizarán en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separadas de la correspondiente a los seguros obligatorios, en las cifras consolidadas.</li> </ol>		
<p><b>SEGUROS ADICIONALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguros contratados por el IMSS para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos de Ley o en los contratos colectivos de trabajo que fueran superiores a las otorgadas por el régimen obligatorio</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La prima, cuota, periodos de pago y demás modalidades, serán convenidas por el IMSS con base en las características de los riesgos y las prestaciones protegidas.</li> </ol> <p><b>Disposiciones administrativas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estos seguros se organizarán en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separadas de la correspondiente a los seguros obligatorios, en las cifras consolidadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los seguros adicionales se contratan para: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Aumentos de cuantías.</li> <li>1.2. Disminución de la edad mínima para su disfrute.</li> <li>1.3. Modificación del salario promedio base del cálculo.</li> <li>1.4. Y todas aquellas que se traduzcan en coberturas y prestaciones superiores a las legales.</li> </ol> </li> <li>2. Las prestaciones a que se refiere este seguro son las de los ramos de RT, IV y RCV.</li> </ol>	

Fuente: Elaboración propia con información del Diario Oficial de la Federación y del Diario de Debates de la H. Cámara de Diputados.

## Nuevo sistema de pensiones

Las pensiones, de manera general, son las prestaciones creadas para reemplazar el salario que se deja de percibir, en especial cuando se pierde la capacidad de trabajar. En el sistema anterior, estas se pagaban en dos situaciones: uno, cuando la realización de un riesgo de trabajo –enfermedad o accidente profesional– derivaba en incapacidad permanente; y dos, por la inhabilitación permanente a causa de una enfermedad o accidente no profesional, y por la edad –cesantía en edad avanzada y vejez–. A estas pensiones, se agregaban las derivadas de la muerte del asegurado en ambos casos –viudez, orfandad y ascendientes– y los subsidios temporales. De esta forma, y en lo que respecta al tratamiento técnico, la inhabilitación permanente del asegurado se atendía de dos formas. La primera, en el seguro de RT, mediante la cotización en un seguro colectivo que acumulaba las reservas técnicas necesarias para el pago de pensiones, por invalidez o muerte, derivadas de accidentes y enfermedades profesionales. La segunda, en el seguro de IVCM, formalmente en un sistema semifondeado a partir de la integración de un fondo colectivo; aunque en los hechos, por el agotamiento de reservas y su uso para solventar otros ramos, el financiamiento se realizaba mediante un sistema *pool*, donde las aportaciones de los asegurados en activo financiaban las pensiones de los retirados sin diferenciar a las de invalidez del resto, salvo en el momento de calcularlas. De esta forma, el sistema diferenció las pensiones sólo por la naturaleza del riesgo que las originaba –laboral o no laboral– y en consecuencia, estableció dos mecanismos para proveerlas: las derivadas de riesgos de trabajo y las “otras”.

Los problemas de ese sistema, como se vio en el capítulo anterior, fueron el desfinanciamiento del sistema por el agotamiento de las reservas, los reducidos montos de las pensiones, las inequidades derivadas del tratamiento homogeneizado de las pensiones, y sobre todo, la incapacidad del sistema para diferenciar los riesgos y consecuentemente, la imposibilidad de darles un tratamiento correcto, en sentido técnico. Este último punto se refiere a que, no es lo mismo una pensión por retiro –vejez y cesantía, en el sistema anterior– que una por invalidez, necesariamente generada durante la vida laboralmente activa del asegurado. En estricto sentido se trata de un riesgo –la enfermedad o accidente que genera la invalidez– y una condición previsible –llegar a viejo–. Es decir, aún y cuando la invalidez resultara de un riesgo no laboral, la pensión correspondiente no se puede otorgar en el mismo programa que las de retiro–vejez–cesantía en edad avanzada: no son iguales, no reemplazan el mismo bien asegurado y no requieren el mismo tratamiento técnico. Las pensiones de retiro, por su naturaleza, suponen la completa terminación de un ciclo, además de que

se establecen para proteger la sobrevivencia del asegurado después de la edad laboralmente activa: el salario que se deja de percibir por la salida del mercado laboral como causa natural del envejecimiento. Las pensiones de invalidez, por el contrario, enfrentan la imposibilidad de completar tal ciclo y por lo tanto, son el mecanismo para proteger la capacidad de trabajar y recibir un salario: aseguran al individuo contra la pérdida de esa capacidad. Este argumento también tiene una contraparte financiera: en tanto que las pensiones de retiro se originan a la terminación del ciclo laboral, suponen la completa acumulación de un fondo con tal fin —sobre todo es un sistema de cuentas individuales como el instituido en la Nueva Ley—; las pensiones por invalidez, por el contrario, se originan en condiciones donde la acumulación de tal fondo es prácticamente imposible, de ahí que requieran de formas colectivas de solidaridad para su financiamiento, como ocurría en la Ley anterior con el seguro de RT y con las pensiones financiadas con recursos públicos provenientes del fisco. De esta forma, la diferenciación de las pensiones no sólo depende del tipo de riesgo que las originó, sino de la naturaleza de la inhabilitación; lo que implica una gama más amplia de aspectos técnicos y operativos, que alteran sensiblemente los mecanismos de financiamiento.

En el nuevo sistema se advirtieron estos factores y en consecuencia, se modificaron los criterios operativos, los esquemas de financiamiento —más allá de la individualización de cuentas— y las formas de pago. Un primer resultado fue la división del ramo de IVCM en dos seguros: Invalidez y Vida (IV), para cubrir al trabajador de los accidentes y enfermedades no profesionales que durante su vida laboralmente activa, le impidieran continuar trabajando; y el seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV), como forma de acumular los recursos necesarios para que al término del ciclo laboralmente activo, los asegurados puedan retirarse con seguridad en el ingreso. Estos dos seguros más el de Riesgos de Trabajo y los subsidios temporales del seguro de Enfermedades y Maternidad, constituyen la base del sistema de pensiones en el nuevo modelo. Ahora, como no se puede obviar el hecho de que estos seguros también otorgan prestaciones en especie y acceso a los servicios médicos, y reducir la reforma a los seguros de IV y RCV, excluyendo los Riesgos de Trabajo, constituye un error teórico mayor, el análisis se hace retomando estos tres seguros aunque poniendo mayor atención a las prestaciones en dinero.

Operativamente, bajo la nueva legislación, además de reorganizar los seguros y las prestaciones económicas, se modificaron los mecanismos para el pago de las pensiones, los esquemas de financiamiento, los requisitos, los criterios para la actualización de los montos y en especial, las formas de inversión, administración, supervisión y vigilancia de los recursos.

### ***Pensiones y prestaciones económicas: aspectos operativos***

La Nueva Ley incluye cuatro tipos de prestaciones económicas: los subsidios temporales de los seguros de RT, Enfermedades y Maternidad e IV; las pensiones permanentes de los seguros de RT, IV y RCV; las pensiones por sobrevivencia de los mismos seguros; y los aguinaldos, asignaciones familiares, ayudas asistenciales, gastos de funeral y ayudas para gastos de matrimonio. Básicamente, las mismas prestaciones de la ley anterior otorgadas en circunstancias similares, sin embargo, contienen diferencias fundamentales: la forma en que se pagan a los pensionados, los esquemas de financiamiento, los requisitos y la actualización de los montos. Todos ellos, en un esquema donde se prioriza de igual forma la solvencia del sistema y el poder adquisitivo de las prestaciones.

1. *Procedimiento de pago.* Anteriormente, todas las pensiones, subsidios y prestaciones económicas, eran pagadas por el Instituto directamente a los beneficiarios. En la Nueva Ley el pago se hace de dos formas: los subsidios temporales por incapacidad temporal –sin importar si es derivada de riesgos laborales o no laborales– y maternidad así como los gastos para ayuda de matrimonio y de funeral, los continúa pagando el IMSS de manera directa; en cambio, las pensiones permanentes y el resto de las prestaciones económicas que integran el cuadro de beneficios en estos casos, se pagan mediante la contratación de una *renta vitalicia* con una aseguradora o vía *retiros programados* directamente con las afores. La forma que en este último caso se adopte, depende del seguro que originó el derecho, del saldo en la cuenta individual y en último caso, de la elección que haga el asegurado.

- *Subsidios temporales.* El seguro de RT, otorga un subsidio temporal de 100% del salario base de cotización mientras dure la inhabilitación y hasta por 52 semanas. El seguro de Enfermedades y Maternidad, otorga un subsidio por incapacidad temporal del 70% del salario base de cotización, hasta por 52 semanas; en cambio, el subsidio por maternidad es del 100% del salario base de cotización, y se paga durante 84 días, 42 antes del parto y 42 después. Por último, el seguro de IV otorga una pensión temporal del 35% sobre el promedio del salario de cotización de los últimos 5 años, actualizados con el INPC (Índice Nacional de Precios al Consumidor). En todos estos casos, los subsidios se pagan directamente por el IMSS con cargo a las reservas técnicas de cada seguro.
- *Pensiones permanentes.* En los seguros de RT e IV, las pensiones por incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial superior al 50% e invalidez, se pagan



mediante la contratación de una renta vitalicia con una aseguradora. En cambio, en el seguro de RCV, las pensiones por cesantía y vejez, se pueden pagar contratando una renta vitalicia o mediante retiros programados. Pero en todos los casos, las pensiones por la muerte del asegurado o pensionado se pagan mediante la contratación de un seguro de sobrevivencia con una aseguradora. En cuanto a los montos, las pensiones por incapacidad permanente total en RT, son iguales al 75% del salario base de cotización al momento de ocurrir el riesgo; en este mismo seguro, las pensiones por incapacidad permanente parcial superior al 50%, se calculan con base en la tabla de la Ley Federal de Trabajo. Un aspecto que destacar: durante los dos primeros años de la pensión por incapacidad permanente total, se paga el 70% del salario de cotización promedio de los últimos 5 años actualizado con el INPC, como periodo de adaptación. En el seguro de IV, la pensión por invalidez es igual al promedio de los salarios de cotización de las últimas 500 semanas, actualizadas con el INPC. Finalmente, el monto de las pensiones de cesantía y vejez del seguro de RCV, se calcula de acuerdo con los recursos de las cuentas individuales y la esperanza de vida del pensionado. Es decir, la pensión es igual a la renta vitalicia que el saldo pueda pagar con dos excepciones: hay una pensión mínima garantizada, también aplicable a las pensiones de invalidez; y, cuando la renta vitalicia sea superior a la pensión garantizada, el pensionado puede optar por los retiros programados. Esto se verá con mayor detalle en el inciso 2. Finalmente, las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes, así como las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales, tienen los mismos montos que en la ley anterior.

- *Excepciones.* En todos estos seguros, la Ley especifica una serie de salvaguardas para aquellos casos en que no se cumplan los requisitos y por lo tanto, no se tenga derecho a la pensión. En el seguro de RT, cuando la incapacidad permanente es inferior al 50%, el IMSS pagará una indemnización global de 5 anualidades de la pensión que hubiera correspondido por incapacidad permanente total. En los seguros de IV y RCV, cuando el asegurado no reúna las semanas de cotización requeridas, la Ley lo faculta para retirar su cuenta de RCV en una sola exhibición. Sin embargo, si tiene mas de 750 semanas de cotización en el seguro de RCV, tiene derecho a los servicios médicos.

2. *Contratación de seguros.* Como se vio en el inciso anterior, las pensiones permanentes ya no se pagan por el IMSS, sino por instituciones financieras externas, sean aseguradoras o afores. Veamos por casos.

- Para las rentas vitalicias por incapacidad permanente total e invalidez, el pensionado tiene derecho a contratar con una aseguradora un paquete de prestaciones que incluye: renta mensual vitalicia –calculada según las especificaciones mencionadas antes–, seguro de sobrevivencia –en RT, si el asegurado tiene mas de 150 semanas de cotización este seguro también cubre la muerte por riesgos no laborales–, asignaciones familiares, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas. ¿Cómo se contrata? Primero, el IMSS calcula el monto constitutivo necesario para su contratación<sup>2</sup>; después, a esta cantidad le resta el saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador. La diferencia es la suma asegurada y representa la cantidad que deberá pagar el IMSS a la aseguradora por la contratación de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia<sup>3</sup>. El punto relevante de este procedimiento, es de dónde obtiene el IMSS los recursos para pagar las sumas aseguradas y de qué cuenta individual del asegurado se toman los recursos. Esto se verá en el inciso 3.
- Para las pensiones por muerte de los seguros de RT e IV, los beneficiarios del asegurado fallecido contratarán un seguro de sobrevivencia con una aseguradora en los mismos términos del inciso anterior. Es decir, el seguro de sobrevivencia incluye las pensiones y demás prestaciones económicas a que se tengan derecho. Y de igual forma, el IMSS resta el saldo de la cuenta individual del monto constitutivo, y paga la diferencia a la aseguradora.
- Los pensionados por cesantía y vejez del seguro de RCV, como ya se mencionó, tienen dos alternativas de pago: las rentas vitalicias y los retiros programados. La renta vitalicia, en estos casos, funciona de manera similar; solo que, si los recursos de la

<sup>2</sup> Las definiciones de todos estos términos se incluyen en el artículo 159 de la Nueva Ley:

- i. Cuenta individual: la que se abrirá para cada asegurado en las afores, para el depósito de las cuotas obrero–patronales y estatal del seguro de RCV y sus rendimientos. La cuenta se integrará de tres subcuentas: RCV, fondo de vivienda, y aportaciones voluntarias.
- ii. Pensión: renta vitalicia o retiro programado.
- iii. Renta vitalicia: contrato por el cual la aseguradora, a cambio de recibir los recursos acumulados en la cuenta individual se obliga a pagar periódicamente una pensión durante la vida del pensionado.
- iv. Retiros programados: modalidad de obtener una pensión fraccionando el monto total de los recursos de la cuenta individual. Para ello se tomará en cuenta la esperanza de vida de los pensionados y los rendimientos previsibles de los saldos.
- v. Seguro de sobrevivencia: el que se contrata a los pensionados por RT, Invalidez y RCV, con cargo a los recursos de la Suma Asegurada adicionada a los recursos de la cuenta individual, a favor de sus beneficiarios.
- vi. Monto constitutivo: cantidad de dinero que se requiere para contratar los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia con una institución de seguros.
- vii. Suma asegurada: cantidad que resulta de restar del monto constitutivo, el saldo de la cuenta individual del trabajador.

<sup>3</sup> En el momento de otorgarse la pensión, la AFORE adquirirá un seguro de sobrevivencia a nombre del trabajador y en favor de sus beneficiarios, con cargo a los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador. Nueva Ley del Seguro Social, art. 189.

cuenta individual no son suficientes para contratar al menos una pensión mínima garantizada, el Gobierno Federal aportará el monto complementario que se necesite para alcanzar la pensión mínima. Recordemos que en este caso, el monto de la renta vitalicia depende del saldo acumulado en la cuenta individual, de la esperanza de vida y de las prestaciones adicionales: seguro de sobrevivencia, ayudas asistenciales, asignaciones familiares, etc. Todos estos factores se incluyen en el cálculo del monto constitutivo. En cambio, cuando la renta mensual vitalicia a que tiene derecho el pensionado es superior a la pensión mínima –incluyendo el seguro de sobrevivencia y el resto de las prestaciones–, se puede optar por retiros programados. Bajo esta modalidad, cada año se calcula una anualidad de la siguiente forma: del saldo de la cuenta individual se resta el capital necesario para financiar una renta vitalicia para el asegurado y sus beneficiarios; después, esta diferencia se divide entre doce y se obtiene la pensión mensual correspondiente. De esta forma, el pensionado que haya optado por los retiros programados, tendrá la posibilidad de contratar una renta vitalicia con posterioridad.

3. *Esquemas de financiamiento.* De acuerdo con la descripción anterior, el monto de las pensiones se fija de dos formas: por ley para los seguros de RT e IV, donde las pensiones se asignan como porcentaje del salario percibido; y por el monto acumulado en las cuentas individuales, para el seguro de RCV. Esto, independientemente de la forma contractual que se adopte para su pago: rentas vitalicias o retiros programados. Por el otro lado, para la contratación de las rentas vitalicias, el monto constitutivo se integra con los recursos acumulados por cada trabajador y el resto, lo aportan el IMSS o el Gobierno Federal. De esta forma, el financiamiento de las pensiones en el nuevo sistema se hace en dos partes, o con un doble mecanismo: las cuotas permanentes para cada seguro, hechas sobre el salario base de cotización –a excepción de la cuota social que aporta el Gobierno, del 5.5% sobre el Salario Mínimo General del DF–; y una especie de finiquito al momento de contratar las rentas vitalicias.

- *Cuotas.* Por su origen, las cuotas se integran de manera tripartita en los seguros de IV y RCV; mientras que en el seguro de RT, por las razones expuestas en el capítulo anterior, solo aportan los patrones con una cuota integrada a partir del salario del trabajador y los riesgos de la actividad. Técnicamente, estas cuotas tienen un tratamiento distinto. Las de los seguros de RT – 4.06% en promedio– e IV – 2.5% –, quedan a disposición del Instituto para que integre las reservas técnicas de cada seguro: básicamente, la constitución de fondos colectivos como ocurría en la ley anterior. En cambio, las cuotas del seguro de RCV, se acumulan en cuentas individuales a cargo de las afores – 4.5% –.

La cuota del 1.5% restante, se destina para formación de un fondo colectivo para el financiamiento de los servicios médicos de los pensionados. De esta forma, en sentido estricto, el IMSS maneja las reservas técnicas de los seguros de RT, IV y servicios médicos, mientras que las reservas del seguro de RCV, se encuentran individualizadas en cuentas *ad-hoc* manejadas por las afores.

- *Finiquitos*. El aspecto relevante de este esquema, se presenta al momento de adquirir la renta vitalicia o los retiros programados. En el caso de las pensiones de RT e IV, el IMSS añade al saldo acumulado en la cuenta individual de RCV, el capital necesario para la contratación del programa de anualidades con la aseguradora. En el caso de las pensiones RCV, si el saldo individual de la cuenta no alcanza a financiar la renta vitalicia, el Gobierno Federal aporta los recursos necesarios para hacerlo. Así, en ambos casos, el procedimiento general consiste completar con recursos externos –del IMSS o del Gobierno Federal–, el capital necesario para la contratación de las rentas vitalicias con la aseguradora. De esta forma, las pensiones siempre resultan de los fondos acumulados en las cuentas individuales del seguro de RCV –más las aportaciones voluntarias, los recursos de Infonavit y los rendimientos, en caso de no haberse empleado– más un finiquito del IMSS con cargo a las reservas colectivas, si se trata de pensiones por RT o IV, o un finiquito con recursos de Gobierno Federal, si se trata de pensiones de RCV. Así, en los hechos, el nuevo sistema de pensiones mezcla las formas individuales de financiamiento con los esquemas colectivos, a partir de la formación de reservas técnicas en los seguros de RT e IV, y de recursos fiscales.
- A manera de resumen, el nuevo sistema combina dos formas para determinar el monto de las pensiones, con dos mecanismos de financiamiento. Por el lado de los montos, las pensiones se pueden fijar de manera “exógena” o “endógena”. De manera exógena, las derivadas de accidentes y enfermedades –sin importar el tipo de riesgo que los originó–, otorgadas por los seguros de RT e IV. De forma endógena, las de cesantía y vejez del seguro de RCV. En este caso, la forma “exógena” se refiere al hecho de que los montos se fijan por ley, independientemente del saldo acumulado en las cuentas individuales; a la inversa, el término “endógena”, significa que los montos de las pensiones dependen de los recursos acumulados en las cuentas individuales, con la salvedad de la pensión mínima garantizada. Por el otro lado, en lo que respecta al financiamiento, el sistema combina dos mecanismos: uno individual y uno colectivo; el primero a partir de las cuentas individuales y el segundo de los fondos colectivos. Pero en ambos casos, la pensión final siempre resulta del monto acumulado en las cuentas individuales, más la

aportación colectiva –hecha por el IMSS o por el Gobierno Federal, según sea el caso– que sea necesaria para contratar la renta vitalicia. De esta forma, el sistema no sólo diferencia a las pensiones por el tipo de riesgo que las originó –invalidez por riesgo laboral, invalidez por riesgo no laboral y retiro–, sino que les da un tratamiento consistente con esta diferenciación. A final de cuentas, una mezcla de formas solidarias e individuales de previsión.

4. *Actualización de los montos.* El diseño del nuevo sistema incluyó varios mecanismos para evitar que las pensiones perdieran su poder adquisitivo. Estos elementos se presentan de tres formas. La primera, en el momento de calcular el monto de las pensiones, especialmente las otorgadas por los seguros de RT e IV. En estos casos, la pensión asignada se calcula en relación al salario promedio de varios años anteriores –casi 10 en el caso de invalidez–; sólo que para hacerlo, los salarios se actualizan con el Índice Nacional de Precios al Consumidor. De esta forma y a diferencia de la ley anterior, la trayectoria salarial que sirve de base para fijar el monto de la pensión, toma el valor real de los salarios y no el valor nominal; lo que términos prácticos significa que la inflación no disminuye el monto de la pensión. La segunda forma, refiere la actualización permanente de los montos de las pensiones en curso de pago; esto es, la actualización de las rentas vitalicias y los retiros programados. En el primer caso, todas las rentas vitalicias, independientemente del seguro que las originó, se actualizan anualmente con el INPC. En el caso de los retiros programados, la actualización se deriva de la acumulación de intereses por mantener los recursos en la AFORE; y en el último de los casos, por el derecho permanente de contratar una renta vitalicia con esos mismos recursos, lo que significa que aún en el caso de que los recursos se vieran reducidos por el diferencial entre inflación y tasas de interés, el pensionado puede apelar a la contratación de una renta vitalicia con el apoyo financiero del IMSS o del Gobierno federal, según sea el caso. Y la tercera, es la pensión mínima garantizada que establece un sótano para las pensiones por IV y RCV. De esta forma, ninguna de estas pensiones –incluyendo asignaciones familiares y ayudas asistenciales– podrá ser inferior al Salario Mínimo General del DF. Además, las pensiones que se igualen a este mínimo, se incrementarán anualmente con el INPC. Sin embargo, el nuevo sistema de pensiones añadió una salvaguarda más: en el caso de que se agoten los recursos dados a la aseguradora para el pago de las rentas vitalicias, el IMSS continuará pagando la pensión asignada hasta el término del derecho o la muerte del titular. De esta forma, se protege a los pensionados del riesgo de quedarse sin ingresos a causa de vivir más del tiempo esperado.

5. *Requisitos.* Así como se modificaron completamente los esquemas de financiamiento, pago y actualización de las pensiones, también se revisaron los requisitos. El objetivo: adecuar los derechos –prestaciones– a las obligaciones –periodos de cotización–. En este sentido, los principales cambios ocurrieron en los seguros de IV, RCV y en el de Enfermedades y Maternidad para los subsidios temporales, ya que el seguro de RT opera de manera distinta.

- *Riesgos de Trabajo.* En este seguro, el único requisito para tener acceso a una pensión permanente, es que la incapacidad sea mayor al 50%. Además de las restricciones al seguimiento médico, donde el pensionado tiene la obligación de ceñirse a las indicaciones del Instituto. Sin embargo, si al momento de ocurrir el riesgo el asegurado tenía 150 semanas de cotización, el seguro de sobrevivencia se extenderá para cubrir la muerte por riesgos y enfermedades diferentes a las que generaron la incapacidad.
- *Enfermedades y Maternidad.* Para recibir el subsidio por incapacidad temporal, es necesario que el asegurado tenga al menos 4 cotizaciones semanales, o 6 si se trata de un trabajador eventual. Para el subsidio por maternidad, en cambio, se requiere que la trabajadora hay cubierto 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al parto, y que no realice ningún trabajo asalariado.
- *Invalidez y Vida.* Para gozar de las prestaciones por invalidez, es necesario que el asegurado cubra al menos 500 semanas de cotización; salvo que la invalidez sea superior al 75%, en este caso sólo se requieren 150 cotizaciones semanales. En el caso de Muerte, es necesario haber cubierto un mínimo de 150 cotización, o ser pensionado por invalidez, y que la muerte no se deba a un riesgo de trabajo.
- *Retiro, Cesantía y Vejez.* Para recibir las prestaciones del seguro de cesantía, es necesario que el asegurado tenga 60 años de edad y que haya cubierto al menos 1,250 semanas de cotización. Si no reúne esta cantidad pero cotizó un mínimo de 750, entonces tiene derecho a los servicios médicos del seguro de Enfermedades y Maternidad. En el caso de Vejez, es necesario tener 65 años de edad y las mismas cotizaciones que en Cesantía. Una salvedad: la nueva Ley posibilita a los asegurados para pensionarse antes de las edades indicadas, pero sólo si el saldo de su cuenta individual les da derecho a una renta vitalicia superior a la mínima garantizada en 30%.
- En el caso de las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes, los requisitos son iguales a los establecidos en la ley anterior.

### *Administración e inversión de recursos*

Como se explicó anteriormente, la Nueva Ley establece dos esquemas para el manejo de los recursos respectivos a las pensiones y las prestaciones económicas. Uno para las cuotas hechas en los seguros de RT, IV e inclusive Enfermedades y Maternidad, para el financiamiento de los subsidios temporales; y otro para los recursos del seguro de RCV, que se destinan a las cuentas individuales en las afores.

En el primer caso, la Ley dispone la acumulación de las aportaciones con el objetivo de constituir los fondos necesarios para garantizar la solvencia de cada ramo, aumentar su solidez financiera y en especial, crear las reservas técnicas necesarias para que el Instituto pueda hacer frente a los diferentes tipos de obligaciones con los derechohabientes, sean inmediatas o en el corto, mediano o largo plazo. En este sentido, los lineamientos básicos que marca la Ley son: primero, la formación y administración de reservas técnicas independientes para cada seguro; segundo, la obligación del Instituto de contabilizar los ingresos y egresos de cada rama en forma separada; tercero, las restricciones al uso de recursos, que sólo podrán emplearse para cubrir las prestaciones y formar las reservas correspondientes a su ramo; y cuarto, la inversión de los recursos sólo podrá hacerse en valores a cargo del Gobierno Federal, y en el caso del seguro de IV, en activos financieros aprobados por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores.

En cambio, en el caso de los recursos a cargo de las afores, la Ley no sólo establece los criterios y procedimientos básicos de operación, sino que crea las condiciones para la inclusión de estos instrumentos en el mercado financiero. Operativamente, el sistema parte de la creación de las instituciones financieras encargadas de la administración e inversión de los recursos: las afores. Ellas son las encargadas de individualizar las cuentas, acumular los recursos de cada trabajador, llevar el registro de las operaciones de cada cuenta y los saldos, y crear los fondos de inversión para tal efecto. Estos últimos son las SIEFORES (Sociedades de Inversión Especializadas en los Fondos para el Retiro). Cada AFORE, por ley, puede operar una o más SIEFORES, así como determinar el portafolio de inversión en cada caso, previa autorización de la CONSAR y siguiendo como principios básicos la seguridad y la rentabilidad; sin embargo, al menos una de las SIEFORES debe invertir la totalidad de los recursos en instrumentos de renta fija: papel gubernamental, principalmente. En este caso, CONSAR también es la encargada de establecer los lineamientos para las comisiones y demás cargos que las afores hagan a los trabajadores por el manejo de las cuentas. Un aspecto fundamental: la ley no establece una tasa mínima de

rendimiento, ni en términos absolutos ni en términos relativos<sup>4</sup>. Por el otro lado, cada trabajador tiene el derecho de elegir la AFORE y la SIEFORE de su preferencia, pudiendo en ambos casos transferir los recursos a otras instituciones o fondos de inversión.

Bajo este esquema, las funciones del IMSS se limitan a recolectar y canalizar los fondos provenientes de las cuotas obrero-patronales y del Estado, para el seguro de RCV; además de supervisar que los obreros y patrones cumplan con las disposiciones establecidas. La supervisión y vigilancia de las afores y las SIEFORES, en cambio, está a cargo de la CONSAR. De esta forma, la operación del sistema se deriva de la interacción de cuatro agentes: las afores, encargadas de la administración e inversión de los recursos; los trabajadores, propietarios de las cuentas individuales; y, la CONSAR y el IMSS, encargados de las tareas de supervisión y vigilancia de los dos primeros agentes, respectivamente.

### *Regulación del sistema*

Las tareas de regulación y vigilancia están a cargo de la CONSAR, que por Ley es la responsable de emitir los criterios y procedimientos para asegurar el correcto funcionamiento del sistema, así como de autorizar y revocar las licencias de las afores. También a su cargo está la responsabilidad de supervisar las operaciones y las políticas de inversión de los fondos de pensiones. En lo que respecta a la operación de las afores, el sistema establece cinco lineamientos básicos. Primero, el cumplimiento de los requisitos sobre el capital mínimo que determine la CONSAR. En este caso, el monto señalado deberá mantenerse de forma permanente sin la posibilidad de retirarlo. Segundo, los criterios para la participación de inversionistas extranjeros que consideran dos posibilidades: de manera general pueden participar hasta con el 49% del capital constitutivo de la AFORE; en cambio, si se trata de inversionistas de países que hayan firmado acuerdos internacionales con México, e incluyan servicios financieros, su participación se puede elevar hasta el 100% según lo determine CONSAR. Tercero, las afores están obligadas a mantener una reserva de inversión en calidad de "reserva especial", como porcentaje del total de los recursos a su cargo, que les permita hacer frente a situaciones imprevistas. Ese porcentaje será determinado por la CONSAR. Cuarto, la Ley establece que a partir de 1997 y durante 4 años, el límite máximo de concentración de mercado por AFORE es del 17%. Después de este periodo, el límite se puede elevar hasta el 20% o más, si la CONSAR lo considera pertinente. Sin embargo, la ley no establece los criterios para medir la participación de mercado. Quinto, la Ley establece una serie de rigurosos requisitos para el manejo

---

<sup>4</sup> Sales-Serrapy, op. cit. pág. 27.



de información derivada de las cuentas y la publicidad. Por otro lado, las afores no podrán emitir papel de deuda, ni proveer garantías, obtener prestamos o controlar compañías. De esta forma, la Ley establece los criterios básicos de operación y las condiciones mínimas para asegurar que las afores, sin posibilidad de establecer condiciones monopólicas en el mercado, se dediquen de manera exclusiva al manejo de los recursos de retiro. Un último aspecto: en este sistema, las afores pueden competir en base a comisiones, rendimientos y servicios proporcionados a los trabajadores, aunque la ley establece límites de participación en el mercado.

### **Métodos de financiamiento y prestaciones**

En el modelo anterior, las prestaciones se otorgaban con base en un sistema de “protección proporcional” a la capacidad productiva del asegurado, medida en función del salario y la antigüedad en el empleo: la trayectoria laboral. Este criterio, como toda relación financiera, implicaba dos componentes: los pagos y los servicios; es decir, la prestación efectiva de servicios y su financiamiento. Por el lado de las contribuciones, todas las prestaciones se financiaban a partir de cuotas sobre los salarios; de esta forma, los ingresos del Seguro Social en general, y de cada rama en particular, estaban en función del salario de los asegurados y no del costo de las prestaciones. En cambio, por el lado de los servicios, las prestaciones se otorgaban dos formas distintas. Los montos de las prestaciones económicas, que incluían pensiones, subsidios temporales, ayudas asistenciales, asignaciones familiares y demás instrumentos, se fijaban en función de los ingresos percibidos por los trabajadores, de forma proporcional al promedio salarial; no así las prestaciones en especie –servicios médicos, guarderías y prestaciones sociales–, que en los hechos, se otorgaban de acuerdo a las necesidades de los derechohabientes y la capacidad del sistema: un esquema de estandarización de servicios por urgencia–complejidad y disponibilidad. De esta forma, por el lado de los servicios, el criterio de proporcionalidad solo operaba para las prestaciones económicas y aún en ese caso, mediado por el efecto de la pensión mínima: 90% de los pensionados recibían esa pensión; lo que en términos reales significaba que ese 90% de beneficiarios económicos del sistema, estaban exentos del criterio de proporcionalidad.

Las consecuencias de este sistema, de igual forma implicaron el aumento permanente de los subsidios necesarios para sostener las pensiones mínimas, que como ya se mencionó eran el 90% del total de las otorgadas; y las crecientes disparidades entre los ingresos y los egresos de las prestaciones en especie. El caso más drástico en este sentido, se presentó en los servicios médicos. En 1992, mientras que el gasto per cápita de los servicios de salud fue de \$503.00, el ingreso per

cápita fue el 66% de esa cantidad<sup>5</sup>: \$336.20. Si acumulamos esta diferencia para todos los derechohabientes y durante los 56 años que este seguro ha sido deficitario, podemos tener una clara idea de las cargas que genera un sistema donde los ingresos no tienen nada que ver con los costos. Ahora, ciertamente la explosión del déficit de los servicios médicos involucra más factores que la forma de las aportaciones; sin embargo, lo cierto es que este mecanismo propicio el desfase entre ingresos y egresos, y también el desfinanciamiento de otras ramas. Todos estos factores demostraron la necesidad de reformar el sistema y sugirieron el criterio a seguir: adaptar la naturaleza de los ingresos a la de los gastos. Un primer caso fue la reforma del sistema de pensiones; donde las prestaciones se redefinieron en función de los riesgos que las originaban, y los esquemas de financiamiento en términos de las diferencias técnicas al momento de administrar esos riesgos. El resultado, como ya se mencionó, fue un sistema que diferenció el tratamiento técnico de las pensiones en tres niveles: por los riesgos, por la formación de reservas y por los procedimientos de pago. Sin embargo, este no fue el único caso y dentro de la reforma, la reorganización financiera del seguro de Enfermedades y Maternidad ocupó un capítulo especial.

En la Ley anterior, las prestaciones del seguro de Enfermedades y Maternidad se financiaban por medio de las cuotas sobre los salarios que portaban los patrones, los trabajadores y el estado (*véase cuadro 2.9*); y con estas contribuciones se integraban las reservas para financiar los servicios, sin importar que fueran en especie o en dinero. El costo financiero de este esquema ya se presentó: déficit permanente, desfinanciamiento de otros seguros y disparidad entre beneficios y aportaciones. Ante esta situación, la reforma partió de la diferenciación de los esquemas de financiamiento en función de la naturaleza de las prestaciones. En el caso de los subsidios temporales por incapacidad o maternidad, que son las únicas prestaciones económicas en este seguro, se recuperó el esquema de protección proporcional al estatus laboral del asegurado. Así por el lado de los servicios, el monto de los subsidios se fijó en proporción al salario de los beneficiarios, según el tipo de incapacidad. En cambio, para el financiamiento de estas prestaciones, la ley estableció un sistema de cuotas sobre el salario con las que se integrarían las reservas técnicas destinadas al pago exclusivo de estas prestaciones. En este caso, la cuota se fijó en el 1% del salario base de cotización y se integraría de manera tripartita: 0.70% a cargo de los patrones, 0.25% a cargo de los trabajadores y 0.05% a cargo del Estado.

Por otro lado, para financiar las prestaciones en especie, se estableció un sistema basado en cantidades fijas a partir del costo real de los servicios; donde el monto de las aportaciones se

---

<sup>5</sup> Funsalud. op. cit. pág. 196.

determina en función del cotizante. En términos efectivos y a consecuencia de la expansión social de los servicios médicos vía la creación del “seguro de salud para la familia” –una forma de extender la cobertura del Seguro Social a quienes, sin pertenecer al sector formal de la economía, tuvieran capacidad contributiva–, el sistema diferenció tres tipos de beneficiarios: los trabajadores en activo y sus familiares, los pensionados también con sus familiares, y los afiliados bajo el “seguro de salud para la familia”. En todos estos casos y bajo el mismo esquema que en la ley anterior, los servicios se otorgan con base en un sistema estandarizado de atención por urgencia-complejidad y disponibilidad de los recursos del sistema. En cambio, es en las contribuciones donde las diferencias entre los derechohabientes toman sentido. En el caso de los trabajadores en activo, las aportaciones se harán con base en una cantidad fija más una cuota proporcional sobre el salario, como forma de redistribución del ingreso. De esta manera, las aportaciones se integran en tres partes: una cuota fija gubernamental de \$84.00 de enero 1997, que se actualizará trimestralmente con el INPC; una cuota fija patronal también de \$84.00 de enero 1997, que se actualizará con los incrementos del salario mínimo; y finalmente, una cuota obrero-patronal para los trabajadores que perciben más de 3 salarios mínimos. En este último caso, la cuota total será del 8% sobre la diferencia entre el salario de cotización y los 3 salarios mínimos requeridos. De ese 8%, los patrones cubrirán 6% y los trabajadores 2%. De esta forma y en lo que respecta a las aportaciones de los trabajadores en activo, se establece una cuota fija de \$168.00 mensuales a cargo de los patrones y del estado, actualizables con el INPC y con el salario mínimo; más una cuota proporcional del 8% sobre el excedente de 3 salarios mínimos, para los trabajadores de mayores ingresos. En el segundo caso, referente a los pensionados y sus familiares, la ley establece la creación de una reserva técnica durante el tiempo de vida laboral activa, con el objetivo de financiar los servicios médicos una vez que están pensionados. En este caso, la contribución por cada trabajador en activo es del 1.5% sobre el salario de cotización y se cubrirá de manera tripartita: 1.05% a cargo del patrón, 0.375% a cargo del trabajador y 0.075% a cargo del Estado. Finalmente, en el caso de los afiliados bajo el “seguro de salud para la familia”, las aportaciones se harán con base en cantidades fijas: \$135.00 de enero de 1997, actualizables con el INPC, a cargo de los beneficiarios directos; y una cuota a cargo del estado igual a la hecha para los asegurados en activo, es decir, \$84.00 mensuales, actualizables trimestralmente con el INPC. De esta forma y a manera de resumen, el financiamiento de las prestaciones otorgadas por el seguro de Enfermedades y Maternidad, se hace a partir de un sistema de contribuciones diferenciadas por tipo de prestación y por tipo de beneficiario.

Estos dos ramos, pensiones y servicios médicos, constituyen el núcleo de la reforma de los esquemas de financiamiento, ya que en el caso del seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, la operación se hace en la misma forma que en la ley anterior. Esto es, un esquema de cuotas del 1% sobre los salarios para constituir las reservas técnicas, y con esos recursos se financian las prestaciones. Por el otro lado, la extensión de los servicios ocurre de manera discrecional y en función de la capacidad financiera del ramo.

### **Criterios de acceso**

En el modelo de seguridad social anterior, los beneficiarios del Instituto se agrupaban en dos grandes bloques: los derechohabientes y los solidariohabientes. Consecuentemente, el modelo operaba con dos grandes criterios de acceso: los afiliados al Régimen Obligatorio, incluyendo las formas especiales, y los grupos atendidos por el Seguro de Servicios Sociales. De esta forma, la extensión social de la cobertura del IMSS, partía de la afiliación obligatoria de los empleados del sector privado, más los trabajadores que se incorporaban bajo alguna de las modalidades especiales de aseguramiento; estas últimas diseñadas para permitir el acceso de los trabajadores domésticos, los ejidatarios, los comuneros y pequeños propietarios, los trabajadores de industrias familiares y los patrones que fueran personas físicas, entre otros. Sin embargo, en cada uno de esos casos, la Ley estableció esquemas de protección limitada, tanto en las contribuciones como en los servicios. El resultado efectivo de este sistema, fue la cobertura de más del 80% de los trabajadores del sector formal de la economía, considerando también a los afiliados en los otros sistemas de seguridad social. Aunque en términos de la población ocupada y de la población total del país que realmente fueron protegidas, el saldo resultó desfavorable: 46 y 37% respectivamente, más los 11 millones de beneficiarios potenciales del sistema IMSS–Solidaridad. En total, más del 57% de la población nacional en 1994. Sin embargo, después de 50 años, el sistema no podía seguir creciendo ni ampliar la extensión social de la cobertura bajo formas de afiliación derivadas del trabajo. Por otro lado, la carga financiera de los Servicios Sociales, que en 1994 requirieron una transferencia de recursos por \$940 millones<sup>6</sup>, hicieron indispensable la revisión de los grupos beneficiados y su reclasificación como aportantes potenciales. Frente a esta situación, se modificó la racionalidad del modelo y pasó de ser un sistema relativo al empleo extendido a grupos marginales, a un sistema relativo al empleo extendido a sectores con capacidad contributiva, “sin olvidar” a los grupos marginales. Aunque este último factor, fue más una consecuencia de las tareas de salud pública asignadas al IMSS y de su vinculación con otras dependencias –SSA, Gobernación, etc.–, que un

---

<sup>6</sup> Iniciativa ley. op. cit., pág. 18.

resultado de la vocación social de la reforma. Baste recordar que bajo el nuevo modelo, los servicios de salud a grupos marginados son parte de las prestaciones del seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, en el capítulo de “prestaciones de solidaridad social”; lo que en términos prácticos significó la reducción de los márgenes operativos en función de las aportaciones del Gobierno Federal y la acumulación de reservas del ramo.

Operativamente, la modificación de los criterios de acceso significó la desaparición de las modalidades de aseguramiento y la abrogación de los decretos de incorporación de los diferentes grupos<sup>7</sup>; es decir, su cancelación. Frente a ello, y como forma de ampliar la cobertura, se crearon nuevas condiciones para la afiliación voluntaria de los trabajadores, ya sea de manera personal o a través de sus organizaciones; y dos formas de incorporación no relacionadas con el empleo. En el primer caso, la nueva Ley sustituyó las incorporaciones colectivas, generalmente derivadas de decretos presidenciales, con convenios entre el Instituto y los grupos de trabajadores beneficiados; aunque ya no como derecho colectivo de los trabajadores, e individualizando las condiciones de acceso aún entre trabajadores del mismo tipo. En el segundo caso, se crearon los capítulos de “Seguridad Social en el Campo” y el “Seguro de Salud para la Familia”. Uno dentro de las formas de incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio, con el objetivo de recanalizar a los beneficiarios de las incorporaciones colectivas del sistema anterior, y reclasificar a los beneficiarios de los Servicios Sociales con capacidad contributiva. El otro, como forma de asegurar a los trabajadores del sector informal; por ejemplo, los trabajadores mexicanos en el extranjero, pero cuyas sus familias continúan en el territorio nacional<sup>8</sup>.

De esta forma, al reformar los criterios de acceso, el IMSS retoma la idea original de proteger al capital humano del país. La diferencia estriba en que, mientras el modelo anterior sólo cubría a los trabajadores del sector formal, el nuevo sistema abre la posibilidad de extender los servicios al sector informal; aunque al parecer, en perjuicio de los grupos marginados.

### **Vigencia funcional del Seguro Social**

Originalmente, en la ley del 43, el Seguro Social se organizó a partir de dos criterios: uno, la protección del capital humano del país, aunque en términos efectivos sólo se consideró a los

---

<sup>7</sup> De acuerdo con la evaluación hecha por el propio Instituto, estas formas de aseguramiento crearon distorsiones que elevaron los subsidios del sistema, sobre todo para trabajadores que no los requerían; por lo que se convirtió en una de las formas de evasión y fuga de recursos, a consecuencia de las diferencias en los esquemas de cotización. Iniciativa de Ley, pág. 26.

<sup>8</sup> Iniciativa de Ley del Seguro Social, artículo 243, pág. 126.

empleados en el sector formal de la economía; y dos, el ejercicio de esa protección de manera proporcional a la capacidad productiva de los trabajadores. De esta forma, la decisión de proteger a los trabajadores, definió de manera implícita los riesgos y los grupos objetivo. Por el otro lado, al determinar que la protección sería a partir de criterios de proporcionalidad con respecto a la trayectoria laboral, se fijaron las formas generales de prestación de servicios y financiamiento: ambas en proporción al salario. Esto significa que la vigencia funcional del seguro y la relación que la define, se determinó a partir de dos binomios: *riesgos-grupos objetivo* y *servicios-financiamiento*. La forma de unificarlos también fue doble. Funcionalmente, ligando las prestaciones a la naturaleza de los riesgos; es decir, sustituyendo el salario y recuperando la capacidad perdida: la doble pérdida al realizarse el riesgo. Y estructuralmente, organizando el sistema a partir de los 2 riesgos –laborales y no laborales– y las 2 prestaciones –servicios médicos y pensiones–. El resultado, fue la organización del Seguro Social en tres ramos: Riesgos de Trabajo, Enfermedades y Maternidad, e Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte. Aunque después se amplió a 6 para incluir los seguros de Guarderías, Servicios Sociales y el Seguro de Retiro, intentando atenuar la crisis financiera del Instituto. Ahora, como ya se vio anteriormente, este modelo generó las condiciones para que el sistema fuera ineficiente, tanto en la extensión de la cobertura, como en el manejo de los recursos y la prestación de servicios. Una crisis del sistema más allá de la corrupción y los malos manejos.

Frente al esquema anterior, la reforma del 97 significó la recomposición completa de la vigencia funcional del Instituto. Por principio de cuentas, se cambiaron los elementos que integran cada rubro. En el caso de los riesgos, se consideraron tres –laborales, no laborales y retiro– en lugar de los dos originales. Los grupos objetivo, además de los trabajadores del sector formal incluyeron a los sectores con capacidad contributiva –trabajadores del sector informal, principalmente– y grupos marginados. Los servicios, además de las prestaciones médicas y las pensiones del sistema original, incluyeron diversas prestaciones sociales y servicios como las guarderías. Y el financiamiento, combinó dos formas de acumulación y manejo de recursos –reservas técnicas y cuentas individuales– con dos formas de aportaciones –cuotas proporcionales sobre los salarios y cuotas fijas–. Ahora, si la sola recapitulación de los elementos que integran cada rubro, sugiere la complejidad de la relación que define la vigencia funcional del nuevo modelo de seguridad social, las relaciones entre los rubros la confirma. Esto es, a diferencia del modelo anterior, la definición de los grupos sociales protegidos no predetermina los riesgos, que de hecho, son diferentes en cada caso. De igual forma, identificar los servicios básicos en función de los riesgos cubiertos, no implica el tratamiento estandarizado de todos los derechohabientes, y mucho menos, las formas de

financiamiento, que por su parte, están en función de los riesgos, de las características de los beneficiarios y del tipo de prestaciones: una interdependencia absoluta, más allá de los cuatro rubros. Cabe señalar que, además, la vigencia funcional del sistema también se ve afectada por las prioridades de los programas; de esta forma, aunque la nueva ley internaliza la atención de los grupos marginados y los registra en un capítulo especial del seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, continúan bajo un esquema de excepción con recursos e infraestructura especiales. A final de cuentas, la nueva estructura de los servicios, no es más que un reflejo de la complejidad en la organización funcional del modelo de seguridad social adoptado.

## **NUEVO MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL**

Frente al agotamiento del modelo de seguridad social anterior, la Nueva Ley, además de concretar un proyecto para fortalecer al Instituto, darle viabilidad en el largo plazo e incrementar su capacidad de respuesta —que son los objetivos centrales de la reforma<sup>9</sup>—, responde a una relectura del contexto de la seguridad social en México y a una crítica, o mejor, a una propuesta crítica del papel del IMSS en la vida institucional del país<sup>10</sup>. Veamos por partes.

En primer lugar, la Nueva Ley es una respuesta estratégica a la crisis del Instituto y como tal, es el resultado de una minuciosa revisión del modelo anterior y los elementos que configuraron esa crisis. En este caso, la reforma parte de una refundación del sistema en tres niveles. Uno, la reclasificación de los riesgos cubiertos y la forma institucional derivada para proveer los servicios: la estructura por seguros. Originalmente, los riesgos cubiertos se seleccionaron por su impacto sobre la capacidad productiva de los trabajadores; así, se cubrieron todos aquellos que atentaban contra esa capacidad. Para agruparlos y sobre todo para atenderlos, el sistema los diferenció por el origen y por los esquemas básicos de atención. El resultado fue un modelo de seguridad a partir de cuatro seguros en el Régimen Obligatorio, y otro más para la atención de grupos sociales sin capacidad contributiva<sup>11</sup>. El problema aquí, fue la incapacidad del sistema para diferenciar la naturaleza del riesgo y al sujeto de la prestación. Esto, en el caso de las pensiones, por citar el ejemplo más drástico, significó que los fondos de pensiones para el retiro soportaron las

---

<sup>9</sup> Iniciativa de Ley del Seguro Social, Cámara de Diputados, Doc. 089/LVI/95 P.O. AÑO 117, pág. 3.

<sup>10</sup> Todos estos elementos que en su momento constituyeron el abanico de criterios para la reforma, aparecen en la Exposición de Motivos de la Ley y en los diferentes documentos de análisis. Véase bibliografía al final.

<sup>11</sup> El SAR, se incorporó en 1992 como el quinto seguro del régimen obligatorio, con el objetivo de aumentar la solvencia del sistema de pensiones y los montos de las cuantías.

erogaciones derivadas de la invalidez permanente y la muerte de los asegurados en edad laboral, cuando no eran resultado de un riesgo o enfermedad laboral; lo que técnicamente significó que dos riesgos distintos fueron tratados igual: en un mismo fondo. De esta forma, la nueva Ley sentó las bases para la atención eficiente de los riesgos y la canalización apropiada de los beneficiarios, sobre bases operativas y técnicas acordes con las prestaciones. Dos, la adecuación de los esquemas de financiamiento con las prestaciones, los riesgos y los grupos sociales beneficiados. En el modelo original, la protección y el financiamiento de los beneficios estuvieron definidos por un criterio de proporcionalidad respecto de la capacidad productiva del asegurado. Esta base operativa, aunque de manera deficiente por las distorsiones creadas con el uso de los recursos, fue consistente con la naturaleza de las prestaciones económicas; sin embargo, generó problemas sistémicos para el financiamiento de las prestaciones en especie y la operación de los servicios médicos, así como la protección a los grupos especiales, fueran trabajadores o poblaciones marginadas. El problema, en el caso de los servicios médicos, consistió en que mientras los costos aumentaban al mismo ritmo que los precios de la economía, los ingresos estaban atados a los salarios, ampliando el diferencial permanente entre ingresos y gastos del seguro de EyM. En estas condiciones, el nuevo sistema recuperó la necesidad de ligar los métodos de financiamiento con la naturaleza de las prestaciones, considerando las características de los grupos sociales beneficiarios. Y tres, derivada de los puntos anteriores, la nueva ley modificó el marco institucional de interrelación con los beneficiarios. De entrada, eliminó la forma de aseguramiento por decreto y la sustituyó mediante convenios bilaterales que, entre otras cosas, desaparecieron los estatus preferenciales. Sin embargo, esta situación no se limitó a los trabajadores en condiciones especiales del sistema anterior, sino que englobó a muchos de los grupos que habían sido beneficiarios del seguro de Servicios Sociales, para reubicarlos bajo el nuevo ramo de "seguridad social en el campo". De esta forma, al interior, la nueva ley reorganizó la estructura institucional para las prestaciones de servicios, los métodos de financiamiento y el marco que regula la relación con los beneficiarios. Los criterios seguidos: la reorganización de la estructura institucional de acuerdo con los riesgos cubiertos y los servicios proporcionados; la adecuación de los métodos de financiamiento en función de la naturaleza de las prestaciones; y la recanalización de los asegurados especiales, redefiniendo beneficios y prestaciones, siguiendo un uso eficiente de los recursos.

En segundo lugar, la nueva Ley contiene una relectura del papel de la Seguridad Social. Por un lado, de ser originalmente un sistema de protección social ligado al empleo y extendido socialmente, lo transformó en un sistema de protección ligado al empleo, pero extendido a grupos con capacidad contributiva. En este sentido, la principal transformación, es la reubicación de la



población objetivo en las clases medias, dentro y fuera de la economía formal; aunque en el tránsito se dejaran de lado a los grupos marginales, tradicionalmente a cargo de la SSA, a pesar de la extensión lograda por el programa IMSS-Solidaridad. Sin embargo, no es el único caso. La reforma también amplió las bases para la subrogación de servicios médicos y en el extremo, definió un nuevo terreno de relaciones con el sistema financiero, a partir de la privatización del manejo de los fondos de pensiones para retiro, vejez, cesantía y vida. En este sentido, la nueva Ley perfila un nuevo sistema de Seguridad Social donde la vocación social original; la solidaridad intergeneracional y entre grupos sociales; así como la universalidad, se dejan de lado en función de un uso eficiente de los recursos; la optimización de los subsidios para poblaciones de alto riesgo o marginación, generalmente reduciéndolos al máximo; la concentración en las clases medias, independientemente de su participación en el sector formal de la economía; y la provisión de recursos frescos para el sector financiero.

## **LÍMITES Y CONTRADICCIONES DEL SISTEMA**

La reforma del IMSS, como cualquier reforma, tiene límites y tiene costos. Y en tanto que los límites y los costos ponen en riesgo el logro de los objetivos, también tiene contradicciones; o al menos, puede presentarlas. En este apartado se abordan estos aspectos. Los límites se analizan a partir de la eficiencia del sistema de pensiones –sin lugar a dudas, el elemento central de la reforma y el de mayor peso en términos económicos–; para ello se destacan dos aspectos: las tasas de restitución de los salarios y la carga fiscal del sistema. Estos costos, se analizan diferenciando los recursos necesarios para la transición de los costos permanentes del sistema, sobre todo en el largo plazo. Las contradicciones, aparecerán, naturalmente.

### **Pensiones: la ilusión del retiro decoroso, una vez más**

Uno de los argumentos más repetidos en la exposición de motivos de la Nueva Ley del Seguro Social, es la necesidad de crear un sistema de pensiones eficiente, equitativo y justo, que elimine las ineficiencias generadas por el anterior. Concretamente, esto significaba otorgar pensiones sobre bases financieras sólidas, que en el monto reflejaran la trayectoria laboral del pensionado y sobre todo, en condiciones de certidumbre sin pérdida de derechos ni de aportaciones. La solución: un sistema a partir de cuentas individuales, que asegure el retorno de las aportaciones a quienes no cubrieran los requisitos, que paga las pensiones mediante la compra de anualidades con

aseguradoras, y garantiza una pensión mínima con subsidios del Estado. Técnicamente, un sistema completamente fondeado –Fully Founded–, validado teórica, demográfica y financieramente. Sin embargo, el hecho de que las estimaciones oficiales justificaran los cambios, no garantiza el éxito de la reforma. Por el contrario, indica la necesidad de recuperar la problemática que le dio origen y, en función de ella, evaluarla. Esto es, confrontar a la reforma con las razones de su surgimiento y dejar que por sí misma demuestre su alcance: hasta qué punto puede elevar los montos de las pensiones y hasta dónde puede reducir los subsidios necesarios para el sostenimiento del sistema. En una frase: emplear los criterios conductores de la reforma como claves analíticas.

### *Alcance del sistema*

Por la forma operativa del nuevo sistema de pensiones –cada trabajador tiene una cuenta individual y en esa cuenta se acumulan las contribuciones del seguro de RCV, para posteriormente adquirir una anualidad–, una alternativa para evaluar el alcance del sistema, es a partir de casos concretos. Esto es, analizando cómo responde el sistema a un trabajador cualquiera. Para ello, y por las ventajas técnicas del modelo, la evaluación de los casos se hará a partir de anualidades simples<sup>12</sup>, tanto para calcular el valor presente de la anualidad como para calcular el fondo acumulado, ambas a valor presente. De esta forma, los supuestos generales del modelo a emplear son:

- Todos los individuos se pensionan en el seguro de RCV. Por lo tanto, lo hacen a los 65 años de edad.
- Para calcular el valor presente de la anualidad, suponemos que la sobrevivida del pensionado es de 18 años, más 12 de sus beneficiarios –viuda–. Es decir, el periodo total para el pago de las prestaciones económicas es de 30 años, o 360 meses<sup>13 y 14</sup>.
- Para calcular las anualidades, suponemos una tasa real de interés de 2% anual, convertible mensualmente<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> Las fórmulas empleadas aquí para calcular a valor presente el monto acumulado del flujo de aportaciones, y el costo de la renta vitalicia, son respectivamente:

$$M = C \left( \frac{(1+i)^n - 1}{i} \right) \quad \text{y} \quad A = R \left( \frac{1 - (1+i)^{-n}}{i} \right)$$

donde  $M$  representa el monto acumulado en la cuenta individual;  $A$ , el valor presente del costo de renta vitalicia;  $n$ , el número de meses a considera en cada caso;  $i$ , la tasa de interés efectiva mensual, en términos reales;  $C$ , las contribuciones a la cuenta individual; y  $R$ , el valor de la renta mensual.

<sup>13</sup> Sales-Serrapy, *op. cit.*, pág. 23.

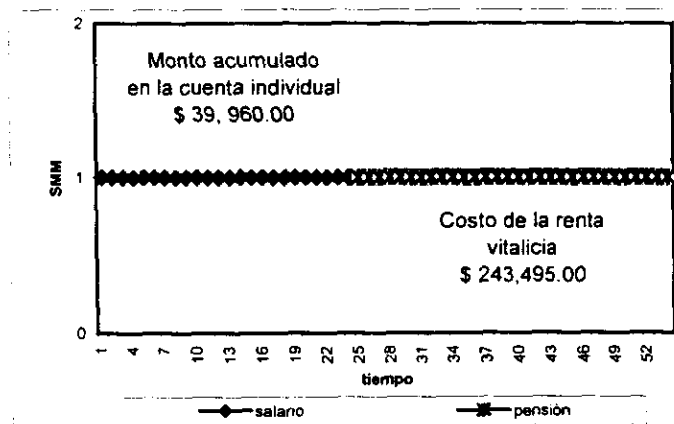
<sup>14</sup> Estas estimaciones de la sobrevivida pueden resultar conservadoras si, por ejemplo, las comparamos con las encontradas por el Centro de Estudios de la Gobernabilidad, A.C. De acuerdo con el texto “Gobernar la Vejez”, la esperanza de vida de los beneficiarios de los seguros de IVCM aumentó por vejez, de 12 a 21 años, por viudez de 11 a 20 años, y por ascendencia de 7 a 15 años. Esto significaría que en promedio, la sobrevivida podría llegar hasta 41 años y no 30, como lo suponen Sales-Serrapy y el propio IMSS. Centro de Estudios de la Gobernabilidad, A.C., *op. cit.*, pág. 23.

- Como las pensiones se ajustan periódicamente con el INPC, la evaluación supone que no hay efecto inflacionario.
- Se considera como unidad de los salarios, al salario mínimo mensual (SMM). De esta forma, todos los salarios y las aportaciones se expresarán en veces esa cantidad.
- El punto de evaluación en el tiempo, es el momento del retiro: 65 años. El mismo en que se compra la anualidad.

Bajo estos supuestos, la renta vitalicia que paga un salario mínimo durante 360 meses, considerando una tasa real del 2% anual, tiene un costo a valor presente de 270.55 SMM. Si consideramos que el salario mínimo actual es de \$900.00 mensuales<sup>16</sup>, el costo de la renta vitalicia garantizada es de \$ 243,495.00, a pesos de 1998. Con esta base, el análisis se realiza a partir de tres casos representativos.

1. *El caso extremo.* Supongamos un trabajador que cotiza exactamente 1250 semanas –o 288.5 meses– y durante ellas recibe un sueldo igual al salario mínimo. En este caso, los montos a valor presente de las aportaciones y de la anualidad son:

**Gráfica 3.1**  
**SALARIOS Y PENSIONES**  
**EN EL ESCENARIO DRÁSTICO**



Fuente: elaboración propia.

<sup>15</sup> Tomamos esta tasa, en virtud de que fue el rendimiento mínimo que debían pagar las afores a sus cuentahabientes en 1992, cuando se creó el SAR. En este caso la retomamos por representar un escenario moderado de crecimiento, asequible y por haber sido empleada en otros ejercicios.

<sup>16</sup> Estimación propia del Salario Mínimo General del DF, promedio mensual, para 1988.

- *saldo acumulado*: como se trata de un trabajador que gana el salario mínimo, la aportación mensual a su cuenta es de 0.12 SMM, de donde el monto acumulado al final del periodo es: **44.40 SMM**, equivalente a \$ 39,960.00.
- *valor de la anualidad*: por las condiciones del caso bajo estudio, y dado que el monto del saldo acumulado es menor que el valor de la renta vitalicia mínima garantizada; el sistema otorga esa misma pensión. Por consiguiente, el subsidio del Gobierno en este caso es de **226.15 SMM**, que se pagan al momento de adquirir la anualidad. Esto en términos monetarios es igual a \$ 203,535.00
- De esta forma, los trabajadores que ganan el salario mínimo y cotizan las 1250 requeridas para tener derecho a la prestación, sólo acumulan el 16.41% de los recursos requeridos para adquirir la anualidad. Lo que significa que el gobierno tiene que financiar el 83.59% de su costo. Ahora, es cierto que si aumenta la tasa de interés esta diferencia se reduce; sin embargo, para que desapareciera por completo, sería necesaria una tasa mayor al 10% real anual: algo prácticamente imposible, sobre todo como promedio en el largo plazo. Lo que si es posible, es que el trabajador no utilice los recursos de la subcuenta del fondo de vivienda y los acumule para adquirir la anualidad al momento de su retiro. En esta hipótesis, la aportación mensual del trabajador sería de 0.17 SMM, y al final del periodo habría acumulado **62.91 SMM** igual a \$ 56,619.00, lo que representa el 23.25% del costo total de la renta vitalicia. Una cantidad aún muy pequeña, de cualquier forma, ya que implica un subsidio de 76.75%.

2. *Caso promedio*. Tal vez la pregunta más interesante sea, qué ocurre con los trabajadores promedio. Es decir, quienes cotizan durante 30 años<sup>17</sup> y en ese tiempo ganan entre 2 y 3.5 SMM<sup>18</sup>. Para hacerlo operativo, supongamos cuatro salarios durante los treinta años de la vida laboralmente activa. En los primeros 5 años gana 2 SMM, que se elevan a 2.5 SMM en los siguientes siete años y medio, 3 SMM en los siete y medio siguientes, y en los últimos diez años gana 3.5 SMM. De esta forma, la trayectoria salarial es acorde con la evolución que ha experimentado el salario promedio de cotización, al tiempo que sigue el modelo del ciclo de vida de Modigliani<sup>19</sup>, donde el ingreso laboral crece conforme se incrementan la experiencia y

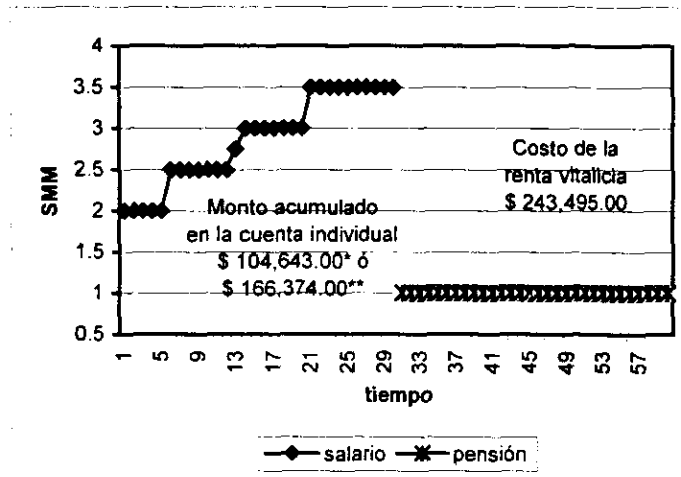
<sup>17</sup> En realidad, el tiempo promedio de cotización al IMSS es inferior a 20 años, pero como el requisito mínimo para tener derecho a una pensión son 24 años, supondremos que la vida laboral de los empleados del sector privado se estandariza con los del sector gubernamental.

<sup>18</sup> Supuesto derivado de la trayectoria que ha seguido el promedio salarial de cotización al IMSS, en relación con el salario mínimo. Véase *gráfica 2.9*.

<sup>19</sup> Hall, R., "Macroeconomics: the Canadian Economy". Norton & Co., Inc., 1995, pág. 269.

las habilidades. En este caso, los montos a valor presente de las aportaciones y de la anualidad son:

**Gráfica 3.2**  
**SALARIOS Y PENSIONES**  
**EN EL ESCENARIO PROMEDIO**



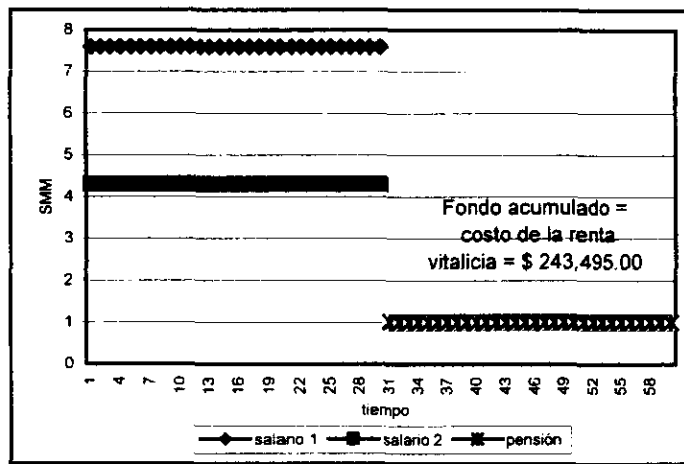
Fuente: elaboración propia.

\* Fondo acumulado sin considerar la subcuenta de vivienda.

\*\* Fondo acumulado considerando la subcuenta de vivienda. Esto es, el trabajador nunca hizo uso de esos recursos.

- *saldo acumulado*: en este caso, como se perciben cuatro salarios, calculamos el valor presente de la anualidad en cuatro partes. Las cuotas mensuales respectivas para cada periodo son: 0.185 SMM, 0.2175 SMM, 0.25 SMM y 0.2825 SMM. Consecuentemente, los montos acumulados al final del periodo, ya a valor presente, son respectivamente: 19.22 SMM, 29.93 SMM, 29.62 SMM y 37.49 SMM. De esta forma, el fondo total acumulado por cada trabajador es de **116.27 SMM**, equivalente a \$104,643.00 y representa el 42.98% del costo de la renta vitalicia garantizada. Esto, en términos prácticos, significa que aún en el caso de los trabajadores promedio, el gobierno tiene que subsidiar una parte importante del costo de la anualidad: 57.02%. De hecho aún en el caso de que este trabajador no utilizara los recursos del fondo de vivienda, su saldo acumulado al final de los 30 años sería de **184.86 SMM**, lo que implica un subsidio gubernamental del 31.67%.
3. *Invertir el cálculo*. En virtud de los resultados anteriores, planteemos el problema al revés: qué salario necesita percibir un trabajador, suponiendo que cotiza 30 años, para cubrir por cuenta propia el costo de la renta vitalicia garantizada.

**Gráfica 3.3**  
**SALARIOS Y PENSIONES**  
**EN EL CASO SOLVENTE**



Fuente: elaboración propia.

Salario 1: salario promedio necesario sin considerar la subcuenta de vivienda.

Salario 2: salario necesario considerando la subcuenta de vivienda. Esto es, el trabajador nunca hizo uso de esos recursos.

- En este caso, la incógnita ya no es el saldo acumulado, sino el salario necesario para acumular 270.55 SMM durante 30 años. El resultado: se requiere un salario igual a 7.60 salarios mínimos, o 4.3, si los recursos del fondo de vivienda se emplean para el financiamiento de la renta vitalicia.

Por lo anterior, podemos concluir que ningún trabajador que gane menos de 7 salarios mínimos mensuales como promedio durante su vida laboral (o 4 si no se usan los recursos de la subcuenta de vivienda), está en posibilidad de recibir una pensión mensual superior a la mínima garantizada. Lo que significa que para los trabajadores que pueden autofinanciar su renta vitalicia, y en términos de la tasa de restitución, los montos de las pensiones representan poco más del 13% (o del 23% si no emplean los recursos de la subcuenta de vivienda) del salario original. Ciertamente, este es un resultado extremo, obtenido suponiendo una sobrevivida de 30 años y una tasa de interés del 2% real anual. Sin embargo, aún asumiendo una sobrevivida de 19 años –12 para el asegurado y 7 más para sus sobrevivientes– la tasa de restitución es inferior al 30%<sup>20</sup>. A la inversa, esto significa que para todos los trabajadores que ganen menos de 5 salarios mínimos, el gobierno tendría que subsidiarlos hasta con el 85% del costo de la anualidad: un costo importante si consideramos que casi el 70% de los asegurados gana entre 1 y 3 salarios mínimos. ¿De dónde, entonces, resultan las estimaciones

<sup>20</sup> Tasas similares a las encontradas por A. Hazas. Véase Laurel A. op. cit. pág. 74.

alentadoras de trabajos como el de Sales--Serrapy<sup>21</sup>? Técnicamente, de suponer tasas de interés del 8 y 9% real anual, de asumir que los trabajadores cotizan durante 40 años y que además, nunca ejercen el derecho de retiros parciales, ni contratan hipotecas con los recursos de la subcuenta de vivienda. Es decir, de supuestos inasequibles e irreales para demostrar la vigencia del modelo.

Regresando a la cuestión inicial y a manera de conclusión: resulta difícil, por los ejemplos expuestos, que bajo este sistema se puedan elevar los montos de las pensiones, en especial para más del 80% de los trabajadores que ni siquiera alcanzan a cubrir el costo de la renta vitalicia garantizada. A la inversa ocurre lo mismo: qué ventaja representa para el Estado un sistema donde la mayoría de las pensiones deben ser subsidios en cantidades superiores al 50%. En ambos casos, la homologación de las pensiones con el salario mínimo, que tanto insisten en destacar como una de las mayores desigualdades del sistema anterior<sup>22</sup>, se fortalece y consolida con el nuevo sistema. Prácticamente, adquiere la forma de estrategia para estabilizar los compromisos del Estado con el sistema.

Sin embargo, estos no son los únicos factores que cuestionan la eficacia del sistema, también los supuestos que hace sobre el mercado laboral, los costos del manejo privado que soportan los trabajadores y la fluctuación de las tasas de interés.

### *Agravantes*

El incremento en el número de las semanas de cotización requeridas para tener derecho a una pensión, aparece en la reforma como una de las salvaguardas para garantizar la estabilidad financiera del sistema. Supone, además, el equilibrio entre la responsabilidad del estado con los pensionados y el impulso de empleos más estables y de mayor duración. Sin embargo, el hecho de haber elevado el número de cotizaciones requeridas de 500 a 1250 —es decir, de 10 a 24 años— plantea un problema mayor: ¿puede realmente soportar esas trayectorias laborales la economía mexicana? O más aún: cuando el aumento irreversible de las tasas de desempleo, empieza a sugerir alternativas para reducir las jornadas laborales a 35 horas por semana, sin disminuir los salarios, y acortar la vida laboral promedio, son dos formas para aumentar el acceso al mercado laboral, la

---

<sup>21</sup> En el documento citado, encuentran tasas de reposición entre 74.5 y 78%. Aunque lo hacen suponiendo 30 años de cotización, tasas de interés reales de 6 y 9% anuales, y acumulando la subcuenta de vivienda a tasa cero. Sin embargo, ninguna de las evaluaciones considera el impacto de la pensión mínima garantizada sobre estas tasas de reposición. Sales--Serrapy. op. cit, pág. 30.

<sup>22</sup> Iniciativa de Ley del Seguro Social, pág. 26.

reforma del IMSS toma la dirección inversa. Es decir, cuando todo apunta hacia la reducción de la vida laboralmente activa, el IMSS apuesta por incrementarla. Los datos ahí están, incluso entre sus asegurados. De 1980 a la fecha, el periodo de cotización promedio no superó los 15 años; sin lugar a dudas esta tasa está afectada por los niveles de rotación laboral, la pérdida de derechos y el traslado de asegurados del IMSS al ISSSTE y viceversa. Sin embargo, esto no limita la gravedad del problema: por la propia experiencia del IMSS, sólo un número reducido de trabajadores podría llegar a pensionarse bajo el nuevo sistema. Aquí se presenta una de las mayores contradicciones del sistema: se reformó en términos de garantizar la solidez financiera de la institución y para ello, se estableció un mínimo de 24 años de cotización; sin embargo, este mismo hecho implica que menos de la tercera parte de los actualmente pensionados, podrían retirarse bajo el nuevo sistema. Situación que, por otro lado, plantea una salida perversa a los costos del sistema: en tanto que no se van a jubilar tantos y que la responsabilidad del sistema se limita a regresarles sus aportaciones, el sistema elude el pago de subsidios para un porcentaje importante de asegurados. Así, a final de cuentas, los requisitos sobre el tiempo de cotización requerido, aumenta la solidez y limita de manera importante la demanda: sólo que ambos en perjuicio de los trabajadores.

Un caso diferente es el que se presenta con las comisiones de las afores. Para ver con mayor claridad este aspecto, retomemos el ejemplo aparecido en el periódico *La Jornada*<sup>23</sup>. Supongamos que un trabajador se afilia a una AFORE con un monto inicial de \$1.00 —un peso—. La AFORE, por el simple hecho de afiliarlo, le cobra una comisión inicial del 25% en promedio, pero le paga un interés del 20% anual, en términos nominales. Cual es resultado de la operación: el trabajador, al final del periodo, tiene menos dinero que al inicio, a pesar de ya haber devengado intereses: en su cuenta sólo aparecen 90 centavos. El problema aquí, es resultado de los amplios márgenes de discrecionalidad que otorga el sistema, y sobre todo CONSAR, a las afores. Ya que con el argumento de incentivar la competencia y el desarrollo de estos instrumentos en el mercado financiero, colocan en una posición desfavorable a los trabajadores. Aquí, el caso extremo, es que el trabajador no sólo puede perder las utilidades de sus ahorros —como en el ejemplo anterior— e inclusive un parte importante de estos —recordemos que la Ley ya no obliga a las afores a pagar una tasa de interés real positiva, como ocurrió con la ley del SAR del 92—, sino que además, puede quedar marginado del derecho a recibir una pensión por causas ajenas a su voluntad —como es el desempleo—. Una lectura marxista, de esta situación, sugeriría que una vez más, los trabajadores soportan el costo de las utilidades privadas. Pero eso dejémoslo para otro momento y otras instancias.

---

<sup>23</sup> La Jornada, 23 de junio de 1998. Pág. 9.



Finalmente, uno de los aspectos que cuestiona directamente la eficacia del nuevo sistema es su dependencia sobre la tasa de interés y el hecho de no existan límites que garanticen el pago de tasas positivas. Esto no significa que se obligue a las afores a pagar tasas superiores a las plausibles, sino que al menos garanticen la no negatividad. De otra forma, en periodos donde las tasas reales son negativas y aún en esas condiciones, las afores cobren las elevadas comisiones sobre los montos y los rendimientos; el resultado efectivo e inevitable, será la reducción de los fondos de pensiones de los trabajadores.

### **Costos: las cargas fiscales permanentes**

Uno de los aspectos cruciales para determinar los efectos a largo plazo y el éxito de la reforma, es la transición; especialmente cuando se trata de un cambio radical en el sistema de pensiones y se pasa de un sistema no fondeado *-Pay-As-You-Go-* a otro completamente fondeado *-Fully Founded-*. En este proceso, los principales factores a evaluar son las cargas fiscales de la reforma, las alternativas de financiamiento y el impacto en la redistribución del ingreso<sup>24</sup>.

En cuanto a la carga fiscal de la reforma, una de las primeras consecuencias de la sustitución del sistema de pensiones, es el aumento de las presiones sobre el gasto público. Esto, en términos generales, resulta de la obligación gubernamental de asumir el costo de las pensiones en curso de pago y satisfacer, al mismo tiempo, la demanda de servicios de los trabajadores que contribuyeron al sistema anterior. En el caso del IMSS, esta carga está potenciada por tres factores: uno, el pago de pensiones a los cotizantes del sistema anterior, pero que se otorgan después de la reforma; dos, la contribución social a las cuentas individuales de todos los asegurados activos; y tres, el pago del subsidio necesario para la compra de rentas vitalicias. De esta forma, la reforma del sistema de pensiones del IMSS tiene costos fiscales en el corto y mediano plazos *-pensiones en curso de pago y pensiones otorgadas a los beneficiarios del sistema anterior después de la reforma-*, y costos permanentes y a largo plazo *-contribución social y subsidios para la compra de rentas vitalicias-*. En este contexto, para estimar los costos de la reforma, es necesario diferenciar por componentes y plazos de las diferentes obligaciones que se enfrentan: costos de la transición y costos permanentes; los primeros de corto y mediano plazo, los segundos de largo plazo.

---

<sup>24</sup> Este tipo de efectos ha sido analizado de manera extensa por varios autores, a partir de las experiencias en varios países. Sales-Serrapy, op. cit. pág. 35.

Entre las evaluaciones realizadas para el caso del IMSS, destacan las presentadas por Sales-Serrapy<sup>25</sup> y Villagómez<sup>26</sup>, especialmente por la forma en que abordan el proceso de transición. Técnicamente, en los documentos citados, la estimación de costos se hace con base en un modelo macroeconómico de equilibrio parcial, construido a partir de un modelo actuarial para el pago de pensiones –aunque nunca se presenta explícitamente ese modelo–, donde las variables macroeconómicas relevantes –crecimiento del PIB y de los salarios, tasas de interés y crecimiento de los trabajadores y pensionados del IMSS– se definen de manera externa al modelo. En estas condiciones y considerando dos escenarios diferentes de crecimiento, obtienen los resultados que se presentan en el *cuadro 3.3*. En ese cuadro también se incluye la estimación del gobierno federal, contenida en la Iniciativa de Ley<sup>27</sup>.

**Cuadro 3.3**  
**REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES DEL IMSS:**  
**EVALUACIONES DEL COSTO TOTAL**

	Bajo crecimiento*		Alto crecimiento*		IMSS**	
	Año	% PIB	Año	% PIB	Año	% PIB
Inicio	1997	0.77 (0.48)	1997	0.77 (0.48)	1997	0.40
Máximo	2035	3.05 (2.30)	2036	3.39 (2.59)	2020	0.80
Largo plazo	2047	2.62 (1.79)	2047	2.72 (1.87)	2047	0.20
Supuestos (tasas reales de crecimiento anual)	Tasa de interés: 3.5% PIB: 3% Salarios: 0.8%		Tasa de interés: 3.5% PIB: 5% Salarios: 2.8%		Tasa de interés: n.d. PIB: n.d. Salarios: n.d.	

Fuente: \* Elaboración propia con información de Sales-Serrapy, op. cit.

\*\* Elaboración propia con información de la Iniciativa de Ley, H. Congreso de la Unión, op. cit.

Nota: la cifra entre paréntesis corresponde a los costos de transición.

Metodológicamente, en Sales-Serrapy, la carga fiscal total se estima diferenciando los costos de la transición de los costos permanentes; donde los costos la transición incluyen las pensiones actuales –en curso de pago– y las otorgadas después de la reforma, bajo el sistema anterior; mientras que los costos permanentes incluyen la pensión mínima garantizada, la contribución social y la participación gubernamental en las aportaciones para los seguros de retiro, invalidez y vida. En cambio, en el caso de la evaluación del gobierno federal, sólo se conoce el resultado final. Las estimaciones, como puede observarse a simple vista, muestran diferencias importantes, sobre todo en el caso del IMSS, donde las cantidades presentadas son prácticamente inverosímiles. En el caso de Sales-Serrapy, en cambio, el problema se centra en las tasas asumidas, ya que suponer tasas de crecimiento del PIB del 5% real anual, como promedio en el largo plazo, es tan difícil de verificar como el crecimiento esperado de los salarios. Sin embargo, más allá de las críticas a los supuestos y los resultados, ninguna de las proyecciones considera el impacto de tres factores cuya presencia,

<sup>25</sup> Sales-Serrapy, op. cit. pág. 35 y posteriores.

<sup>26</sup> Villagómez, A. y Solís-Soberón, F. "Domestic Savings in Mexico and Pension System Reform", 1996.

<sup>27</sup> Iniciativa de Ley del Seguro Social, Cámara de Diputados, Doc. 089/LVI/95 P.O. AÑO 117, pág. 18.

modifica de manera importante el desempeño del sistema: uno, las diferentes formas para el pago de las pensiones de transición –ya que se pueden pagar de manera directa por el IMSS, según el sistema anterior, o mediante la compra de una renta vitalicia<sup>28</sup>–; dos, el impacto de los subsidios necesarios para la compra de rentas vitalicias sobre el costo total –recordemos que el trabajador promedio requiere un subsidio cercano al 60% del costo de la renta vitalicia–; y tres, el uso de los recursos de la subcuenta de vivienda sobre la carga fiscal general. La relevancia de estos factores radica en que modifican de manera importante la distribución de la carga fiscal a lo largo del tiempo, así como los subsidios necesarios.

Para evaluar el impacto de estos aspectos, así como el costo total de la reforma, se propone un ejercicio de simulación de los costos, similar al utilizado por Sales-Serrapy, sólo que poniendo especial atención en las formas de pago de las pensiones de la transición, los subsidios de las rentas vitalicias respectivas a la pensión mínima garantizada y el uso de la subcuenta de vivienda. Metodológicamente, la evaluación se realiza considerando un periodo de 50 años a partir de 1997, de tal forma que se diferencien dos lapsos: el de transición, de 1997 a 2020; y el periodo posterior de 2021 a 2047. La división en el año 2021, se debe a que es cuando se pueden otorgar las primeras pensiones del nuevo sistema. Para realizar esta estimación, los supuestos empleados son:

1. *Crecimiento de la población.* Por las características del modelo a evaluar, son dos las poblaciones relevantes: los asegurados directos y los pensionados. En ambos casos, como el año base es 1997, la población inicial de asegurados y pensionados es la registrada ese año. Con esta base, las tasas de crecimiento que se consideran son las pronosticadas por el IMSS para los próximos 50 años. De esta forma, la población inicial de asegurados es 12'216,165 y crece a una tasa inicial de 2.5% anual, que disminuye paulatinamente hasta 1.5% en el año 2031, según se muestra en el *cuadro 3.4*. De manera similar, la población inicial de pensionados es de 1'694,371 y crecen a una tasa inicial de 5.7% anual, que disminuye hasta 2.6% también el año 2031.

**Cuadro 3.4**  
**PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS**  
(miles de personas)

t	año	Asegurados	Tasa de Crecimiento	Pensionados	Tasa de crecimiento	PCP	NPSA	PTRANS	PNS
0	1997	12,216.2	0.027	1,694.4	0.057	1,603.0	273.6	1,694.4	
1	1998	12,546.0	"	1,791.0	"	1,530.9	286.3	1,791.0	
2	1999	12,884.7	"	1,893.0	"	1,454.9	299.6	1,893.0	

<sup>28</sup> Artículo tercero transitorio. Iniciativa de Ley, op. cit., pág. 155.

3	2000	13,232.6	"	2,000.9	"	1,375.3	313.4	2,000.9	
4	2001	13,589.9	"	2,115.0	"	1,292.3	327.8	2,115.0	
5	2002	13,956.8	"	2,235.5	"	1,206.3	342.8	2,235.5	
6	2003	14,333.7	"	2,363.0	"	1,117.8	358.5	2,363.0	
7	2004	14,720.7	"	2,497.7	"	1,027.4	374.9	2,497.7	
8	2005	15,118.1	"	2,640.0	"	935.8	391.9	2,640.0	
9	2006	15,526.3	"	2,790.5	"	843.8	409.7	2,790.5	
10	2007	15,945.5	"	2,949.6	"	752.5	428.3	2,949.6	
11	2008	16,376.1	"	3,117.7	"	662.9	447.6	3,117.7	
12	2009	16,818.2	"	3,236.2	"	575.9	459.3	3,236.2	
13	2010	17,272.3	"	3,359.1	"	492.9	471.3	3,359.1	
14	2011	17,617.8	0.02	3,486.8	0.038	414.8	483.5	3,486.8	
15	2012	17,970.1	"	3,619.3	"	342.6	496.0	3,619.3	
16	2013	18,329.5	"	3,756.8	"	277.2	508.7	3,756.8	
17	2014	18,696.1	"	3,899.6	"	219.1	521.7	3,899.6	
18	2015	19,070.0	"	4,047.8	"	168.9	535.0	4,047.8	
19	2016	19,451.4	"	4,201.6	"	126.6	548.4	4,201.6	
20	2017	19,840.5	"	4,361.2	"	91.9	562.2	4,361.2	
21	2018	20,237.3	"	4,527.0	"	64.5	576.1	4,527.0	
22	2019	20,642.0	"	4,699.0	"	43.5	590.4	4,699.0	
23	2020	21,054.9	"	4,877.5	"	28.1	604.9	4,877.5	
24	2021	21,476.0	"	5,062.9	"	17.3		4,658.1	619.6
25	2022	21,905.5	"	5,255.3	"	10.1		4,427.0	634.6
26	2023	22,343.6	"	5,455.0	"	5.6		4,184.7	649.8
27	2024	22,790.5	"	5,662.3	"	2.9		3,932.2	665.3
28	2025	23,246.3	"	5,877.4	"	1.4		3,670.5	681.0
29	2026	23,711.2	"	6,100.8	"	0.6		3,401.2	696.9
30	2027	24,185.4	"	6,332.6	"	0.3		3,126.1	713.1
31	2028	24,669.1	"	6,573.3	"	0.0		2,847.3	729.4
32	2029	25,162.5	"	6,823.0	"			2,567.6	746.0
33	2030	25,665.8	"	7,082.3	"			2,289.7	762.8
34	2031	26,050.7	0.015	7,266.5	0.026			2,016.9	770.8
35	2032	26,441.5	"	7,455.4	"			1,752.5	778.7
36	2033	26,838.1	"	7,649.2	"			1,499.8	786.5
37	2034	27,240.7	"	7,848.1	"			1,262.1	794.1
38	2035	27,649.3	"	8,052.2	"			1,042.4	801.7
39	2036	28,064.1	"	8,261.5	"			843.3	809.0
40	2037	28,485.0	"	8,476.3	"			666.8	816.3
41	2038	28,912.3	"	8,696.7	"			513.9	823.3
42	2039	29,346.0	"	8,922.8	"			385.1	830.2
43	2040	29,786.2	"	9,154.8	"			279.6	836.8
44	2041	30,233.0	"	9,392.8	"			196.1	843.3
45	2042	30,686.4	"	9,637.0	"			132.3	849.5
46	2043	31,146.7	"	9,887.6	"			85.6	855.5
47	2044	31,613.9	"	10,144.7	"			52.8	861.2
48	2045	32,088.2	"	10,408.4	"			30.9	866.6
49	2046	32,569.5	"	10,679.1	"			17.0	871.7
50	2047	33,058.0	"	11,555.6	"			8.8	876.5

Fuente: elaboración propia con información del IMSS.

2. *Población de pensionados.* Por la forma del problema a evaluar, la población total de pensionados se compone de cuatro subgrupos. Primero, las pensiones otorgadas con anterioridad a la reforma; esto es, las pensiones en curso de pago (PCP). Dado que estos pensionados integran una cohorte cerrada, se agotan de acuerdo con la tabla de mortalidad de la experiencia mexicana 1962–1967, publicada en el texto “Matemáticas Financieras” de Alfredo Díaz Mata. Segundo, las pensiones otorgadas después de la reforma a los beneficiarios del sistema anterior (NPSA). Este grupo, solo incluye las nuevas incorporaciones que ocurren año con año, no los pensionados acumulados al final del año. Esta diferenciación responde a la necesidad posterior de calcular los subsidios derivados de la compra de rentas vitalicias para este tipo de

pensionados –una de las formas para el pago de pensiones–. Tercero, los pensionados de la transición (PTRANS), agrupan a las pensiones en curso de pago, otorgadas antes de la reforma, y a los nuevos pensionados del sistema anterior, sólo que ahora sí acumulados. Esta cohorte se acumula hasta el año 2020, ya que a partir del 2021 se pueden pensionar los primeros bajo el nuevo régimen. Después de esta fecha, como se hizo con las PCP, se agotan de acuerdo con la tabla de mortalidad mencionada. Y cuarto, los pensionados bajo el nuevo sistema (PNS), que indica las pensiones otorgadas anualmente, a partir del año 2021. Una vez más, como en el caso de las NPSA, las PNS no indican pensiones acumuladas, sólo las nuevas incorporaciones anuales.

3. *Salarios y pensiones.* Para hacer operativo el cálculo, supondremos que todos los asegurados perciben 3 salarios mínimos durante toda su vida laboral. En consecuencia, y según lo visto en el apartado anterior, todos los pensionados reciben la pensión mínima garantizada (un salario mínimo mensual) y requieren de un subsidio gubernamental para poder adquirir la renta vitalicia. Como en la sección anterior, supondremos que el salario mínimo mensual es de \$900.00. Con este supuesto, indirectamente asumimos que los salarios crecen a la misma velocidad que el salario mínimo y por tanto, incluimos el efecto inflacionario, de tal forma que los cálculos se harán en pesos reales de 1997: el año base de cálculo.
4. *Periodos de cotización.* Por lo expuesto anteriormente y dado que consideramos tres tipos de pensionados, supondremos que los beneficiarios de las NPSA, cotizan por 10 años incluyendo los 4 años de vigencia del SAR; de esta forma, su cuenta individual acumula las aportaciones al SAR durante 4 años, más el tiempo de cotización al nuevo sistema: 6 años. En cambio, para los pensionados de las PNS, supondremos que cotizan entre 24 y 30 años, según el año de retiro. En el caso de los pensionados que se retiran en año 2031 –el primero bajo el nuevo sistema–, el periodo de cotización será de 24 años, que aumenta unitariamente hasta 30, para los que se retiran en el 2027. De esta forma, se consideran diferentes periodos de acumulación y consecuentemente, diferentes subsidios.
5. *Estructura de costos.* Por las características del problema a evaluar, diferenciamos los costos de transición de los costos permanentes. Los costos de transición incluyen las PCP y las NPSA, es decir, los subsidios respectivos SPCP y SNPSA. Los costos permanentes, en cambio, consideran la contribución social de 5.5% de un salario mínimo para cada asegurado (SCS), más el subsidio necesario para adquirir la renta vitalicia al momento del retiro (SPNS). El cálculo de

los subsidios respectivos se hace con base en los modelos expuestos en sección anterior, a partir de los saldos en las cuentas individuales. Metodológicamente, emplearemos dos modelos para estimar los costos de transición. En el primero, supondremos que las pensiones de transición, igual que las pensiones en curso de pago, las paga el IMSS directamente según lo dispuesto en el modelo anterior. De esta forma, otorga una pensión de \$900.00 mensuales a cada beneficiario, que es equivalente a una pensión anual de \$10,800.00. En el segundo modelo, en cambio, supondremos que sólo las PCP se pagan según el sistema anterior; mientras que las NPSA se hacen mediante la compra de rentas vitalicias, por lo que se calcula el subsidio necesario.

6. *Modelos.* Matemáticamente, el costo de la reforma (CR) en el modelo base, resulta de la suma del subsidio para las pensiones de transición (SPTRANS) más los subsidios respectivos a la contribución social (SCS) y los requeridos para la compra de rentas vitalicias de los pensionados del nuevo sistema (SPNS). Esto es,

$$CR = SPTRANS + SCS + SPNS.$$

7. De manera similar, el costo de la reforma bajo el segundo modelo, resulta de la suma del subsidio para las pensiones en curso de pago (SPCP), los subsidios necesarios para la compra de rentas vitalicias para las NPSA (SNPSA), los subsidios requeridos para la compra de rentas vitalicias de los pensionados del nuevo sistema (SPNS) y el subsidio de la contribución social (SCS). Esto es,

$$CR_2 = SPCP + SNPSA + SPNS + SCS.$$

8. *Salarios, pensiones y tratamiento demográfico.* El PIB base considerado es el correspondiente a 1997, y es igual a 3.77 billones de pesos. Con esta base supondremos una tasa real de crecimiento de 2.5% anual. Por otro lado, la tasa de interés considerada para la acumulación de las cuentas individuales y el cálculo a valor presente de las anualidades, es 2% real anual.

9. *Subcuentas.* Finalmente, consideramos dos escenarios. En el escenario base, suponemos que los trabajadores agotan los fondos de la subcuenta de vivienda. De esta forma, aproximamos el costo radical del sistema. En el segundo escenario, en cambio, consideramos que ningún trabajador utiliza la subcuenta de vivienda, por lo que estos recursos se suman a los destinados para la compra de la renta vitalicia.

A partir de los supuestos anteriores, los resultados del modelo base, en millones de pesos, se presentan en el *cuadro 3.5*. La última columna de este cuadro muestra el costo del sistema de pensiones de no haberse realizado la reforma. El *cuadro 3.6*, en cambio, presenta los mismos resultados en relación al PIB. Para el cálculo de estos costos no se consideraron los recursos de las subcuentas de vivienda.

**Cuadro 3.5**  
**COSTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES**  
**(millones de pesos)**

	Modelo base		Modelo 2		No reforma	
	Año	Millones de pesos	Año	Millones de pesos	Año	Millones de pesos
Inicio	1997	26,599	1997	89,682	1997	18,299
Máximo	2021	164,367	2047	135,893	2047	118,332
Largo plazo	2047	135,000	2047	135,893	2047	118,332
Supuestos (tasas reales de crecimiento anual)	Tasa de interés: 2% PIB: 2.5% Salarios: igual al SMGDF					

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 3.6**  
**COSTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES**  
**(% PIB)**

	Modelo base		Modelo 2		No reforma	
	Año	% PIB	Año	% PIB	Año	% PIB
Inicio	1997	0.70	1997	2.38	1997	0.48
Máximo	2021	2.41	1997	2.38	2047	0.91
Largo plazo	2047	1.05	2047	1.05	2047	0.91
Supuestos (tasas reales de crecimiento anual)	Tasa de interés: 2% PIB: 2.5% Salarios: igual al SMGDF					

Fuente: elaboración propia.

En cambio, si consideramos que los trabajadores no emplean los recursos de la subcuenta de vivienda obtenemos los resultados presentados en los *cuadros 3.7 y 3.8*.

**Cuadro 3.7**  
**COSTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES**  
**(millones de pesos)**

	Modelo base		Modelo 2		No reforma	
	Año	Millones de pesos	Año	Millones de pesos	Año	Millones de pesos
Inicio	1997	26,599	1997	87,838	1997	18,299
Máximo	2021	133,480	2008	95,916	2047	118,332
Largo plazo	2047	77,600	2047	78,000	2047	118,332
Supuestos (tasas reales de crecimiento anual)	Tasa de interés: 2% PIB: 2.5% Salarios: igual al SMGDF					

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 3.8**  
**COSTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES**  
**(% PIB)**

	Modelo base		Modelo 2		No reforma	
	Año	% PIB	Año	% PIB	Año	% PIB
Inicio	1997	0.70	1997	2.33	1997	0.48
Máximo	2021	1.96	1997	2.33	2047	0.91
Largo plazo	2047	0.60	2047	0.60	2047	0.91
Supuestos (tasas reales de crecimiento anual)	Tasa de interés: 2% PIB: 2.5% Salarios: igual al SMGDF					

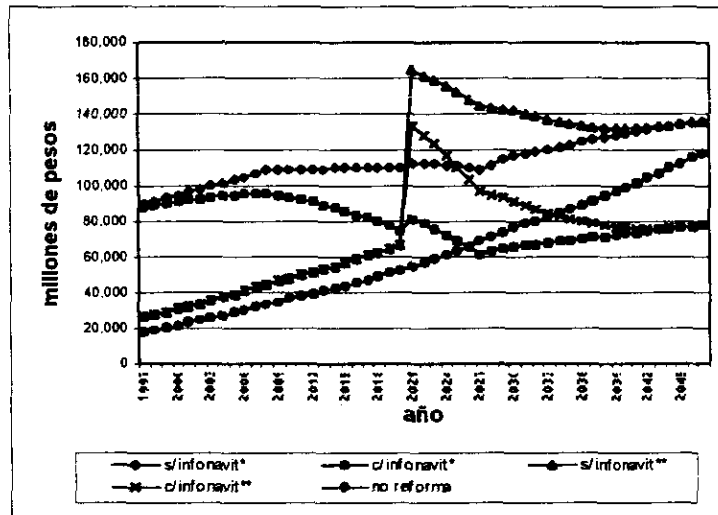
Fuente: elaboración propia.

De estos resultados, es necesario destacar varias características:

1. *Similitudes con otras evaluaciones.* Como puede observarse en el *cuadro 3.5*, el modelo base, sin considerar los fondos de vivienda, arroja resultados similares a los obtenidos por Sales-Serrapy, aunque relativamente menores. Esta diferencia se debe a las tasas empleadas en ambos ejercicios, sobre todo la relacionada con el crecimiento del PIB y la tasa de interés. De cualquier forma, el resultado comprueba que en los primeros 50 años, la reforma es más cara que el subsidio del sistema anterior. La ventaja, en todo caso, se presenta en los años posteriores a los primeros 50, cuando el crecimiento del subsidio necesario para sostener el sistema PAYG original, matizado por el diferencial de crecimiento entre el PIB y la población de pensionados, diluya el diferencial entre ambos costos. Sin embargo, se trata de una ventaja posterior a los 50 años. En la *gráfica 3.4* se muestra la evolución de estos rubros como porcentajes del PIB. A partir de esta gráfica vemos como la evolución del subsidio sin reforma (no reforma), en el periodo evaluado, es inferior a la trayectoria del modelo base sin considerar los fondos de vivienda (s/infonavit\*\*); diferencia que se hace aún mayor si consideramos los costos a valor presente, derivados de la explosión de pensiones bajo el nuevo sistema y los subsidios requeridos, superiores al 60%. En estas condiciones, la única forma de atenuar esos costos y de que, inclusive, el costo de la reforma sea menor al subsidio del modelo anterior, depende del uso que los asegurados hagan de la subcuenta de vivienda; lo que significa que no los utilicen.



**Gráfica 3.4**  
**COSTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES**

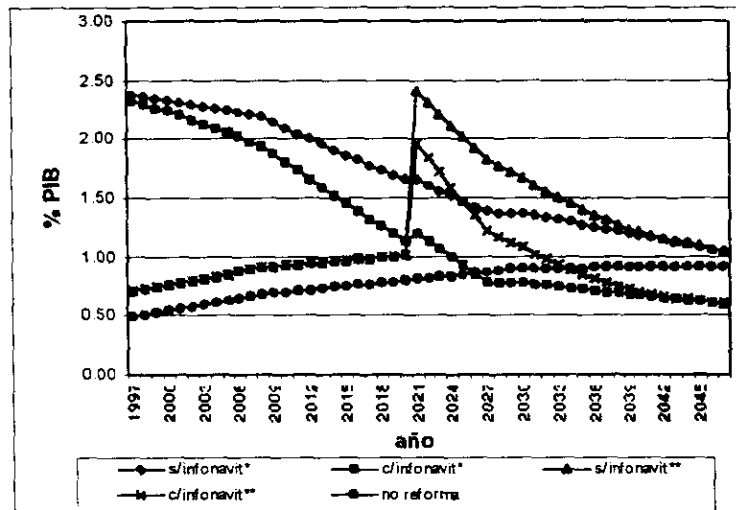


\*\* modelo base  
\* modelo 2  
Fuente: elaboración propia.

2. *Impacto de la forma de pago.* También en la **gráfica 3.4** destaca el impacto del subsidio necesario al momento de adquirir las rentas vitalicias. Como puede verse, el hecho de que las NPSA se paguen según la operación del nuevo sistema –adquiriendo las rentas vitalicias con una aseguradora–, eleva significativamente los costos al inicio del periodo de transición, aunque se reducen después del año 2021, en comparación con el modelo base –pago de pensiones según el modelo anterior–. En cualquier forma, el impacto del subsidio necesario implica costos cercanos al 2.4% del PIB; ya sea de manera inmediata, en caso de que las NPSA se paguen mediante la contratación de rentas vitalicias; o en el mediano plazo, cuando se otorguen la primeras PNS. Véase **gráfica 3.5**. El punto central aquí, es que la reforma no puede evitar la explosión de la carga de los subsidios, independientemente de la forma que se adopte para el pago de las NPSA. En todo caso, la única alternativa es prorrogarla hasta el final de la etapa de transición: 24 años.
  
3. *Diferencial de crecimiento respecto del PIB.* Un hecho que se debe destacar, es que a pesar del crecimiento acelerado de los costos, en términos monetarios, la evolución de la carga fiscal en relación con el PIB muestra un comportamiento relativamente distinto. Se eleva hasta cerca del 2.4% al ocurrir la explosión de los subsidios necesarios para la adquisición de rentas vitalicias – que como se vio en el punto anterior puede ser inmediato o postergado 24 años–, pero al final decrece por debajo del 1%, donde se estabiliza en el largo plazo. El punto central, en esta

evaluación, es que también el subsidio necesario para mantener el sistema anterior se estabiliza por debajo del 1% del PIB en el largo plazo. Esto ocurre debido a que, la tasa de crecimiento de los pensionados, proyectada para después del año 2050, estima que crecerán a una tasa inferior al 2.5%. Por lo tanto, si suponemos que el PIB crece al menos al 2.5%, el diferencial de las tasas compensa la expansión de la carga fiscal, siempre que la pensión otorgada no se incremente a tasas superiores al PIB.

**Gráfica 3.5**  
**COSTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES**



\*\* modelo base  
\* modelo 2  
Fuente: elaboración propia.

¿Qué conclusiones se pueden adelantar con estos resultados? Una inmediata, es que la descarga fiscal esperada del nuevo sistema, no se expresa de manera clara. Como se vio, durante los primeros 50 años el costo fiscal de la reforma es mayor al subsidio que se hubiera requerido para sostener el sistema anterior. Por el otro lado, después de ese periodo, las tasas de crecimiento de los pensionados habrán caído por debajo del crecimiento del PIB, de tal forma que garantizarían que en el largo plazo, los costos del sistema anterior se estabilizaría por debajo del 1% del PIB. Las únicas salvedades que validarían la reforma, en este punto, son que el crecimiento esperado del PIB sea inferior, aún en el largo plazo, a la tasa de crecimiento de los pensionados; que las tasas de acumulación de los fondos individuales fueran negativas –posibilidad no descartada por la Ley–; o que las contribuciones del Estado en el sistema anterior, además del subsidio para el pago de pensiones, creciera por encima del resto de los costos. Sin embargo, para que esto último ocurriera, es necesario que la tasa de incorporación de trabajadores activos fuera superior a la de crecimiento de pensionados y del PIB, algo difícil de suponer. En segundo lugar, y en términos efectivos, el

nuevo sistema no revierte el problema de los montos de las pensiones, que siguen ancladas e igualadas al Salario Mínimo. En tercer lugar, por la operación real del nuevo sistema, la reforma del modelo de pensiones del IMSS sustituyó un modelo semifondeado, a partir de reservas técnicas integradas colectivamente; por otro, igualmente semifondeado, basado en cuentas individuales y respaldado con fondos públicos, ya sean fiscales o de reservas técnicas. El punto central, en este caso, es que la reforma no garantiza la solvencia del sistema; en el mejor de los casos, aminora la carga en el largo plazo, pero no la desaparece. De igual forma, sustituye un sistema basado en la solidaridad intergeneracional por otro que subsidia las pensiones con recursos fiscales; es decir, por una forma de solidaridad ampliada a los contribuyentes, asegurados y no asegurados. En conclusión, la reforma no revierte de forma sólida los dos problemas que la originaron: ni eleva los montos de las pensiones, ni reduce la carga fiscal del sistema.

Un último aspecto referente a la carga fiscal de la reforma. Comparativamente, el costo total de la reforma del IMSS a valor presente, considerando el periodo de transición de 50 años, tiene un valor aproximado de 82.6% del PIB de 1997; una cantidad menor a las enfrentadas por las reformas en Colombia, del 83.5%, y sobre todo en Chile, donde el costo total de la reforma a valor presente, fue del 126% del PIB del año base<sup>29</sup>.

#### *Alternativas de financiamiento y efectos redistributivos*

Frente al aumento de las cargas fiscales derivadas de la reforma del sistema de pensiones, las alternativas de financiamiento, refieren los tres mecanismos clásicos: alzas en los impuestos, reducciones del gasto en otras áreas o emisiones especiales de deuda. Sin embargo, cada una de ellas con efectos colaterales importantes. El tamaño de las obligaciones puede tener un impacto fiscal importante sobre el presupuesto gubernamental; de igual forma e independientemente del mecanismo adoptado, el financiamiento del déficit puede alterar los esquemas de redistribución del ingreso, principalmente entre las generaciones actuales y futuras de pensionados, así como entre los pobres y los ricos.

Básicamente, en términos de política económica, se pueden destacar dos alternativas para financiar el déficit. Por un lado, el gobierno puede emitir nueva deuda para cubrir el déficit del sistema anterior. Bajo este escenario, la emisión de deuda implica que en el corto plazo, el ahorro nacional, la acumulación de capital y la redistribución intergeneracional del ingreso, sólo se verán afectadas

---

<sup>29</sup> Sales-Serrapy, op. cit. pág. 38.

marginalmente, y en magnitudes que dependen de los resultados que arroje la reforma: entre más eficiente, menores efectos colaterales. Por el otro lado, el déficit puede financiarse incrementando los impuestos o recortando el gasto gubernamental. En este escenario, una transición financiada completamente con impuestos, es equivalente a combinar la reforma del sistema de pensiones con una política fiscal contraccionista; lo que genera una transferencia de recursos de las generaciones actuales a las futuras, impulsa el incremento de los ahorros y la formación de capital, y eleva los niveles futuros de ingreso per cápita y los salarios. Sin embargo, también es posible realizar una combinación de ambas opciones; en este caso, el resultado *neto* dependerá de la mezcla que se haga de instrumentos para financiar la transición.

## CONCLUSIONES

1. El modelo mexicano de seguridad social, el que se institucionalizó en 1943 con la Ley del Seguro Social obligatorio, siguió en lo fundamental el esquema denominado bismarckiano, en el que los seguros son parte de las relaciones laborales. Así, una condición necesaria para acceder a los seguros sociales, es tener un contrato laboral. Pero no suficiente por dos razones: primero, por el problema del riesgo; segundo, el sector económico del trabajo (ya que los servicios eran fundamentalmente urbanos). Sin embargo, el financiamiento de este modelo no depende exclusivamente de la relación laboral; es decir, de patrones y obreros, sino que entra en el presupuesto público a través de la aportación del Estado. Una de las paradojas del modelo, entonces, es que depende de una relación salarial, que es privada, pero su financiamiento incluye una parte comunitaria. Esto se observa claramente en cada uno de los riesgos asegurados. Los Riesgos de Trabajo, en cuanto ocurren en el proceso de producción, son responsabilidad del empleador (no sin largas disputas), y se financian exclusivamente con aportaciones patronales. Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, comprenden riesgos diferentes, desde accidentes fuera del trabajo que merman la capacidad del obrero, hasta el retiro y la falta de protección a familiares. En este caso, las aportaciones son tripartitas: obreros, patrones y gobierno. Lo que resulta interesante, pues la protección al riesgo contiene elementos de ahorro individual (cuota obrera), de la relación laboral (cuota patronal) y del ahorro público (recursos fiscales). De esta forma, adquiere la forma de un seguro mixto, derivado no sólo de un contrato laboral, sino de la pertenencia a una comunidad también. Un seguro en el que la responsabilidad individual, la relación laboral y la nacionalidad, tienen un papel preponderante. Lo mismo sucede en el caso del seguro de Enfermedades y Maternidad, donde el hecho de ser miembro de una comunidad, mediado por el empleo y el registro, garantizan el acceso a los beneficios del seguro.
2. La cobertura de la seguridad social ha seguido un proceso intermitente y desigual. Entre 1943 y 1970, se llegó al 20% de la población total; en la actualidad, la cobertura es poco mayor al 50%. Este proceso se debe a tres razones fundamentales: la penetración de la obligación fiscal del Seguro Social a más ramas y sectores económicos; la incorporación de sectores marginados a través de programas *ad hoc*; y la creación de nuevas instituciones de seguridad social para sectores específicos (ISSSTE, en 1959; ISSSFAM, en 1973; así como las instituciones

específicas para petroleros y ferrocarrileros). La ampliación de la cobertura ha sido un proceso horizontal, pero también transversal, al incluir no sólo mayores contingentes poblacionales, sino nuevas ramas de seguro y de servicios; por ejemplo, servicios sociales y guarderías en 1973. Así, el esquema de la seguridad social se hace más complejo, pues ya no sólo contempla seguros contra riesgos identificados, sino servicios y prestaciones que no pueden ser considerados como riesgos, y en vez de eso, deben ser considerados como condiciones para el empleo mismo (guarderías y maternidad), o servicios de prevención y hasta recreación (instituciones deportivas y campañas de vacunación, por ejemplo).

3. En cincuenta años, el IMSS mantuvo los lineamientos generales del modelo, haciendo modificaciones puntuales en la estructura de las aportaciones para cada ramo; en los criterios para gozar de ellos; en la administración de las reservas técnicas, financieras y actuariales; en la contabilidad de las ramas; en los regímenes de seguro, desde el obligatorio hasta el voluntario; y en el esquema general de seguros, servicios y prestaciones. En pocas palabras, el desarrollo de la seguridad social se dio en extensión, a todo el espectro del empleo formal, y en profundidad, con más tipos de atención.
  
4. Desde finales de los años setenta, se advirtieron tendencias hacia una crisis del seguro social que una década después estallaron en múltiples direcciones. Primero, una crisis fiscal, en la que el crecimiento de los egresos era a una tasa mayor que la de los ingresos, además de un bloqueo en el crecimiento de las aportaciones, principalmente patronales y gubernamentales. Segundo, una crisis financiera, con ramas estructuralmente deficitarias, como Enfermedades y Maternidad, que eran financiadas con las reservas del IVCM. Tercero, una crisis actuarial, pues las reservas constituidas en cuarenta años de aportaciones al IVCM fueron utilizadas sistemáticamente para la construcción de infraestructura y el subsidio de otros programas y ramas del seguro, y por tanto, se tradujo en la inexistencia de fondos de reserva para financiar el retiro de miles de trabajadores que entraron al seguro en el periodo de alto crecimiento económico. Cuarto, una crisis demográfica, pues las tendencias del crecimiento poblacional se revirtieron y la pirámide ha empezado a invertirse. Quinto, una crisis de cobertura, pues al alcanzar a más del 80% del empleo formal, y éste disminuir su participación relativa en la PEA, las posibilidades de incrementar el número de cotizantes disminuyen. Sexto, una crisis en la prestación de servicios, patente tanto en el monto de las pensiones (que en los ochenta disminuyeron su poder adquisitivo en casi 70%), como en la infraestructura hospitalaria (por las restricciones presupuestales de la década perdida). Séptimo, una crisis que podríamos

denominar de expectativas, pues los bloqueos del financiamiento, la disminución de servicios, la cobertura del empleo formal y la transición epidemiológica y demográfica, hicieron que los seguros constituidos en los años cuarenta, no sólo tuvieran dificultades para cubrirse, sino que ignoraban la dinámica de los riesgos en una sociedad urbana, en un territorio integrado, en una economía global y en la aparición de nuevos riesgos sociales, como las catástrofes naturales, los accidentes urbanos, las enfermedades de nuevo tipo, la seguridad pública, etcétera.

5. En estas condiciones, desde principios de los años noventa se iniciaron una serie de modificaciones jurídicas y administrativas al modelo. En primer lugar, se estableció la contabilidad por separado de cada ramo del seguro, sólo para hacer evidente lo que ya se sabía: el déficit permanente de una rama y la desaparición de las reservas del IVCM. En segundo, la homogeneización de las pensiones con el salario mínimo, como piso de todas las pensiones y como referencia para las actualizaciones. En tercero, la introducción de seguros paralelos, específicamente el SAR, que rompía con el esquema del IVCM, para incorporar un seguro individual de ahorro para el retiro. Un seguro que no rompió la estructura de las pensiones, pero que sí introdujo un elemento disfuncional en el sistema, que fue utilizado posteriormente en la reforma de la Ley del IMSS en 1995. Estas fueron, por así decirlo, las condiciones esenciales para la reforma del modelo en 1995: sus avanzadas.
6. La nueva ley del IMSS, aprobada en 1995, se propone enfrentar la crisis sistémica del Seguro Social, a partir de una revisión completa que fortaleciera al Instituto, que le diera viabilidad en el largo plazo y que acrecentara su capacidad de respuesta, como señala explícitamente la exposición de motivos. Los ejes de la reforma del seguro son cuatro: la formulación de un nuevo esquema de pensiones; la adecuación de las prestaciones y el financiamiento; la modificación de los criterios de acceso; y la vigencia funcional del sistema.
7. El nuevo esquema de pensiones se ha tratado de ver como la sustitución de un sistema semifondeado, en los hechos convertido en *pool* de cotizaciones de los trabajadores activos que financian los ingresos de los pensionados (el modelo *Pay-As-You-Go*, que tanto refieren los economistas), a un sistema fondeado, de responsabilidad individual del trabajador. Esto no es así, o mejor, no solamente es así. El nuevo esquema redefine las pensiones a través de la modificación de los criterios operativos, el financiamiento y las formas de pago. En primer lugar, se dividió el ramo del IVCM en dos seguros: Invalidez y Vida (IV), para cubrir las enfermedades y accidentes no profesionales; y Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

(RCV), para asegurar la continuidad de los ingresos después de la vida laboral. El esquema se completa con los Riesgo de Trabajo (RT) y las pensiones temporales por Enfermedades y Maternidad. En segundo lugar, se modificaron los mecanismos del pago de pensiones, los requisitos, criterios y métodos de financiamiento. La modificación relevante en este punto, es el pago de las pensiones permanentes, que ya no las cubre el IMSS sino una aseguradora o una Afore. En el caso del IV, se contrata un paquete de prestaciones con los fondos de su cuenta individual y una aportación del IMSS. En el caso del RCV, las rentas vitalicias funcionan de manera similar, sólo que si los ahorros individuales no alcanzan a contratar al menos una pensión mínima, la diferencia corre a cargo del Gobierno Federal. De este modo, el nuevo sistema de pensiones combina dos métodos de financiamiento, el individual y el público, además de dos formas para determinar el monto de las pensiones. Las derivadas de accidentes de trabajo, profesionales o no, tienen montos fijados por ley; las del RCV, a partir de los recursos acumulados en la cuenta individual respectiva, aunque con un piso, ya que ninguna pensión deberá ser menor al salario mínimo (a excepción de las de RT). Así, en la garantía del piso del salario mínimo, el gobierno federal potencialmente compromete una parte de los recursos públicos en un sistema de pensiones que combina fondos públicos con individuales. Un aspecto fundamental de la Ley es la regulación de las cuentas individuales, a través de las Afores y de una institución reguladora, la CONSAR, mediante la vigilancia de la inversión de los recursos y los esquemas de competencia entre las instituciones, vía comisiones, rendimientos y servicios proporcionados a los trabajadores.

8. Las modificaciones en los sistemas de financiamiento no se redujeron únicamente a las pensiones, también incluyeron otros ramos del seguro social, particularmente Enfermedades y Maternidad, aquejado de un déficit estructural financiado por el IVCM. De manera especial, en este ramo la ley diferencia las prestaciones económicas de las que se otorgan en especie o prestación de servicios. Las primeras, por enfermedad temporal, se financian en proporción al salario del trabajador y con una cuota tripartita; y las segundas, con aportaciones fijas de los tres sectores y de los trabajadores que perciban más de tres salarios mínimos.
9. La revisión de los criterios de acceso a la seguridad social, es uno de los puntos menos discutidos de la reforma. El antiguo esquema de derechohabientes y solidariorhabientes, se modificó al eliminar las incorporaciones colectivas por decreto, y reemplazarlas mediante la creación de los programas de Seguridad Social en el Campo y el Seguro de Salud para la



Familia, como formas para extender la cobertura a sectores que no están directamente vinculados con el empleo, pero con capacidad contributiva.

10. La nueva Ley se propone fortalecer al Instituto, darle vigencia a largo plazo y ampliar su capacidad de respuesta. Tres objetivos, sin embargo, que no están garantizados dadas las limitaciones y contradicciones jurídicas, económicas y operativas de la nueva Ley. De manera sintética, las limitaciones aparecen, por un lado, en el alcance de la reforma; siendo ésta parcial, focalizada en las pensiones y en el aspecto financiero del Instituto. Por otro, en la eficiencia del mismo esquema de pensiones, en donde la ilusión de un retiro decoroso y el enorme costo fiscal de la transición y la permanencia del esquema, cuestionan su viabilidad en el largo plazo.
11. Según un modelo simple para evaluar la eficiencia del esquema de pensiones, para que funcionara el sistema totalmente fondeado, es decir, que los recursos de las cuentas individuales contrataran una renta vitalicia de un salario mínimo, que es el piso de ley, sería necesario que el promedio de ingresos de los trabajadores fuera poco mayor a 7 salarios mínimos, a toda luz incongruente con las estadísticas salariales del país. Entre 1 y 7 salarios mínimos, el gobierno tendría que aportar entre el 83.6%, para los de ganan el mínimo, y el 57.02%, en un caso moderado donde el trabajador percibe entre dos y tres salarios mínimos a lo largo de su trayectoria laboral. De este ejemplo se derivan dos preguntas: ¿cómo sería posible garantizar una pensión digna, por encima del salario mínimo, si el 80% de los trabajadores no alcanzarán siquiera a cubrir el costo de la renta vitalicia? ¿Qué ventajas representa para el estado un sistema donde la mayoría de las pensiones deben ser subsidiadas en más del 50%? De este modo, el piso de las pensiones se fortalece homogeneizando a la baja a todos los jubilados; una de las presuntas inequidades del sistema anterior que la nueva Ley más denunció, y más refuerza.
12. Otra de las contradicciones de la nueva ley, es el incremento de las semanas de cotización a 1,250 en caso del RCM. Eso representa un poco más de 24 años de permanencia laboral y cotización al Instituto; sin embargo, en la actualidad, el periodo promedio de cotización es de 15 años. ¿En base a qué expectativas y escenarios se puede estimar como mínimo de jubilación casi diez años más? ¿Qué evolución del PIB, y sobre todo, del empleo, puede permitir tal criterio mínimo? En este caso, si las tendencias se mantienen, lo único que significa es que el sistema está diseñado para restringir el acceso a las pensiones y generar una diferenciación mayor: los que son subsidiados con el mínimo y los que son excluidos.

13. Siguiendo el caso de las pensiones, deberemos recordar el manejo privado de las cuentas individuales, al otorgársele a las Afores y éstas cobrar comisiones por el manejo de cuentas, aún suponiendo altas tasas reales, podría encontrarse que al final de un cierto período, por ejemplo, la cantidad de las aportaciones sea menor incluso nominalmente, por el efecto combinado de tasas de comisión y tasas de interés. El ejemplo más ilustrativo es del trabajador que en el primer año acumuló mil pesos, con una tasa real del 20% y deducciones por comisión del 25%, un caso medio, al final del año sólo tiene \$900. ¡10% menos que al principio!
14. El costo fiscal de la reforma tiene dos componentes: los costos de la transición y el costo permanente, durante y después de la transición. Los primeros suponen los gastos extraordinarios que resultan cuando el gobierno asume el pago de las pensiones en curso y las que se otorguen rezagadas bajo el modelo anterior. El segundo, la carga fiscal permanente por las aportaciones, las pensiones mínimas garantizadas y las contribuciones sociales. Por la forma dinámica del modelo adoptado, la trayectoria supone un primer periodo de costos elevados, superiores al 0.7% del PIB anual y hasta por cantidades cercanas al 2.5%, para después estabilizarse alrededor del 1%; aunque estimaciones menos alentadoras lo colocan en el 1.5% del PIB anual en el corto plazo, incrementándose hasta 3.5% para estabilizarse en menos del 1% anual en el largo plazo. Sin embargo, frente a este escenario, existen elementos que permiten suponer un menor costo del sistema anterior, que podría estabilizarse en el largo plazo en 0.9% del PIB. La principal razón de esta diferencia, es el impacto del subsidio necesario para la compra de las rentas vitalicias.
15. ¿Si el costo fiscal de la transición y el costo permanente de las pensiones son tan altos, si las pensiones se estabilizan a la baja, en un salario mínimo, si el acceso a las pensiones define un escenario de exclusión importante, cuáles son entonces las ventajas de la nueva Ley? ¿Qué paso adelante representa? ¿O es sólo un medio para prorrogar la reforma del sistema general de seguridad social en México, a la luz de todas las tendencias críticas reseñadas en el capítulo 2, y de las nuevas formas de riesgo social y económico generados por la globalización, la economía de servicios, la transición epidemiológica, las megalópolis y la reversión de la pirámide poblacional?
16. Para terminar, la respuesta a una pregunta obligada: ¿es buena la reforma? Depende para quién. Los trabajadores no ven reducidas las aportaciones que realizan en forma significativa y sí, en

cambio, tienen la seguridad de no mejorar sus prestaciones, especialmente las pensiones. Para los patrones, de manera similar, la reforma implica sólo una reducción marginal de la carga del sistema sobre los costos de producción. Y para el Estado, las adecuaciones de los esquemas de financiamiento significan el aumento de las cargas fiscales del sistema en dos formas: de manera directa, a través del subsidio para la adquisición de rentas vitalicias para los pensionados; y de manera indirecta, aumentando el subsidio necesario por el IMSS para la provisión de los servicios médicos y las prestaciones en especie. En estas condiciones, la reforma tiene costos públicos, representados por la carga fiscal permanente; costos privados, a cargo de trabajadores y patrones; y costos sociales, derivados del riesgo potencial que enfrentan los asegurados de quedar marginados del sistema, siempre que no cubran los requisitos, así como los antiguos solidariohabientes de poblaciones marginales, que con la nueva Ley están obligados a reincorporarse bajo los ramos de Seguridad Social para el Campo y el Seguro de Salud para la Familia, en ambos casos aumentando los costos, sin garantía de mejorar los beneficios. Todo esto, potenciado por las áreas no tocadas en la reforma, como el dispendio de recursos por la cotización múltiple y el traslape de la demanda en los servicios de salud; y los amplios márgenes de discrecionalidad otorgados a las Afores, Siefores y aseguradoras. Una vez más: ¿es buena la reforma? Sí para las Afores, Siefores, aseguradoras y demás empresas financieras que se ven beneficiadas con el flujo de recursos baratos, a largo plazo. En cambio, difícilmente se dará una respuesta similar en términos colectivos –asegurados, pensionados y empresas registradas– y fiscales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Akin, J., *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, WB, Washington, 1987.
2. Arrau, Patricio, *Social Security Reform : the Capital Accumulation and Intergenerational Distribution Effect*, Research and External Affairs, Working Paper, WP51, Octubre, 1990.
3. Arrau, Patricio y Schmidt-Hebbel, Klaus, *Macroeconomic and Intergenerational Welfare Effect of a Transition from Pay-As-You-Go to Fully-Funded Pension System*, mimeo, Junio, 1994.
4. Arrau, Patricio, *Pension System Reforms: Country Experiences and Research Issues*, Revista de Análisis Económico, Vol. 9, N.1, junio, 1994.
5. Aspe Armella, Pedro, *El Camino Mexicano de la Transformación Económica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
6. Ayala, Raúl y Schaffer, Carlos, *Salud y Seguridad Social, Crisis, Ajuste y Grupos Vulnerables*. Perspectivas de salud pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1991.
7. Beveridge, William, *Social Insurance and Allied Services, Report*, Macmillan, New York, 1942.
8. Blanchard, O. y Fisher S., *Lectures on Macroeconomics*, MIT Press, 1989.
9. Bosworth, B.; Dornbusch R. y Poterba J., *Public Policies to Support Saving and Investment in Mexico*, mimeo, 1995.
10. Briceño Ruiz, Alberto, *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*, Col. Textos Jurídicos Universitarios, HARLA, México, 1987.
11. Centro de Estudios de la Gobernabilidad, *Gobernar la Vejez, Gobernabilidad, Técnicas, Problemas y Resistencias*, N.2, México, 1993.
12. Diamond, Peter, *Privatization of Social Security. Lessons from Chile*, Revista de Análisis Económico, vol. 9, N.1. junio, 1994.
13. Donzelot, J., *L'Invention du Social. Essais sur le Declin des Passions Politiques*, Fayard, París, 1984.
14. Donzelot, J., *Face a l'Exclusion*, Esprit, París, 1991.
15. Ewald, F., *L'Etat Providence*. Grasset, París, 1986.
16. Euzéby, Alain y Chantal, *Social Security Financing Methods, Labor Costs and Employment in Industrialised Market Economy Countries*, ILO, 1984.
17. Feldstein, Marton, *Social Security Induced Retirement and Aggregate Capital Accumulation*, Journal of Political Economy, col. 24, 1994.

18. Funsalud, *Economía y Salud, Informe Final*, Funsalud, México, 1994.
19. Forrester, Viviane, *El Horror Económico*, Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
20. Gómez León, J., *Población y Desarrollo*, Fundación Mexicana Cambio XXI, México 1994.
21. González Villarreal, R. (coord.), *Ingovernabilidad: la Gestión de la Crisis en el Gobierno de Ernesto Zedillo*, PyV Editores, México, 1996.
22. Gough, I., *Economía Política del Estado de Bienestar*.
23. Hirschman, A., *Retóricas de la Intransigencia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
24. International Labour Office, *Financing Social Security: the Options, an International Analysis*, ILO, Geneve, 1984.
25. International Labour Office, *Social Security Financing and Economic Growth*, ILO, 1989.
26. Kumate, Jesús, et al, *La Seguridad Social y el Estado Mexicano*, Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
27. Kurczyn, S., *Reforma del Sistema de Pensiones Mexicano: Principales Aspectos Macroeconómicos*, Comercio exterior, n. 46, México, 1996.
28. Laurell, Asa Cristina, *La Reforma de los Sistemas de Seguridad Social. Concepciones y Propuestas de los Distintos Sectores Sociales*, Fundación Friedrich Ebert, México, 1995.
29. Laurell, Asa Cristina, *La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social*, Editorial Era/Friedrich Ebert Stiftung, México, 1997.
30. Luhman, N., *Teoría Política del Estado de Bienestar*, Alianza Editorial, Madrid, 1987.
31. López, O. y Blanco J., *La Modernización Neoliberal en la Salud. México en los Ochenta*, UAM-X, México, 1993.
32. Mesa-Lago, Carmelo, *La Seguridad Social en América Latina*, en Progreso económico y social en América Latina, BID, 1991.
33. Mouton, Pierre, *The Origin of Financing Methods*, ILO, 1980.
34. Muñoz de Bustilli, R. (comp.), *Crisis y Futuro del Estado de Bienestar*, Alianza Universidad, Madrid, 1989.
35. Mussot, M.L. (coord.), *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*, UAM-Fundación Friedrich Ebert, México, 1996.
36. Narro Robles, José, *La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI*, Col. Una visión de la modernización en México, Fondo de Cultura Económica, 1994.
37. O'Connor, J., *The Fiscal Crisis of the State*, San Martin's Press, New York, 1973.
38. Offe, C., *Las Contradicciones del Estado Benefactor*, Alianza Editorial/CNCA, México, 1992.
39. Picò, J., *Teorías Sobre el Estado de Bienestar*, Siglo XXI Editores, México, 1990.
40. Pierson, C., *Beyond the Welfare State?*, Polity Press, Cambridge, 1991.

41. PRD, *La Seguridad Social Mexicana en la Ruta de la Privatización*, Grupo Parlamentario del PRD, Cámara de Diputados, LVI Legislatura, México, 1997.
42. Procacci, G., *Gouverner la Misère*, Seuil, París, 1993.
43. Rosanvallon, P., *La Crise de l'Etat Providence*, Éditions du Seuil, París, 1992
44. Rosanvallon, P., *Le Liberalisme Économique. Histoire de l'Idée de Marché*, Éditions du Seuil, París, 1989.
45. Rosanvallon, P., *La Nouvelle Question Sociale*, Éditions du Seuil, París, 1989.
46. Rosanvallon, P. y Fitoussi, P. J., *Le Nouvel Âge des Inégalités*, Éditions du Seuil, París, 1996.
47. Schettino, M., *El Costo del Miedo, la Devaluación de 1994/1995*, Grupo Editorial Iberoamérica, México, 1995.
48. Solís-Soberón, Fernando, *Descripción del Sistema de Ahorro para el Retiro*, Documento de Trabajo N.3, CONSAR, septiembre de 1995.
49. Sales-Sarrapy, Carlos; Solís-Soberón, Fernando y Villagómez, Alejandro, *Pension System Reform: the Mexican Case*, mimeo, 1997.
50. Solís-Soberón, Fernando, y Villagómez, Alejandro, *Domestic Savings in Mexico and Pension System Reform*, paper, México, 1996.
51. Spalding, Rose J., *Social Security Policy Making: The Formation of the Mexican Social Security Institut*, University Microfilms International, Londres, Inglaterra, 1979.
52. Villagómez, Alejandro, *Los Determinantes del Ahorro en México: una Reseña de la Investigación Empírica*, Economía Mexicana, vol. II, N.2., México, 1993.

## Documentos

1. Diario Oficial de la Federación, 1917-1993. Disco Compacto, 1996.
2. IMSS, *El Seguro se Fortalece Para Ser Más Seguro*, México, s/f.
3. IMSS, *Diagnóstico*, mimeo, México, 1995.
4. IMSS, *Memoria Estadística, 1960-1994*.
5. *Ley del Seguro Social*, México, 1995.
6. Diario de los Debates, 18 de diciembre de 1942, Cámara de Diputados.
7. Diario de los Debates, 1o. de febrero de 1973, Cámara de Diputados.