



ARTÍCULO DE REVISIÓN

La crisis del Instituto Mexicano del Seguro Social

The crisis of the Mexican Social Security Institute

Luis Miguel Pavón León,
Arturo Méndez Montero

Recibido: 21/02/2011 - Aceptado: 20/10/2011

RESUMEN

En este artículo se describen las causas que afectan la estructura financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social. En primera instancia se sopesan los efectos de los procesos de transición económica, demográfica y epidemiológica sobre el funcionamiento del instituto de salud; posteriormente se describe la situación financiera del IMSS y se analizan sus perspectivas de funcionamiento en el corto plazo. Para ello, se revisa la información del escenario financiero que presentan los diferentes tipos de seguros que ofrece el IMSS, así como el funcionamiento del régimen de jubilaciones y pensiones. Una vez que se ha realizado el diagnóstico del entorno financiero del IMSS, se efectúa un balance sobre las perspectivas futuras de esta institución de protección social.

ABSTRACT

This article describes the causes affecting the financial structure of the Mexican Social Security Institute. In the first instance be weighed up the effects of the processes of economic, demographic and epidemiological transition on the functioning of the Institute of health; later describes the financial situation of the IMSS and analyses its prospects of functioning in the short term. To do so, reviews the information of the financial scene showing different types of insurance offered by the IMSS, as well as the operation of the retirement and pension's scheme. Once the diagnosis of the financial environment for the IMSS has made, is carried out an assessment on the future prospects of this institution of social protection.

INTRODUCCIÓN

Después de quince años de haberse reformado el sistema de protección social del Instituto Mexicano del Seguro Social, vuelve a rondar en el ambiente el fantasma de la crisis financiera. Las autoridades de la institución ubican en el centro de esta crisis a la situación deficitaria del seguro de enfermedades y maternidad, y del régimen de jubilaciones y pensiones. En las proyecciones financieras y actuariales de la institución se detecta una situación deficitaria a partir del año 2010. Los escenarios construidos permiten mantener la viabilidad financiera hasta el año 2012, para lo cual se debe recurrir a la totalidad de las reservas para cubrir los agujeros financieros del instituto.

Para las autoridades de la institución el punto focal de la crisis se encuentra en el funcionamiento del régimen de pensiones y jubilaciones; por su parte, la dirigencia sindical localiza la crisis en la ineptitud e incompetencia de las autoridades que actualmente dirigen el Instituto. Sin embargo, la actual crisis del IMSS se encuentra estrechamente relacionada con las reformas privatizadoras de la institución; la indolencia de las autoridades gubernamentales para hacerse cargo de los costos de la transición, han obligado a los cuadros directivos del IMSS a distraer recursos de la institución para financiar las obligaciones contraídas contractualmente con sus trabajadores.

Para comprender el funcionamiento actual del IMSS, se requiere incorporar una amplia perspectiva de análisis: la historia del sistema de protección social del país se convierte en un insumo esencial para comprender el futuro de la institución. El presente documento se inicia con un breve recuento de los diferentes tipos de modelos de protección social y de la construcción del sistema de seguridad social de México; esta información resulta pertinente para comprender el papel que ha tenido el IMSS en la salvaguarda de la salud y en la protección social de los mexicanos.

En tanto que la crisis del IMSS es multicausal, se analizan tanto los factores externos como los factores internos que condicionan el funcionamiento actual de la institución. Entre los factores externos se examinan los fenómenos de transición económica, demográfica y epidemiológica con la finalidad de analizar el impacto que han tenido los grandes cambios económico-sociales en el funcionamiento del IMSS. En el examen de las causas internas, el análisis se inicia a partir de la revisión de la reforma estructural que sufrió el IMSS en el año de 1995; se parte de la premisa de que la actual crisis financiera se asocia con el proceso de transición del sistema de reparto al sistema de capitalización individual. Posteriormente, se describe la situación financiera del IMSS y se analizan sus perspectivas de funcionamiento en el corto plazo; para ello, se revisa la información de la situación financiera que presentan los diferentes tipos de seguros que ofrece el IMSS, así como el

funcionamiento del régimen de jubilaciones y pensiones.

Una vez que se ha realizado el diagnóstico de la situación financiera del IMSS, se realiza un balance sobre las perspectivas futuras –tanto en el mediano, como en el largo plazo- de esta institución de protección social.

MODELOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Los sistemas de protección social surgen paralelamente al desarrollo de las relaciones capitalistas de producción y cumplen la finalidad de amortiguar las contradicciones sociales inherentes al sistema capitalista. Estos sistemas son una respuesta a las presiones sociales que ejercen amplios sectores de la población, o bien, a los procesos de legitimación que ponen en marcha las autoridades gubernamentales en turno. Fleury y Molina elaboran una tipología que considera las relaciones entre modelos de protección social y las condiciones de ciudadanía que intervienen en cada caso. Estos autores identifican los siguientes modelos de protección social¹: asistencia social (ciudadanía invertida), seguro social (ciudadanía regulada) y seguridad social (ciudadanía universal).

El modelo de asistencia social tiene como referencia histórica las “leyes de pobres” que regularon el mercado de trabajo en los países anglosajones. La asistencia social conserva un carácter compensatorio a favor de los grupos sociales –pobres o sectores sociales marginados- que han mostrado incapacidad para insertarse activamente en las relaciones de mercado. La asistencia social adquiere un carácter preventivo y punitivo, y no se concibe como un derecho de la ciudadanía, ya que su concesión se relaciona con el poder discrecional de quien la otorga.

El modelo del seguro social tiene como referencia histórica al sistema de seguridad social puesto en marcha en la Alemania de Bismarck. Este modelo se caracteriza por la cobertura de prestaciones sociales a la clase trabajadora mediante la normatividad que rige las relaciones contractuales. Está inspirado en el seguro privado, pero se diferencia de éste por el rol del Estado y por la asociación a burocracias fuertes que buscan, en última instancia, la lealtad de los beneficiarios. Este modelo se erige sobre el principio de solidaridad propio de la formación de la clase trabajadora industrial y el principio de diferencia, lo que permite a los individuos la percepción de compensaciones proporcionales a sus contribuciones al seguro.

El modelo de seguridad social tiene como referencia histórica el Plan Beveridge de 1942, cuya característica esencial consiste en garantizar a todos los ciudadanos el derecho a un mínimo vital, socialmente definido. La seguridad social se concibe como un derecho de la ciudadanía y se basa en el principio de la igualdad, que asegura un patrón mínimo de beneficios de forma

universalizada. En este modelo de protección social el Estado asume un papel preponderante en la política de distribución del ingreso y en la corrección de las fallas que origina el mercado.

EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

El sistema de salud mexicano se fue construyendo a lo largo del tiempo; en el siglo XX se realizaron importantes esfuerzos para cubrir las necesidades de salud de los trabajadores formales tanto del sector público como del sector privado, a finales del siglo pasado y en el presente siglo se han realizado acciones para incorporar a los servicios de salud a la población abierta. En materia de aseguramiento de la salud, el sistema mexicano de salud en la actualidad se sustenta en tres pilares institucionales: 1) el seguro de enfermedades y maternidad del IMSS para los trabajadores formales de las empresas privadas; 2) el seguro de salud del ISSSTE para los trabajadores del sector público y 3) el seguro popular de salud para los trabajadores no asalariados, los desempleados y sus familiares².

La creación tanto del Consejo de Salubridad General, como el Departamento de Seguridad Pública en el año de 1917, inaugura la intervención estatal en el ámbito de la salud. La creación de la Secretaría de Asistencia Pública - en el gobierno de Lázaro Cárdenas- le confiere a la salud el carácter asistencial. A partir de la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social se transita de la concepción asistencialista de la salud a la concepción de la protección social de la salud. En la primera década del presente siglo con la creación del Seguro Popular se extiende la cobertura de salud a la población abierta.

El sistema contemporáneo de salud en México surgió con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año de 1943. El IMSS incorporó al sistema de salud a la población que disponía de un empleo formal ("población derechohabiente"); en tanto que la Secretaría de Salubridad y Asistencia se enfocó a la atención de la salud de los campesinos y en general a la denominada "población abierta". Desde sus inicios, la seguridad social fue desigual en tanto que privilegiaba a los trabajadores asalariados y sindicalizados; en el año de 1959 otorgó rango constitucional a los derechos sociales y laborales de los trabajadores del Estado, lo cual permitió –al año siguiente- la creación del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)^{3,2}. La crisis estructural de la economía de finales de los setenta condujo a la crisis del sistema de salud nacional. A partir de entonces, se va sufriendo un lento pero progresivo deterioro del sistema nacional de salud. La limitación al acceso de los servicios de salud de un contingente considerable de población fue acompañado de un franco deterioro en la prestación de

servicios que derivaron en problemas de viabilidad financiera.

En el año de 1983 se reconoce constitucionalmente –artículo 4º constitucional- el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos; además, se crearon los sistemas estatales de salud y se transfirió la responsabilidad de planificar, organizar y desarrollar el sistema estatal de salud a los gobiernos estatales (en 1983, México aceptando la exigencia del Banco Mundial para obtener préstamos y renegociar la deuda externa descentralizó los servicios de la Secretaría de Salud). En el siguiente año se promulgó la Ley General de Salud. En el año de 1998 se crea la Secretaría de Salud y se descentralizan los servicios mediante la delegación de nuevas responsabilidades a los servicios estatales de salud^{3,2}. En la última década del siglo XX se concluyó la descentralización de los servicios de salud para la atención de la población no asegurada, y en abril de 2003 el Congreso de la Unión aprobó una reforma a la Ley General de Salud mediante la que se crea el Sistema de Protección Social, cuyo brazo ejecutivo es el Seguro Popular de Salud (SPS). El Sistema de Protección Social de Salud tiene como antecedentes el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2000 y algunos documentos de investigación publicados por FUNSALUD.

El Seguro Popular ofrece cobertura en servicios de salud a la población que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social (los servicios de salud a los que tiene derecho el titular del Seguro Popular y su familia, con base en un catálogo de beneficios médicos y un cuadro básico de medicamentos, incluyen medicina preventiva, consulta externa, hospitalización y cirugía, y servicios de urgencias. Además, la Secretaría de Salud tiene el compromiso – en teoría – de dotar a todos los asegurados del abasto completo de medicamentos esenciales). Los servicios básicos ambulatorios y hospitalarios que ofrece el Seguro Popular son cubiertos por Servicios Estatales de Salud; en tanto que los servicios de salud de alta especialidad corren a cargo de los hospitales regionales de especialidades y los Institutos Nacionales de Salud.

En síntesis, se dispone un sistema de salud que está lejos de asegurar la cobertura universal de salud en términos de acceso y equidad, presenta graves problemas de eficiencia y sobre todo, enfrenta dificultades financieras.

TRANSICIONES ECONÓMICA, DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

El modelo de seguridad social en general y el sistema de salud en particular se desarrollaron en torno a un sistema económico que tenía como motor de crecimiento económico al sector industrial y por lo tanto, correspondían a determinadas relaciones de

subordinación del trabajo al capital. Una vez que el modelo de desarrollo económico se colapsa, el sistema de seguridad social muestra claros signos de agotamiento debido a que se debilita la base económica que sustenta al sistema y con ello decrecen las aportaciones financieras de la clase trabajadora.

Además de la caída en la tasa de aseguramiento, el sistema de seguridad social mexicano se ve amenazado por los procesos de transición demográfica y epidemiológica; el envejecimiento de la población y el cambio en el patrón de enfermedades que padece la población adulta, se traducen en una mayor demanda de servicios de salud costosos. El Artículo 273 de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) deberá informar sobre las tendencias demográficas de su población beneficiaria, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida, tendencias en la transición epidemiológica, y cambios en la composición de género de la fuerza laboral, entre otros factores. La estimación de riesgos, a su vez, deberá considerar factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, de los costos laborales, de la situación macroeconómica, así como cualquier otro factor que afecte la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos.

La transición económica

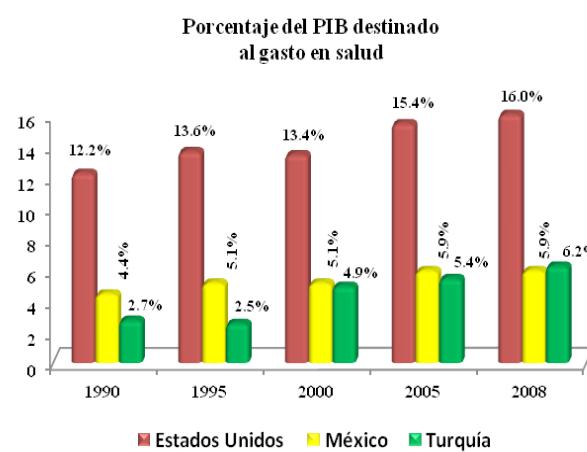
El agotamiento del modelo de desarrollo económico sustentado en la industrialización sustitutiva de importaciones (modelo ISI) desquebrajó las bases económicas que sustentaban la economía e impactó de manera negativa los arreglos institucionales que permitían el funcionamiento del sistema. La estrategia impulsada por el gobierno para enfrentar la crisis económica se enfocó en el combate de las causas que habían generado la enfermedad económica y a proponer nuevas formas de funcionamiento del sistema económico. En tanto que el foco de la crisis económica se centralizaba en el intervencionismo estatal y en la irresponsable conducción de la economía que derivó en una excesiva deuda interna y externa, lo lógico resultaba el saneamiento de las finanzas públicas, para lo cual se impulsó el reordenamiento de los gastos públicos mediante la limitación de la injerencia del gobierno en la economía. La estrategia del gobierno se fincó en el restablecimiento de los derechos y libertades económicas de los individuos; en tanto que en esta concepción el gobierno ocupa un lugar subsidiario, se hacía necesario disminuir sus funciones y por ende su tamaño. El reordenamiento del sistema económico se sintetizaba en el denominado Consenso Washington, que se concretiza en los siguientes puntos: 1) derechos de propiedad; 2) liberalización comercial; 3) liberalización financiera, 4) liberalización del tipo de cambio, 5) desregulación, 6) promoción de la inversión extranjera directa, 7) reforma fiscal, 8) disciplina

fiscal, 9) priorización de gasto público, y 10) privatización.

La salud y el gasto público

A inicios de la década de los ochenta se puso en marcha la política económica de corte neoliberal cuyas características principales se orientaron a la reducción del papel del Estado en la economía y en la liberalización del sistema económico. En el gobierno de Salinas de Gortari se profundizó y consolidó el modelo neoliberal. Una de las características distintivas del modelo neoliberal fue la puesta en práctica de la política de saneamiento de las finanzas públicas y la consecuente disminución del peso relativo del gobierno en la economía; la relación de gasto público a PIB alcanzó su nivel máximo en el año de 1982 con el 42 %; a partir de la década de los noventa se ubicaba en niveles ligeramente superiores al 20 %. La política de saneamiento público permitió liberar recursos financieros que se destinaron al gasto social, permitiendo que el gasto social se ubicara en niveles superiores al 50 % con respecto al gasto total de gobierno. Esta nueva política de reordenamiento del gasto público priorizó la canalización de recursos al sector salud y al sector educativo.

En la Gráfica 1., se puede observar el crecimiento que ha mostrado el gasto público destinado al sector salud; aunque los recursos destinados a este renglón ubican a México entre los países de la OCDE⁴ – junto con Turquía- que menor porcentaje del PIB destinan al gasto en salud.



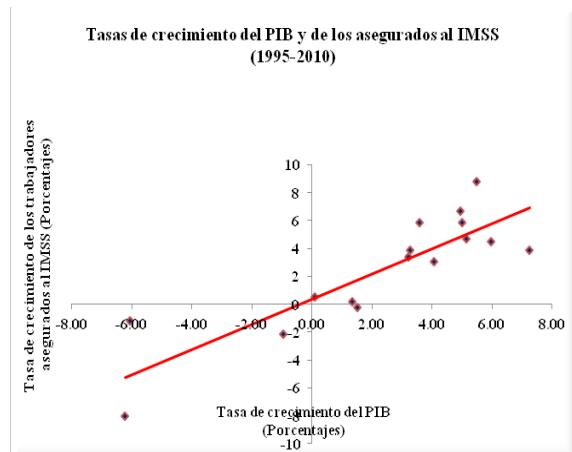
Gráfica 1. Porcentaje del Producto Interno Bruto destinado a la salud por país.
Fuente: OCDE.

Del total del gasto destinado al sector salud, el gasto destinado a la población derechohabiiente –IMSS e ISSSTE- mantiene un mayor peso relativo; a partir de la puesta en marcha del Seguro Popular ha cobrado importancia el gasto orientado a la población no derechohabiiente, aunque el porcentaje de

gasto destinado a este rubro apenas rebasa el 25 % del total del presupuesto destinado a la atención a la salud.

El IMSS y el cambio en la estructura del trabajo

Por otra parte, la profundización del modelo neoliberal y la transformación del mundo del trabajo se han traducido en la ralentización de la tasa de crecimiento del producto interno bruto (PIB) y del empleo. La evolución del empleo es pro cíclico, aumenta durante los períodos de expansión económica y disminuye durante los períodos de crisis económica. En la Gráfica 2., se observa que el aumento de los asegurados al IMSS se incrementa al expandirse la actividad económica del país. El comportamiento cíclico del empleo afecta las finanzas del IMSS, ya que la disminución del número de asegurados durante los períodos de crisis se refleja en la disminución en la percepción de ingresos.



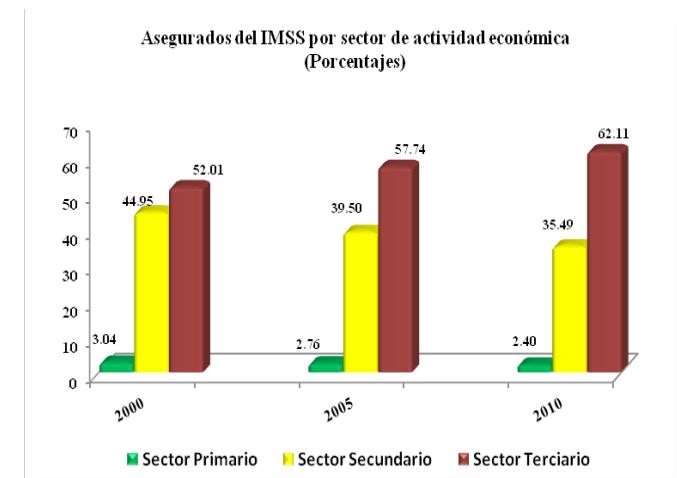
Gráfica 2. Asociación entre la tasa de crecimiento del PIB y la tasa de crecimiento de los asegurados en el IMSS.

Fuente: INEGI e IMSS.

La crisis del modelo ISI significó un cambio en la estructura económica del país y por ende, un cambio en la estructura de trabajo. La transformación de las relaciones capitalistas de producción y la implementación de políticas de ajuste de corte neoliberal se tradujeron en cambios en las relaciones laborales. Estos cambios se reflejaron en lo jurídico, en la flexibilización y/o desregulación de las normas de protección del derecho del trabajo; en lo económico en la terciarización de la economía y en la aparición de nuevas formas de trabajo y en lo social, en la marginalización e informalidad de elevados porcentajes de la población^{5,6}.

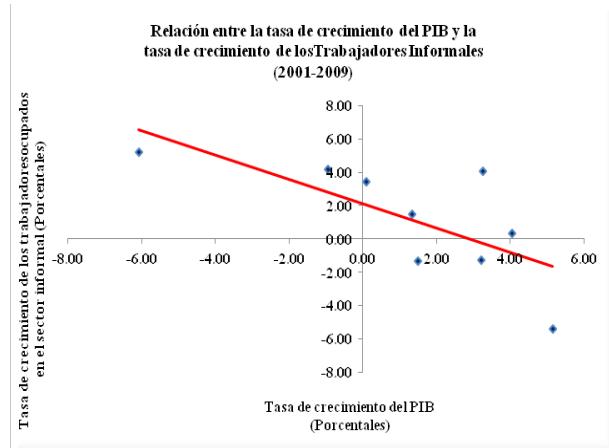
Para ilustrar el proceso de terciarización de la economía nacional se recurre a la participación relativa de los asegurados

del sector terciario en el total de asegurados del IMSS. En la Gráfica 3., se puede observar el mayor peso relativo que tienen los asegurados del sector terciario en el total de asegurados. Los ingresos del IMSS se ven afectados al incrementarse el número de asegurados que perciben un salario menor; por ejemplo, en el año 2009 los trabajadores de la industria manufacturera percibían un salario real promedio diario 1.7 superiores a los trabajadores de la construcción y 1.3 veces mayor a los trabajadores del sector comercio.



Gráfica 3. Porcentaje de de asegurados en el IMSS por sector de actividad económica.

Fuente: IMSS.



Gráfica 4. Asociación entre la tasa de crecimiento del PIB y la tasa de crecimiento de los trabajadores informales.

Fuente: INEGI.

El engrosamiento del ejército de desempleados en los períodos de crisis se debe la falta de oportunidades de empleo en el sector formal. Los desempleados se enfrentan a la disyuntiva de incorporarse al sector informal o de emigrar al extranjero para procurarse los medios de vida necesarios para

subsistir. Así, el sector informal se expande en los períodos de crisis económica y se reduce cuando la economía muestra elevadas tasas de crecimiento económico; el crecimiento en el desempleo y en la informalidad repercute en forma negativa en la tasa de aseguramiento del IMSS y por ende, en los ingresos de la institución.

La transición demográfica

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos; uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento demográfico con bajas tasas de mortalidad y fecundidad. En el paso de una fase a la otra se presentan dos momentos: 1) incremento de la tasa de crecimiento de la población como consecuencia del descenso de la mortalidad, y 2) disminución de la tasa de crecimiento de la población ocasionado por el descenso de la tasa de fecundidad¹.

En el siglo XX se desplegó un avance significativo en el proceso de transición demográfica de la población mexicana; a lo largo de las primeras siete décadas de este siglo se mantuvo un acelerado crecimiento de la población; en las tres últimas décadas restantes, el crecimiento de la población sufrió una continua desaceleración. Partida⁷ caracteriza el proceso de transición demográfica de la población mexicana mediante las siguientes etapas: 1) 1945-1970: tasas de mortalidad en descenso y tasas de natalidad constantes e incluso ascendentes, 2) 1970-2000: descenso de las tasas de mortalidad y de fecundidad, y 3) 2000 en adelante: tendencia a la convergencia de las tasas de natalidad y de mortalidad.

Durante el siglo XX la población mexicana transitó de elevados a bajos niveles de mortalidad y fecundidad. Durante el período comprendido entre los años treinta y los sesenta se mantuvo un acelerado crecimiento de la población, provocado por la declinación pronunciada de la tasa de mortalidad de la población y por la elevación de la tasa de la natalidad. En los últimos treinta años del siglo pasado se asiste a una paulatina desaceleración del crecimiento demográfico impulsado por el descenso de la tasa de natalidad. La conjugación de bajas tasas de mortalidad y de natalidad en el presente siglo, se traducen en un lento crecimiento de la población⁸. La tasa general de fertilidad sufrió un drástico descenso a lo largo del siglo XX: de 6.0 hijos promedio por mujer en 1930, descendió a dos hijos promedio en la actualidad. Semejante proceso de disminución presentó la tasa de mortalidad de 26.7 defunciones por cada mil

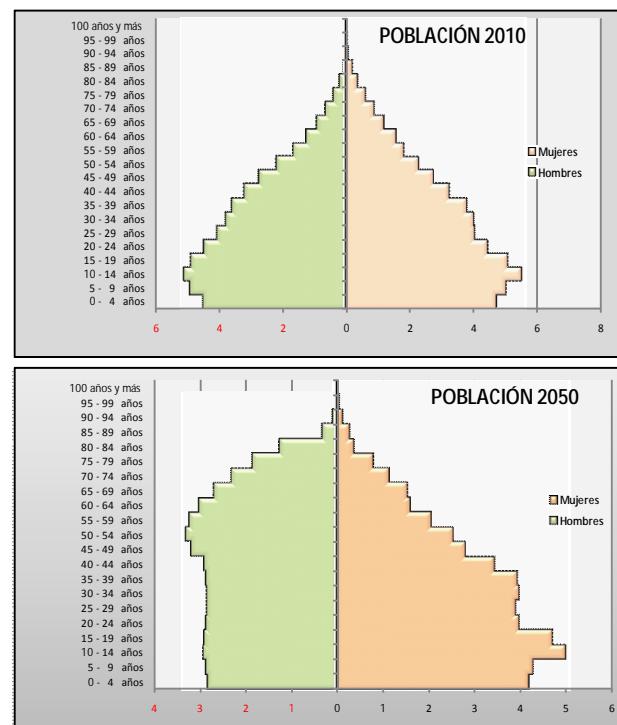
¹ De acuerdo algunos estudios del tema, la transición demográfica explicaría el paso de un régimen demográfico preindustrial, presidido por altas tasas de mortalidad y natalidad a otro industrial con un fuerte incremento de la población y posteriormente postindustrial, con tasas muy bajas de mortalidad y natalidad.

habitantes en el año de 1930, decreció al 4.9 en el año 2009². La tendencia descendente de la mortalidad derivó en un aumento de la esperanza de vida. De 41.5 años en 1940 se alcanzó una esperanza de vida total al nacimiento de 75.4 años en el año 2010⁹.

El proceso de transición demográfica influye de manera significativa en el cambio de la composición de la estructura por edad de la población. De acuerdo a las proyecciones realizadas por CONAPO, se pueden observar los siguientes cambios en la estructura de la población:

- i) La población infantil (0 a 14 años) decrecerá de 33.6 millones en el año 2000 a 20.5 millones en 2050.
- ii) La población joven (15 a 24 años) disminuirá de 20.2 a 14.1 millones entre 2010 y 2050.
- iii) La población adulta (25 a 64 años), continuará su senda de crecimiento hasta alcanzar su máximo de 65.2 millones en la cuarta década del presente siglo.
- iv) La población de adultos mayores (65 años y más) ascenderá a 25.9 millones en el año 2050.

En la Gráfica 5. Se puede observar el proceso de envejecimiento que sufrirá la población mexicana durante la primera mitad del siglo XXI.

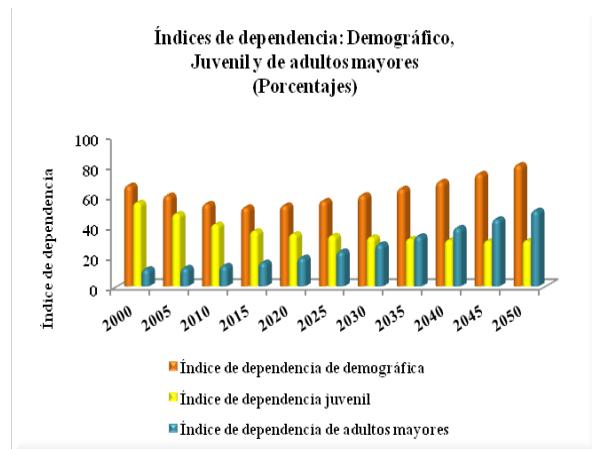


Gráfica 5. Pirámides de Población 2010 y 2050.
Fuente: Elaboración propia, con datos de CONAPO: Proyecciones de Población 2005-2051.

² De acuerdo a las proyecciones de CONAPO, se prevé una trayectoria ascendente de la tasa de mortalidad como producto del proceso de envejecimiento demográfico.

La elevada tasa de crecimiento de la población de adultos mayores, planteará enormes desafíos para las políticas sociales, ya que se tendrá que emprender un giro sustancial en el enfoque a la atención de los problemas propios del envejecimiento.

El proceso de transición demográfica a la vez que altera la estructura por edades de la población, también se traduce en el cambio del coeficiente de dependencia demográfica. De acuerdo a las proyecciones de CONAPO el coeficiente de dependencia demográfico³ se reduce hasta el año 2015, a partir de este año muestra una tendencia ascendente; este comportamiento es el resultado de la tendencia a la disminución del índice de dependencia juvenil y de la propensión al aumento del índice de dependencia de los adultos mayores (Gráfica 6.).



Gráfica 6.
Fuente: CONAPO

Transición epidemiológica

El concepto de transición epidemiológica se refiere a los cambios ocurridos en el largo plazo en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que por lo general se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas⁴. Según Frenk¹⁰, la transición epidemiológica comprende tres procesos fundamentales de cambio en la configuración del perfil de salud de una población: 1) la transición implica un desplazamiento de las enfermedades infecciosas asociadas a carencias primarias (por ejemplo, de nutrición, abastecimiento de agua, condiciones

3 El índice de dependencia demográfico resulta de la división de la suma de la población menor de 15 años y mayor de 60 años entre la población de 15 a 49 años.

4 El concepto de transición epidemiológica se asocia con Abdel R. Omran quién publicó en 1971 el artículo "Transición epidemiológica, una teoría epidemiológica del cambio poblacional" en donde sostiene que las poblaciones pasan de una etapa donde los niveles de mortalidad son elevados, especialmente por la acción de enfermedades infecciosas, a otra etapa donde la mortalidad se reduce notablemente y las enfermedades degenerativas se convierten en la principal causa de muerte.

de vivienda o educación), por las enfermedades degenerativas, los accidentes y los padecimientos mentales; 2) el peso relativo de la enfermedad y la muerte se mueven de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad, y 3) el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad⁵, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante. Sin embargo, el proceso de transición epidemiológica no se debe interpretar de manera lineal, ya que como todo proceso social se encuentra condicionado por los factores económicos, socio-demográficos, políticos y culturales que caracterizan a la población objeto de estudio. Para Frenk y Gómez², el proceso de transición epidemiológica de México, presenta un perfil epidemiológico que conjuga las características tanto de los países desarrollados, como de los países subdesarrollados; aunque las enfermedades no transmisibles dominan el perfil epidemiológico del país, las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición afectan a una proporción importante de la población.

Durante la primera mitad del siglo pasado los procesos transmisibles dominaron el panorama epidemiológico mexicano; en el año de 1940 las principales causas de defunción se asociaron con enfermedades de etiología infecciosa. La neumonía e influenza y la enteritis y la diarrea predominaban como las principales causas de muerte de la población; a medida que se intensificó la aplicación de vacunas, antibióticos y medidas para el control de vectores durante las décadas de los cuarenta y cincuenta, se logró un descenso significativo de las enfermedades infecciosas. A pesar de que se logró un sustantivo avance en el control de estas enfermedades, en la década de los noventa continuaban figurando entre las principales causas de muerte las enfermedades relacionadas con afecciones perinatales, neumonía e influenza y las enfermedades infecciosas intestinales. Los procesos de industrialización y de urbanización influyeron en la transformación de los estilos de vida de la población mexicana y en la propensión a padecer enfermedades propias de las sociedades que tienen elevados índices de desarrollo económico. En el Cuadro 1. se observa que las principales causas de muerte que dominaban el panorama nacional en el año 2008 se asociaban con enfermedades crónico-degenerativas; entre estas se pueden mencionar las enfermedades del corazón, diabetes *mellitus*, los tumores malignos, las enfermedades del hígado y las enfermedades cerebro-vasculares.

5 La mortalidad se refiere a la cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinado; en tanto que la morbilidad se refiere a la cantidad de personas que padecen problemas de salud o enfermedad incapacitante en un lugar y tiempo determinado.

Cuadro 1. Principales causas de muerte en México (1940-2008)

Nº	1940	1976	1990	2008
1	Diarreas y enteritis	Neumonía e influenza	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Neumonía e influenza	Enteritis y diarreas	Tumores malignos	Diabetes <i>mellitus</i>
3	Paludismo	Accidentes	Accidentes	Tumores malignos
4	Sarampión	Enfermedades del corazón	Diabetes <i>mellitus</i>	Accidentes
5	Homicidios	Causas perinatales	Causas perinatales	Enfermedades del hígado
6	Bronquitis	Tumores malignos	Neumonía e influenza	Enfermedades cerebrovasculares
7	Enfermedades del hígado y cirrosis	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades infecciosas intestinales	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas; excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma.
8	Debilidad congénita, vicios de conformación congénita	Sarampión	Enfermedades cerebrovasculares	Causas perinatales
9	Enfermedades del corazón	Cirrosis y enfermedades del hígado	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Homicidios
10	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis	Homicidios	Neumonía e influenza

Fuente: CONAPO y Frenk y Gómez (2008).

El perfil epidemiológico del IMSS se encuentra dominado por las enfermedades no transmisibles, pero aún enfrenta retos relacionados con el combate a las infecciones comunes, las enfermedades de la nutrición y las relacionadas con la reproducción. En el cuadro de N° 2 se puede observar la importancia que tenían en el año 2009 las enfermedades no transmisibles entre las principales causas de mortalidad en la población derechohabiente del IMSS. La diabetes *mellitus* y sus complicaciones se han convertido en un grave problema de salud pública y ocupan el primer lugar de mortalidad en la población derechohabiente del IMSS. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares se ubicaron en la segunda y tercera causas de muerte, respectivamente. Aunque se han realizado importantes esfuerzos en la reducción de las enfermedades transmisibles, de nutrición y reproducción, en el año 2009 se encontraban las causas perinatales y las enfermedades infecciosas intestinales entre las diez principales causas de muerte de los derechohabientes del IMSS.

10.62

Cuadro 2. Principales causas de muerte en el IMSS

Posición	1976	2003	2009
1	Enfermedades infecciosas intestinales	Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i>
2	Causas perinatales	Tumores malignos	Cardiopatía Isquémica
3	Neumonías	Enfermedades del corazón	Enfermedades cerebro vasculares
4	Diabetes <i>mellitus</i>	Enfermedades cerebro vasculares	Causas perinatales
5	Enfermedades cerebro vasculares	Enfermedades del hígado	Neumonias
6	Cardiopatía Isquémica	Causas perinatales	Enfermedades hipertensivas
7	Tuberculosis pulmonar	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Insuficiencia renal
8	Insuficiencia renal	Accidentes	Cáncer de mama
9	Cáncer cervíouterino	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Cáncer cervíouterino
10	Enfermedades hipertensivas	Insuficiencia renal	Enfermedades infecciosas intestinales

Fuente: IMSS.

En el año 2009, el gasto destinado a los pacientes con problemas de hipertensión arterial y con padecimientos de diabetes *mellitus*, concentraron el 15 por ciento de los gastos destinados al seguro de enfermedades y maternidad (SEM). Así mismo, en las proyecciones realizadas por el IMSS se estima que el gasto destinado a estas enfermedades se incrementará sensiblemente¹¹.

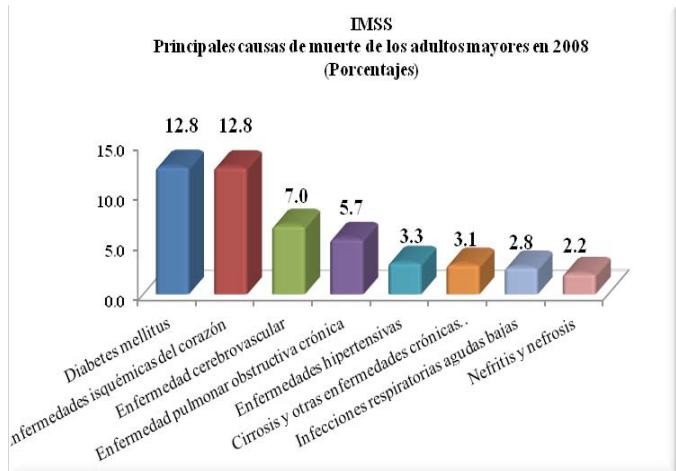
A medida que la población envejece se presenta una mayor probabilidad de padecimiento de enfermedades; el envejecimiento implica una mayor demanda de servicios de salud, pues este grupo etario presenta mayores necesidades de atención médica que el resto de la población. Así mismo, los adultos mayores manifiestan una alta incidencia al padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas. En la Gráfica 7. Se puede observar la información del IMSS relativa a las principales causas de defunción de los adultos mayores

LA REFORMA PRIVATIZADORA DEL IMSS

La reforma a la Ley del Seguro Social (LSS) de 1995 reemplazó al sistema de pensiones de reparto del IMSS por un sistema de capitalización individual basado en el sistema de ahorro del retiro (SAR)⁶. La reforma entró en vigor en 1997 e implicó la

6 El sistema de reparto se caracteriza por: cotización no definida, prestación definida, régimen financiero de reparto o de capitalización parcial colectiva (CPC) y administración pública. Por el contrario, el sistema de capitalización individual se significa por una cotización definida, prestación no definida, régimen

creación de empresas especializadas en la Administración de los Fondos para el Retiro (Afores). Los trabajadores que ingresaron al mercado laboral a partir de la entrada en vigor de la nueva ley, quedaban asegurados bajo el esquema de capitalización individual⁷. Así mismo, los trabajadores que se pensionaron antes de julio de 1997 tenían asegurados sus derechos bajo el amparo de la ley anterior; además, todos los asegurados inscritos al IMSS hasta el 30 de junio de 1997, así como sus beneficiarios, tienen derecho a elegir una pensión conforme a la ley de 1997 o a la ley de 1973^{12, 13}.



Gráfica 7.
Fuente: IMSS.

La reforma a la LSS dividió el seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (SIVCM) del IMSS, en seguro de invalidez y vida (SIV) y en seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV). El IMSS continuó manejando los recursos de los seguros de enfermedades y maternidad (SEM), invalidez y vida (SIV), riesgos de trabajo (SRT), y guarderías y prestaciones sociales (SGPS). Por su parte, los recursos provenientes de los depósitos de las cuotas de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, se transfirieron a las Afores. En el caso de los seguros de riesgo de trabajo y de invalidez y vida, el IMSS transfiere los recursos a las aseguradoras para el pago de las pensiones correspondientes a las aseguradoras y beneficiarios¹². Las reformas a la Ley del IMSS modificaron las contribuciones de los diferentes agentes, trabajadores, patrones y gobierno federal al financiamiento de la institución. A partir de ésta reforma, la prima que aporta el patrón es del 50 por ciento, cuando anteriormente su participación bruta era del 70 por ciento; la aportación del trabajador pasó del 25 por ciento financiero de capitalización plena e individual (CPI) y administración privada, aunque puede ser también múltiple: privada, pública o mixta.

7 En la práctica, la reforma de la LSS de 1995 marcó el fin de la seguridad social solidaria y redistributiva para los trabajadores que ingresaron al mercado de trabajo después de julio de 1997.

al 17 por ciento y finalmente, el Estado, que venía aportando tan sólo un 5 por ciento, incrementó su prima al 35 por ciento. Por su parte, la pensión será otorgada al derechohabiente a los 65 años de edad, o en caso de cesantía, a los 60 años, siempre y cuando hubiese cotizado 1250 semanas y no las 500 semanas que señalaba la Ley de 1973.

El sistema de pensiones vigente a partir de 1997 se sustenta en pilares múltiples: un pilar básico de Beneficio Definido (BD) a través de una pensión mínima garantizada y administración pública, un pilar complementario de Contribución Definida (CD) obligatorio y administración privada y un pilar voluntario de CD y administración privada⁸. Todos los trabajadores afiliados al IMSS deben contar con una cuenta constituida por tres subcuentas: retiro por cesantía en edad avanzada y vejez, vivienda y aportaciones voluntarias.

Cuadro 3. Características de los sistemas de beneficios definidos y de contribuciones definidas.

Beneficios Definidos	Contribuciones Definidas
Financieramente vulnerables al envejecimiento de la población.	Mantienen su equilibrio y viabilidad financiera ante cualquier transición demográfica.
Los mecanismos redistributivos y las reglas de beneficios pueden incentivar el empleo informal y la subdeclaración de cuotas.	Las transferencias del estado para apoyar a los trabajadores de menores ingresos pueden realizarse sin efectos negativos en el mercado laboral, a través de una pensión mínima garantizada o pensiones directas
Se generan redistribuciones de riqueza entre generaciones, lo que no necesariamente es equitativo para los trabajadores, especialmente para los de mejor salario	Los beneficios equivalen a lo ahorrado más los rendimientos generados, por lo que reconocen la carrera laboral de los trabajadores y no existen inequidades entre distintas generaciones.
El trabajador puede perder lo aportado por no cumplir con los requisitos para obtener una pensión (semanas de cotización o edad de retiro), lo que afecta más a los trabajadores de menores ingresos y a las mujeres.	El trabajador tiene plena propiedad de los recursos. El trabajador puede disponer de los recursos acumulados en su cuenta en caso de no cumplir los requisitos para obtener una pensión.
No permiten que los trabajadores que cotizan en diferentes sistemas acumulen sus derechos, por lo que pierden su acceso a una pensión. No hay portabilidad al no existir individualización de cuotas	Pueden ser completamente portables, es decir, que un trabajador que labora en distintos sectores puede acumular su ahorro a lo largo de toda su vida laboral y moverse de un sistema a otro.

Fuente: *Sistemas Pensionarios en México*, INFOCONSAR, 21 de marzo de 2004.

El artículo N° 6 de la Ley del Seguro Social (LSS) contempla dos tipos de regímenes de seguridad social: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen

8 Los sistemas de Beneficio Definido establecen, al momento del retiro, el derecho a una pensión y el monto de la misma en función del promedio del salario para determinado número de años y del número de semanas que el trabajador haya contribuido al sistema. En los planes de Contribución Definida los beneficios dependerán de los fondos acumulados de manera individual. Al momento del retiro, el trabajador recibe el saldo acumulado o se le obliga a adquirir una renta vitalicia o a llevar a cabo un retiro programa.

Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue su aseguramiento. El artículo N° 11 de la LSS establece que el Régimen Obligatorio comprende los seguros de: 1) Enfermedades y Maternidad, 2) Riesgos de Trabajo, 3) Invalidez y Vida, 4) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y 5) Guarderías y Prestaciones Sociales. En el Cuadro 4., se describe sucintamente la cobertura de los seguros mencionados.

Cuadro 4. Tipos de seguros.

Tipo de seguros	Contenido
Enfermedades y Maternidad (SEM)	Este seguro ofrece la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria para el trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.
Riesgos de Trabajo (SRT)	Este seguro protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo; a su vez, le ofrece tanto la atención médica, como la protección mediante el pago de una pensión, mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.
Invalidez y Vida (SIV)	Este seguro protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo, mediante el otorgamiento de una pensión a él o a sus beneficiarios.
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV)	Este seguro cubre el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. El trabajador tiene derecho a una pensión, asistencia médica y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.
Guarderías y prestaciones sociales (SGPS)	Este seguro otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley. Proporciona a los derechohabientes del Instituto y a la comunidad en general, prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, así como contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.

Fuente: IMSS.

La LSS⁹ estipula que son sujetos de aseguramiento del Régimen Obligatorio: 1) las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo presten, en forma permanente o eventual, a otras de carácter físico o moral o unidades económicas sin personalidad jurídica un servicio remunerado, personal y subordinado, cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón aun cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de contribuciones;

2) los socios de sociedades cooperativas y, 3) las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo. Por otra parte, la afiliación al Régimen Voluntario es producto de una decisión individual o colectiva; en este caso se encuentran los afiliados al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y los afiliados bajo el esquema de estudiantes.

CRISIS FINANCIERA DE LA INSTITUCIÓN

Las cifras oficiales arrojaron para el año 2009 un superávit de 6,491 millones de pesos como resultado de la diferencia de los ingresos totales de 310,832 millones de pesos y de los gastos totales de 304,341 millones de pesos. Sin embargo, la consecución de este superávit financiero se logró haciendo uso de los recursos de la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA) y de la Subcuenta N° 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCL)¹¹. De acuerdo a las proyecciones de la situación financiera de la institución a partir del año 2010 las finanzas del IMSS inician su período deficitario; a pesar de que se proyectó la utilización de las reservas para los años 2010, 2011 y 2012, aún así, el IMSS presenta una situación deficitaria para estos años. En 2010 el instituto prevé que la utilización de reservas ascenderá a un total de 26,574 millones de pesos, de los cuales 11,948 corresponderán a fondos de las Reservas de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) y 14,626 millones a recursos de la Subcuenta N° 1 del FCOLCLC. En 2011 se utilizarán recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC por 25,934 millones de pesos y de 5,233 millones de la ROCF; mientras que en 2012 se estima la utilización de reservas de 2,205 millones de pesos de la Subcuenta N° 1 del FCOLCLC¹¹.

Cuadro 5. Flujo de Efectivo 2009 y Proyección 2010-2012
(Millones de pesos corrientes)

Concepto	2009	2010	2011	2012
Ingresos	310,832	331,644	351,663	379,783
Crecimiento (%)	8.3	6.7	6.0	8.0
Egresos	304,341	348,351	374,431	406,397
Crecimiento (%)	13.3	14.5	7.5	8.5
Balance	6,491	-16,707	-22,768	-26,614

Fuente: IMSS.

En el informe sobre la situación financiera del IMSS, 2009-2010 se presentan diferentes escenarios con el fin de lograr la suficiencia financiera de la institución. En uno de los escenarios construidos se supone la utilización de los diferentes tipos de reservas en el siguiente orden secuencial: 1) Reserva

9 Artículo 12 de la LSS.

General Financiera y Actuarial (RGFA); 2) ROCF, y 3) RFA¹⁰. La utilización de la totalidad de las reservas extendería la suficiencia financiera de la institución hasta el año 2014. La suficiencia financiera se podría lograr hasta el año 2028 si se adoptan las siguientes medidas: 1) revisión del esquema de financiamiento del SSFAM y 2) cobertura por parte del Gobierno Federal del 50 por ciento del costo de atención de seis padecimientos de alto impacto financiero.

Los seguros deficitarios

La suficiencia financiera del instituto se relaciona directamente con la situación de las finanzas de los diferentes tipos de seguros que ofrece el IMSS y con la situación financiera que presenta el Régimen de Pensiones y Jubilaciones. Los resultados financieros por ramo de seguro hacen evidente que los ingresos obtenidos a partir de los actuales esquemas de financiamiento de los seguros Enfermedades y Maternidad (SEM), de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) y de Salud para la Familia (SSFAM) resultan insuficientes para hacer frente a los gastos derivados de este tipo de prestaciones; por su parte, los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) y de Invalidez y Vida (SIV) mantienen una situación superavitaria¹¹.

Cuadro 6. Balance Financiero por Ramo de Seguro, 2006-2009
(Millones de pesos corrientes)

Año	Riesgo de Trabajo	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Guarderías y Prestaciones Sociales	Salud para la Familia	Total
2006	9,622	-25,326	19,297	-250	- 3,072	271
2007	10,343	-33,438	27,496	-533	-3,664	203
2008	9,496	-30,015	25,143	-317	-4,081	226
2009	6,961	-29,606	27,048	-381	-3,822	200

Fuente: IMSS.

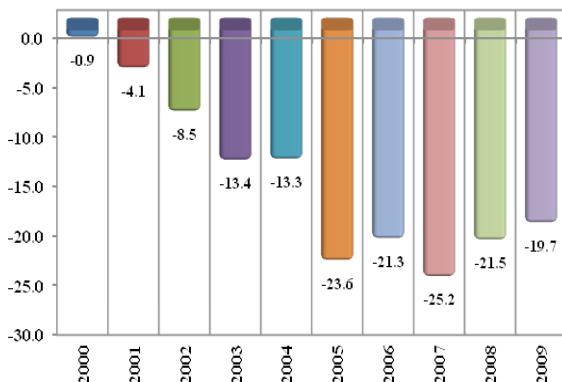
Seguro de Enfermedades y Maternidad

Durante el período 2000-2009, los ingresos totales del SEM crecieron a una tasa promedio anual del 1.7 por ciento, mientras que los gastos totales lo hicieron al 3.6 por ciento. En el Gráfico 8., se puede observar el peso creciente que tiene la deuda total del SEM a partir de 2005¹¹.

10 Cabe aclarar que la LSS establece que el Instituto podrá disponer de las Reservas Financieras Actuariales de cada seguro y cobertura sólo para cubrir las necesidades que correspondan a cada uno de ellos; esto es, las reservas de los seguros superavitarios no pueden utilizarse para financiar los gastos de los seguros deficitarios.

11 La situación deficitaria del seguro de enfermedades y maternidad se aceleró con la crisis del sistema de reparto y con la privatización del sistema de pensiones. Laurell Asa (2010) relacionan la crisis del SEM con los siguientes factores: 1) la sustitución de la cuota patronal proporcional al salario por una cuota patronal fija; 2) la prohibición de hacer un uso cruzado de recursos entre los seguros, y 3) el financiamiento de los gastos médicos de los pensionados (GMP) con una cuota sobre el salario de los trabajadores activos.

Seguro de Enfermedades y Maternidad
Coeficiente de Ingreso del SEM a Deuda del SEM

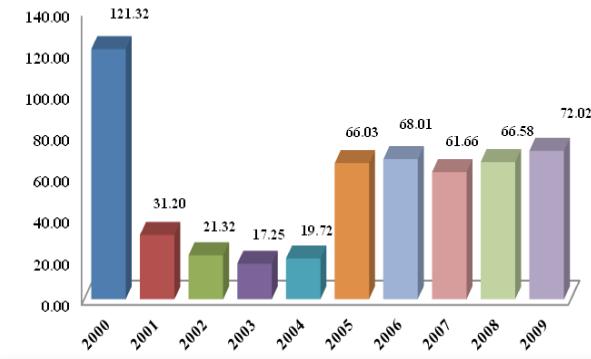


Gráfica 8.

Fuente: IMSS.

En la evaluación de las finanzas del SEM se consideran los ingresos y los gastos tanto de los asegurados al IMSS (SEM-A) como de los gastos médicos de los pensionados (GMP), aunque el financiamiento proviene de fuentes diferentes. Esta forma de contabilizar el déficit del SEM ubica en el centro del problema los GMP del IMSS; el crecimiento de los gastos del ramo de GMP se asocia con el aumento de la población pensionada y con el hecho de que una proporción significativa de ellos rebasa la edad de 60 años. En la Gráfica 9., se observa el peso creciente que van adquiriendo los GMP en el déficit del SEM¹¹.

Relación entre déficit de los GMP a Déficit total del SEM

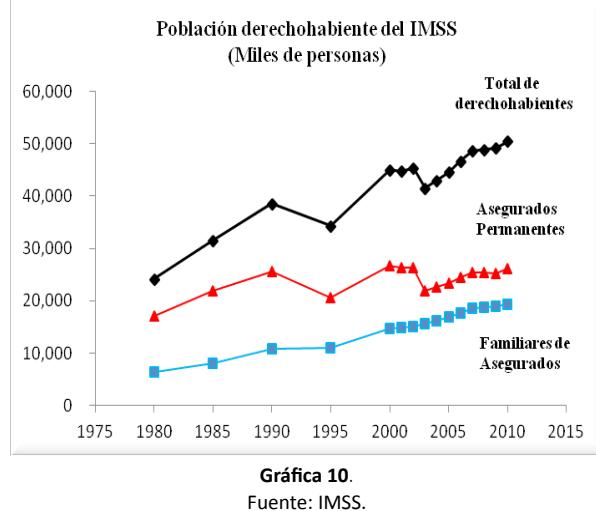


Gráfica 9.

Fuente: IMSS.

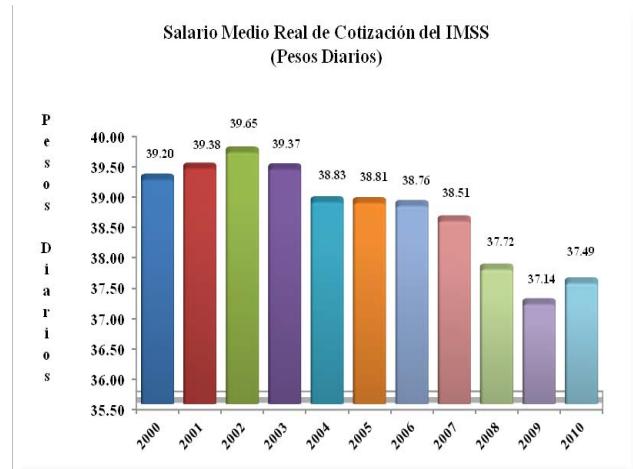
Una de las características que presenta el seguro de enfermedades y maternidad consiste en un mayor crecimiento de la población beneficiada con respecto al número de trabajadores asegurados (Gráfica 10). Durante el período

1980–2010 el comportamiento del número de trabajadores asegurados permanentes mantuvo una tendencia creciente, al pasar de 17,019 millones en 1980 a 26,062 millones en 2010. Estas cifras contrastan con la población derechohabiente del IMSS, la cual se incrementó durante el período considerado de 24,125 millones de personas a 50,436 millones de personas; esta situación fue el producto de un crecimiento promedio anual del 1.43 por ciento de la población asegurada permanente durante el período considerado y del 3.78 por ciento de los familiares de los asegurados.



El incremento en los gastos del seguro de enfermedades y maternidad se relaciona con la transición demográfica y epidemiológica. El envejecimiento de la población derechohabiente incrementa la probabilidad de padecer enfermedades; así mismo, el aumento de la esperanza de vida prolonga los tratamientos médicos. El cambio en las principales causas de muerte como consecuencia de una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor se ha traducido en un incremento constante en los costos del IMSS. Una proporción significativa de los recursos financieros de la institución se destinan al tratamiento de las siguientes enfermedades: Diabetes Mellitus (DM), Insuficiencia Renal (IR), Hipertensión Arterial (HA), Cáncer Cervico-uterino (CaCu), Cáncer de Mama (CaMa), Infección por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su manifestación (VIH/SIDA) y Enfermedades de Atesoramiento Lisosomal (EAL)^{12, 13, 6}. Por su parte, los ingresos del seguro de enfermedades y maternidad se relacionan directamente con el nivel promedio de ingresos que percibe la población asegurada. De acuerdo a la información del año 2010 de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), el 66 por ciento de los trabajadores que cotizaban al IMSS percibían entre uno y tres salarios mínimos. En la Gráfica 11., se observa que el salario medio real de cotización

ha mostrado una clara tendencia al descenso; durante el período de 2000 a 2010 mantuvo una tasa de decrecimiento promedio anual de -0.44 por ciento.



La institución ha construido una serie de escenarios que permitan asegurar la viabilidad financiera del SEM, en la construcción de estos escenarios ha contemplado los siguientes cambios: 1) la racionalización del gasto destinado al renglón de enfermedades y maternidad, 2) el incremento de las cuotas, y 3) el financiamiento por parte del gobierno federal de las enfermedades de alto impacto financiero.

Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

El seguro de guarderías otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos establecidos en la Ley¹². A partir de las reformas a la LSS de 1995 se integran el seguro de guarderías y de prestaciones sociales (SGPS), entre las cuales se incluyen: la capacitación para el trabajo y actividades deportivas, culturales y recreativas. De acuerdo a la información oficial, para el año 2009 se contaba con un total de 1,568 guarderías con una capacidad instalada de 242,899 lugares; sin embargo, la oferta institucional resulta ampliamente rebasada por la demanda de servicios de guardería por parte de la población asegurada¹¹.

En 2009 el SGPS mantuvo una situación deficitaria por un monto de 20,564 millones de pesos, como resultado de la diferencia entre los ingresos totales de 12,165 millones de pesos

12 El IMSS ofrece los servicios de guarderías bajo las siguientes modalidades: 1) guarderías de prestación directa, mediante los esquemas Madres IMSS y Ordinario, y 2) guarderías de prestación indirecta, por medio de los esquemas Vecinal Comunitario Único, en el Campo y Guardería Integradora.

y de los gastos totales de 32,729 millones de pesos. De acuerdo a las proyecciones financieras del SGPS para el corto plazo el déficit para 2010 ascendería a 9,735 millones de pesos y para 2011 y 2012 ascendería a 9,928 y a 10,390 millones de pesos, respectivamente¹¹.

Seguro de Salud para la Familia

El seguro de salud para la familia (SSFAM) garantiza a los sujetos protegidos por el mismo el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, durante el periodo que cubre la correspondiente cuota. Las familias que se incorporen voluntariamente al SSFAM contribuyen anualmente con una cuota que se fija con base en las edades de cada uno de sus miembros. Por su parte, las aportaciones del Gobierno Federal son pagadas por familia asegurada, de manera independiente al tamaño y composición por edad de la misma¹³.

En 2009 el SSFAM mantuvo una situación deficitaria por un monto de 23,290 millones de pesos, como resultado de la diferencia entre los ingresos totales de 2,004 millones de pesos y de los gastos totales de 25,293 millones de pesos. Se estima que para el 2010 el déficit ascendería a 10,038 millones de pesos; para el 2011 y 2012 los déficits serían de 10,393 y 11,065 millones de pesos, respectivamente¹¹. La situación financiera del SSFAM refleja la insuficiencia de las cuotas para sufragar los gastos que genera el seguro, por lo cual la institución propone la revisión del nivel y estructura de las cuotas aportadas por los beneficiarios de este seguro.

Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El RJP del IMSS es un plan para el retiro de la vida laboral a causa de una jubilación o de una pensión por invalidez, incapacidad permanente o muerte por riesgo de trabajo o enfermedad general. El financiamiento del RJP está basado en un sistema de reparto, donde la población de trabajadores activos y el IMSS aportan contribuciones para hacer frente a los pagos de Jubilados y Pensionados, a partir de aportaciones calculadas sobre la nómina del personal en activo. El RJP se sustenta en tres fuentes de financiamiento:

1. Las aportaciones del "IMSS-Asegurador". El instituto está sujeto a la LSS y como tal paga cuotas obrero patronales y el gobierno federal realiza aportaciones para las pensiones de sus trabajadores, al igual que lo hace para los demás trabajadores afiliados al IMSS.
2. Las aportaciones de los trabajadores del IMSS en

¹³ Las aportaciones del gobierno federal consisten en una cuota fija diaria equivalente a 13.9 por ciento de un Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) en julio de 1997, y se ajusta trimestralmente conforme a la variación del INPC.

activo. Este tipo de aportaciones se contemplan en el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT).

3. Las aportaciones del "IMSS-Patrón". Se refiere a los recursos adicionales que aporta el IMSS por disposición del CCT. Los recursos que el IMSS-Patrón canaliza al RJP provienen de las aportaciones tripartitas al Seguro Social, que son las fuentes de ingreso del Instituto.

De acuerdo a las cifras oficiales del IMSS¹¹ los trabajadores del instituto han financiado históricamente el 10 por ciento del gasto total del RJP, el "IMSS-Asegurador" el 22 por ciento y el 68 por ciento restante, ha sido financiado por del IMSS-Patrón. Durante el período 1966-2009, los trabajadores recibieron por concepto de RJP un monto de 345,279 millones de pesos y solo aportaron el 10.68 por ciento de esta cantidad.

En el documento referente a la *Valuación actuarial del régimen de jubilaciones y pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS de 2009*¹⁴ se llama la atención sobre los siguientes puntos: 1) en las dos próximas décadas se tendrá la incorporación más alta de pensionados, proveniente principalmente de la generación actual de trabajadores cuyos beneficios de pensión del RJP son complementarios a los de la LSS de 1973, 2) en la siguiente década se sumarán los nuevos pensionados de la generación actual con beneficios de pensión del RJP complementarios a los de LSS de 1997, y 3) en el curso de los próximos 30 años se sumarán en promedio, alrededor de 15 mil nuevos pensionados cada año.

Es un lugar común relacionar la insostenibilidad del RJP con las generosas prestaciones que otorga el Contrato Colectivo de Trabajo convenido entre la representación sindical y la institución. Entre algunos de los puntos que se destacan con respecto al plan de jubilación de los empleados del IMSS con respecto a otros planes de jubilación se encuentran: la edad de jubilación y la tasa de reemplazo. En el plan de jubilación de los trabajadores del IMSS no se establece la edad mínima de retiro; las mujeres pueden jubilarse después de 27 años de servicio y los hombres después de 28. Los trabajadores del IMSS se jubilan a los 53 años en promedio y como afiliado al IMSS se tiene derecho a la percepción de la pensión una vez que se han laborado 40 años. Los trabajadores del IMSS se rigen por el apartado "A" del artículo 123 constitucional lo cual implica que poseen tanto el status de asegurados, como el de empleados del IMSS. Como asegurados tienen derecho a las prestaciones que otorga la LSS; además, como trabajadores tienen derecho a un plan jubilatorio complementario a la LSS, el salario que se toma como base para la pensión se integra por 13 prestaciones adicionales al sueldo tabular y se encuentra indexada a los aumentos de los salarios de los trabajadores en activos.

En el Cuadro 7., se realiza una comparación de la pensión que le correspondería a un trabajador del IMSS por el RJP, con aquélla que recibiría un trabajador afiliado a la mencionada institución. El trabajador del IMSS obtiene una pensión del 142 por ciento de su último salario, mientras que como afiliado al IMSS percibiría un 78 por ciento del referido salario. En el ejemplo se observa que el ingreso acumulado que recibiría como pensión el trabajador del IMSS resulta tres veces superior al ingreso acumulado que percibiría como afiliado de esta institución.

Cuadro 7. Comparación de las Condiciones de Jubilación de un Empleado del IMSS y de un Afiliado al IMSS

Concepto	Trabajador del IMSS (RJP)	Afiliado al IMSS (Ley)
Salario mensual inicial	3700	3700
Años de trabajo	28	40
Salario mensual promedio durante La vida activa (pesos 2005)	5249	5871
Salario al final de la vida activa (pesos de 2005)	6541	8025
Edad de jubilación	53	65
Ingreso mensual como pensionado (pesos de 2005) 1/	9266	6266
Ingreso acumulado como pensionado, incluyendo pensión de viudez (pesos de 2005)	3906445	1315807
Monto de la pensión financiada con recursos que no son del trabajador (pesos de 2005) 2/	3851068	1282581
Aumento anual de la pensión	Conforme a los aumentos salariales de los activos. 3/	Conforme a la inflación 4/

1/ La pensión del RJP se calcula con el último salario y la pensión de Ley corresponde al promedio de las últimas 250 semanas.

2/ Se considera que la aportación neta del trabajador para el RJP es de 1.875 por ciento de su salario y que su aportación como afiliado es de 1.125 por ciento de su salario.

3/ Para este ejercicio se considera un incremento real de uno por ciento en los salarios de los activos.

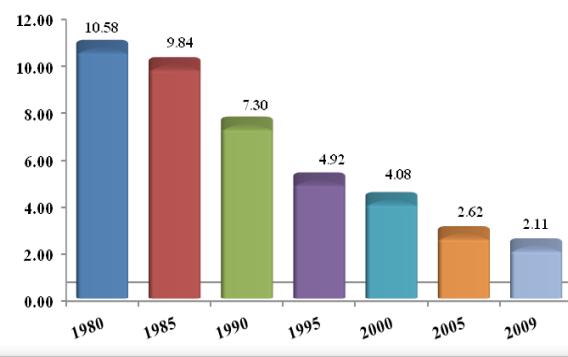
4/ Para este ejercicio se considera una inflación de 3.5 por ciento anual para la vida laboral del trabajador.

Fuente: IMSS.

La reforma privatizadora del IMSS incentivó la crisis del RJP, al desviar los recursos del IMSS a la iniciativa privada y al propiciar la disminución acelerada del coeficiente de trabajadores activos del IMSS a pensionados. A partir de las modificaciones a la LSS de 1995 una proporción significativa de los ingresos del SIVCM se transfirieron a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFOREs), específicamente los correspondientes al Seguro de CV. Esta situación provocó una reducción considerable de los ingresos del IMSS¹². En la Gráfica 12., se presenta la relación de trabajadores activos del IMSS a trabajadores pensionados para

el período 1995-2009. A partir de la aprobación del sistema de capitalización individual en el año de 1995 se observa la disminución de la relación de trabajadores activos a pensionados. Durante este período, la incorporación de nuevos trabajadores a la institución creció a una tasa promedio anual de 1.13 por ciento, en tanto que el número de pensionados lo hizo a una tasa promedio anual del 7.44 por ciento.

Relación de trabajadores activos del IMSS a trabajadores pensionados



Gráfica 12.

Fuente: IMSS

CONCLUSIONES

El esquema de protección social construido en el contexto del modelo de industrialización sustitutiva de importaciones entró en crisis de la misma manera que lo hizo la economía nacional. La crisis del sistema de seguridad social representa una parte constitutiva de la crisis de las relaciones sociales –entre el trabajo y el capital y entre los trabajadores y el Estado- y de las relaciones laborales establecidas en el contexto del Estado beneficiario-keynesiano. Ante la falta de imaginación del Estado para enfrentar la crisis de la seguridad social se optó por darle la espalda a la clase trabajadora, apostando a la libre iniciativa individual para resolver y responder a los riesgos que conlleva el proceso de jubilación. La privatización del sistema de seguridad social es una parte integrante del proceso de flexibilización laboral que se ha impulsado para enfrentar la crisis de las relaciones de producción capitalista y para construir una nueva relación entre el trabajo y el capital.

En este contexto resultan comprensibles las reformas impulsadas en el año de 1995 a la LSS y en el 2007 a la Ley del ISSSTE; sin embargo, a quince años de realizada la reforma del IMSS y a tres años de la reforma del ISSSTE, ambos sistemas presentan serios problemas financieros. Para las autoridades del IMSS la crisis actual de la institución se localiza en la estructura y funcionamiento del seguro de enfermedades y maternidad y en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores

del IMSS. Este diagnóstico de la crisis del instituto de seguridad social resulta conocido puesto que ha sido esgrimido como justificación para impulsar reformas institucionales; así mismo, también resultan trilladas las recetas sugeridas para atemperar la potencial insuficiencia financiera de la institución; por un lado se propone el incremento de las cuotas de los seguros deficitarios –SSFAM y SEM- y por otro lado, se insinúa tenuemente la limitación de los derechos convenidos con la representación sindical de los trabajadores del IMSS.

Al igual que sucedió con las reformas de 1995 y 2004 a la LSS, las posibles reformas que se impulsen en la institución, aliviarán temporalmente las finanzas del IMSS, esta situación perdurará hasta que se finiquiten los compromisos contraídos con el grueso de los trabajadores que se encuentran bajo el amparo de la LSS de 1973. Esto es así, debido a que la reforma del IMSS de 1995 provocó una larga agonía del sistema de reparto de los trabajadores del IMSS, impactando negativamente la carga financiera del instituto a medida que se envejecen los trabajadores. En la transición del sistema de reparto al sistema de contribución definida la institución continuará presentando problemas de viabilidad financiera y será recurrente la tensión conflictiva entre las autoridades del IMSS y la representación sindical de la institución. La representación sindical perdió la oportunidad de obligar al gobierno de hacerse cargo de los costos de transición –como ocurrió con la privatización de la pensiones del ISSSTE- lo cual hubiese permitido que se dejaran de utilizar los recursos de la institución al financiamiento del RJP. Por si esto fuera poco, los sistemas de seguridad social tienen que enfrentar los nefastos efectos que ha ocasionado el modelo económico neoliberal, las transiciones demográfica y epidemiológica y las transformaciones del mundo del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fleury, Sonia y Molina, Carlos Gerardo. Modelos de Protección Social, Washington, D.C, Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social INDES Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. [serial on line]. Disponible en <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/PoliticasSociales/Fleury.pdf>
2. Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio. Para entender el sistema de salud de México. México: Nostra Ediciones; 2008.
3. Soberón, Guillermo. La Reforma de Salud en México. Gaceta Médica de México. [serial on line]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/quehacer/publicaciones/simrefsalud/simrefsalud.htm>
4. Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. Informe Health at a glance 2009 OECD indicators, París.
5. Raso Delgue, Juan. Una mirada global sobre el Mundo del Trabajo. Las transformaciones del trabajo. [serial on line] Disponible en: http://www.rau.edu.uy/universidad/inst_derecho_del_trabajo/raso.pdf
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010. [serial on line]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/>
7. Partida Bush, Virgilio. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de Población 2005; 45.
8. Tuirán, Rodolfo. Los desafíos demográficos de México en el siglo XXI. Este País 2002; 139.
9. Mendoza García, María Eulalia y Tapia Colocia, Graciela Situación demográfica de México 1910-201 en La situación demográfica de México 2010, CONAPO: México; 2010.
10. Frenk, Julio, et. Al. Elementos para una teoría de transición de la salud. Salud Pública de México 1991; 33 (5).
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales. [serial on line] 2010; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/>
12. García Nieto, Héctor Ulises y Pacheco Espejel, Arturo A. (Coords). El instituto mexicano del seguro social y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores. [serial on line] 2010; Disponible en: http://members.tripod.com/seminario_actuaria.mx/archivos/ulisegarcia.pdf
13. Lomelí Vanegas, Leonardo. Los sistemas públicos de salud en México: necesidad social y viabilidad económica de transitir de la segmentación a la cobertura universal. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. [serial on line] 2010; Disponible en:
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Valuación actuarial del régimen de jubilaciones y pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS de 2009, México. [serial on line]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/>
15. Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. Informe trimestral al H. Congreso de la Unión sobre la situación del SAR. [serial on line] [citado Abril – junio de 2010]; Disponible en: <http://www.consar.gob.mx/>
16. Cordera, Rolando, Leonardo Lomelí y Narro, José. Universalización de la Salud. ponencia presentada en el Coloquio "Hacia la universalización de la salud y la seguridad social", México. [serial on line] ; Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/simposium/huss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf](http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/simposium/huss/ pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf)
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social, México. Texto vigente con última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 2009. [serial on line] 2009 [citado en 2010]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/>
18. Laurell, Asa Cristina. ¿Qué pasa en el IMSS?. La Jornada 2010; 8 de diciembre, México.
19. Laurell, Asa Cristina. ¿Qué pasa en el IMSS?. La Jornada 2010; 20 de enero, México.
20. Levy, Santiago. Buenas Intenciones, Malos Resultados: política social, informalidad y crecimiento económico en México. [serial on line] 2008; Disponible en: http://www.finanzaspublicas.org/sites/default/files/Levy_1_1.pdf
21. Lomelí Vanegas, Leonardo. La salud y la seguridad social. Economía Informa N° 343, UNAM. [serial on line] 2006; Disponible en: http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/259/259_03.pdf
22. Narro Robles, José, Moctezuma Navarro, David y Orozco Hernández Lourdes. "Hacia un nuevo modelo de seguridad social". Economía UNAM. [serial on line] 2010; Disponible en: <http://www.economia.unam.mx/publicaciones/nueva/econunam/pdfs/20/01/josenarro.pdf>
23. Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. Estudios de la OECD sobre el sistema de salud. [serial on line] 2005; Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/4/56/36986949.pdf>
24. Solís Soberón, Fernando. Los sistemas de pensiones en México: la agenda pendiente, en Una Agenda para las Finanzas Pública de México: ITAM, Gaceta de Economía, Número Especial, Primavera 2001.