

9



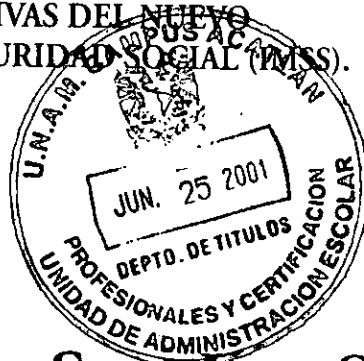
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ACATLÁN"

294230

EXPECTATIVAS DEL NUEVO
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS).



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
A C T U A R I O
P R E S E N T A N
GILDA CARMEN ESPINOSA HERNÁNDEZ
JOSÉ FRANCISCO ALARCÓN SANCHEZ



ASESOR: ACT. MARIO ARRIAGA PARRA

ACATLÁN EDO. DE MÉXICO, JUNIO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EXPECTATIVAS DEL NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS).

Introducción.	i
I. La Seguridad Social y temas asociados.	
I.1. Breve antecedente histórico de la Seguridad Social	2
I.2. Principales programas de Seguridad Social en Estados Unidos.	12
I.3. Principales programas de Seguridad Social en México (IMSS).	42
I.4. Programa Nacional de Salud.	52
II. El innovador sistema chileno de pensiones.	
II.1. Antecedentes en el caso chileno para el cambio del sistema de pensiones.	62
II.2. El sistema de capitalización individual y el plan de pensiones para el retiro.	70
II.3. El sistema de los planes de pensiones de invalidez y sobrevivencia.	83
II.4. Situación actual del sistema de pensiones en Chile.	
II.4.1. Las Administradoras de Fondos de Pensiones.	89
II.4.2. Influencia dentro del sector financiero.	95
II.4.3. Ahorro interno y desarrollo económico.	101
II.5. Ventajas, desventajas y problemas.	106
III. Los motivos del cambio del Sistema de Seguridad Social en México.	
III.1. Objetivos del cambio.	113
III.2. Aspectos demográficos de México.	117
III.3. Ineficiencias en la prestación de los servicios de salud.	122
IV. Servicios de salud.	
IV.1. Alcances que pretende la reforma del IMSS en la salud.	128
IV.2. Seguro de enfermedades y maternidad.	
IV.2.1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.	137
IV.2.2. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro.	144
IV.3. El seguro de riesgos de trabajo.	
IV.3.1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.	150
IV.3.2. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro.	159
IV.4. Ventajas y desventajas.	162
V. Seguro de invalidez y vida.	
V.1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.	166
V.2. Principales diferencias existentes con respecto al sistema chileno.	174
V.3. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro.	
V.3.1. Las prestaciones que otorga este seguro.	185
V.3.2. Funcionamiento.	188

VI. Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.	
VI.1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.	191
VI.2. El SAR.	197
VI.3. Principales diferencias existentes con respecto al sistema chileno.	209
VI.4. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro de retiro.	
VI.4.1. Las prestaciones que otorga este seguro.	220
VI.4.2. Su funcionamiento y las cuentas individuales.	225
VII. Comparativo de resultados esperados entre el sistema anterior y el actual.	230
VII.1 Proyecciones y resultados bajo diferentes supuestos en invalidez y vida.	239
VII.2 Proyecciones y resultados bajo diferentes supuestos en cesantía en edad avanzada y vejez.	247
VII.3 Ventajas y desventajas.	253
VIII. Resultados a la fecha y expectativas.	
VIII.1 Afores, Siefores y sus resultados.	256
VIII.2 Información disponible sobre IMSS e instituciones relacionadas con la reforma.	269
VIII.3 Expectativas.	276
Conclusiones.	279
Bibliografía.	287

INTRODUCCIÓN.

INTRODUCCION.

Este trabajo tiene como objetivo el cuantificar los beneficios de los cambios realizados a la Ley del Seguro Social a nivel individual, colectivo y económico para el país, analizando principalmente el aspecto de las prestaciones económicas en los ramos de invalidez y vida y de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, para lo cual se establecen comparativos bajo diferentes supuestos entre el anterior y el nuevo sistema con objeto de medir el alcance de su beneficio a la población y evaluar cuales son las mejores alternativas para los pensionados, ratificando así el alcance de los mismos bajo la nueva ley y como consecuencia su beneficio en el desarrollo económico del país, así como las expectativas del nuevo sistema.

Por lo que se presenta inicialmente el tema de la Seguridad Social, resaltando las bases de la misma, su necesidad de existir como respuesta de la sociedad a los eventos ordinarios y extraordinarios que afectan las capacidades de sus integrantes para seguir siendo actores dentro de la actividad laboral y productiva de la misma.

El origen de los cambios efectuados en la Nueva Ley del Seguro Social se sustenta en la necesidad de solucionar los problemas de insuficiencia de recursos del instituto (sin olvidar su papel de garante de los derechos de salud y bienestar para la población asegurada), para afrontar las obligaciones contraídas por ley tanto en el ramo de enfermedades y maternidad, como en IVCM (Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte) para el pago de pensiones.

En el manejo de las pensiones, la respuesta para la administración de recursos y constitución y pago de las pensiones aplicada por Chile a partir de 1980, hace que el sistema de pensiones chileno, sea el tema a tratar, desde una perspectiva global, esto es, su origen, características, funcionamiento y situación actual, ya que es el modelo utilizado para los cambios realizados en México.

Se trata a continuación la exposición de motivos presentada ante el ejecutivo, la cual impulsó la propuesta de cambio de la nueva ley y que está basada en la necesidad de mejorar los servicios, reducir costos y optimizar los beneficios que ofrece el instituto, incrementando la participación de los recursos fiscales. Además, se trata de manera general el tema de los cambios demográficos experimentados en el país y las ineficiencias en la prestación de los servicios de salud. Presentando así los elementos que justifican el cambio, buscando establecer un nuevo esquema en beneficio de los derechohabientes, sobre bases acordes a la realidad, esto es, esperanza de vida, inflación y constitución garantizada del beneficio.

Posteriormente, se pasa al análisis de cada uno de los ramos, con respecto a los cambios realizados, su alcance, cobertura, financiamiento y comparativo de resultados entre la aplicación de los sistemas anterior y actual, presentando los siguientes aspectos sobresalientes:

En el área de salud, para enfermedades y maternidad se observa que la reforma no cubre el alcance planteado, ya que mediante los cambios no se alcanza la suficiencia del instituto, la opción del seguro de salud para la familia, como quedó aprobada, no es la óptima para ampliar la cobertura y sin embargo de manera global se compromete una mayor participación económica del Gobierno Federal, en las cuotas asignadas a este ramo, las

INTRODUCCION.

cuales están sujetas al crecimiento del INPC (Indice Nacional de Precios al Consumidor), quedando entreabierto la posibilidad de apoyar la privatización de algunos de los servicios de salud, a través de la subrogación del servicio de salud a empresas privadas especializadas, mismas que a la fecha ya están constituidas y operando.

El ramo de Riesgos de Trabajo, modifica el mecanismo de adecuación de cuotas en función a resultados particulares de cada empresa, lo cual modifica por completo el esquema planteado anteriormente de evaluarlas en función al riesgo que representa la actividad, buscando incentivarlas para que inviertan en la modernización de su infraestructura, ofreciendo así mejores condiciones de trabajo, higiene y capacitación para sus trabajadores, lo que se espera repercuta en una disminución de la siniestralidad, así mismo, disminuye la Suma Asegurada en riesgo cubierta por el instituto y soportada por las cuotas patronales, en la medida en que se incrementa el fondo de la cuenta individual del trabajador.

Los ramos de invalidez y vida, y retiro, cesantía en edad avanzada y vejez se enfocan de manera más detallada ya que es la parte principal del trabajo, en estos ramos, adicionalmente a los alcances, cobertura y financiamiento, se presenta un comparativo de alcance de cobertura entre México y Chile (principales diferencias), y el comparativo entre el sistema anterior y el nuevo.

Los supuestos que se utilizan para la generación de las proyecciones están realizados sobre bases conservadoras con objeto de obtener resultados confiables, elaborándose para el caso de invalidez y vida sobre la base de que el pensionado se invalide o fallezca con la opción de elegir entre la anterior y la nueva ley, cubriendo los requisitos de semanas cotizadas, en tanto que para vejez, se consideran los grupos generacionales que están afectados al cambio, esto es, la generación entrante en 1970-1971, 1980, 1990 y 2000, para evaluar la afectación que sufrirá cada una de ellas y como responde el nuevo sistema en cuanto al alcance de los beneficios otorgados.

Los resultados para pensionados que se invaliden o fallezcan cotizando un período de menos de 15 años, presentan una mejoría del beneficio recibido, en tanto que para vejez todo el grupo del período de transición se ve afectado por no contar con un beneficio económico compensatorio por el período laborado bajo la ley anterior, lo que hace que estos trabajadores queden fuera de la aplicación de la nueva ley, siempre que tengan ingreso, en ambos casos, superior al equivalente a tres salarios mínimos.

La nueva ley trae consigo elementos atractivos para los trabajadores en la parte de pensiones al incentivar su participación en el sistema, en función a elección, inversión y toma de decisiones sobre un capital propio y la posibilidad, acorde al ingreso, de que cotizando entre un período de 40 a 45 años, puedan alcanzar una pensión similar al ingreso promedio obtenido durante su carrera laboral o cotizando un período menor apoyándose en una aportación voluntaria mensual que permita obtener este mismo alcance; así mismo, este esquema esta soportado en una alta participación de instituciones privadas especializadas en la administración, inversión y aseguramiento exclusivo de estos ramos y de los recursos que

INTRODUCCION.

los generan, por lo que el cambio trajo consigo el desarrollo y crecimiento acelerado de la iniciativa privada para crear la infraestructura necesaria para su implementación.

Los resultados presentados por las instituciones involucradas permiten apreciar la importancia que representa esta operación en la concentración de recursos y en el crecimiento del ahorro interno; finalmente, sus expectativas son halagüeñas, en función de una mejora continua en el sistema de administración, manteniendo altos niveles de eficiencia, con el reto para el sistema implementado de lograr la adecuada inversión de estos recursos para beneficio de sus afiliados y del desarrollo económico del país.

CAPÍTULO I.

La Seguridad Social y temas asociados.

TEMAS.

1. Breve antecedente histórico de la Seguridad Social.
2. Principales programas de Seguridad Social en Estados Unidos.
3. Principales programas de Seguridad Social en México (IMSS).
4. Programa Nacional de Salud.

LLEGAR A VIEJO.

Si se llevasen el miedo, y nos dejaran lo bailado para enfrentar el presente . Si se llegase entrenado y con ánimos suficientes	Si la veteranía fuese un grado... Si no se llegase huérfano a ese trago...
Y después de dario todo - en justa correspondencia - todo estuviese pagado y el carnet de jubilado abriese todas las puertas .	Si tuviese más ventajas y menos inconvenientes . Si el alma se apasionase, el cuerpo se alborotase y las piernas respondiesen...
Quizás llegar a viejo sería más llevadero, más confortable, más duradero.	Y del pedazo de cielo reservado para cuando toca entregar el equipo, repartiesen anticipos a los más necesitados ...
Si el ayer no se olvidase tan aprisa... Si tuviesen más cuidado en dónde pisan...	Quizás llegar a viejo, todo un progreso, un buen remate, un final con beso.
Si se viviese entre amigos que al menos en vez en cuando pasasen una pelota . Si el cansancio y la derrota no supiesen tan amargo...	En lugar de arrinconarlos en la historia, convertidos en fantasmas con memoria.
Si fuesen poniendo luces en el camino, a medida en que el corazón se acobarda... y los ángeles de la guarda diesen señales de vida...	Si no estuviese tan oscuro a la vuelta de la esquina... O simplemente si todos entendiésemos que todos llevamos un viejo encima.
Quizás llegar a viejo sería más razonable, más apacible, más transitable.	Juan Manuel Serrat. Bienaventurados.

No se sabe mucho en cuanto a la historia de la seguridad social. El concepto como lo conocemos actualmente apenas rebasa el siglo. Lo que si podemos decir es que su historia y evolución van ligadas al desarrollo de los seguros de vida y accidentes personales, principalmente de las instituciones mutualistas y de las instituciones de asistencia hacia las personas de menores recursos económicos.

En las mas antiguas civilizaciones encontramos las primeras instituciones que buscaban ayudar en los casos de adversidad a sus miembros.

En Roma encontramos las llamadas "Collegia Tenuiorum". Estas collegias eran comunidades de gente de bajos recursos, que indemnizaban a las familias cuando uno de sus miembros fallecía. Además, dentro del ejercito romano existía algo similar, pero con un mayor alcance, ya que el miembro o su familia recibía la ayuda económica si era dado de baja, transferido o muerto en combate.

La Iglesia Católica ha sido uno de los principales medios de distribución de ayuda, ya que a partir del Siglo V, participó apoyando a fundaciones privadas con el patrimonio protegido por la iglesia y la administración a cargo de los obispos. Además fue una de las primeras organizaciones en manejar el concepto de hospitales. Los pobres encontraban apoyo a su salud en los hospitales organizados por la iglesia. Ejemplo de estos hospitales son: El hospital Saint Bartholomew que se fundó en 1123 y el Saint Thomas de 1213.

Para 1516, Tomás Moro, quien es considerado el primer teórico de la seguridad social, escribió Utopía obra en la que señala que los obreros que se encuentran sin trabajo son las victimas de la sociedad que no demanda su fuerza de trabajo y por que la misma sociedad no le proporciona la capacitación para ser útil dentro de ésta. Propone que la sociedad se encargue de los enfermos, inválidos y ancianos.

Epoca moderna.

La idea de solidaridad es la que propicia el nacimiento de la Política Social en los inicios del S. XVIII. La fractura de la organización jerárquica medieval y el establecimiento de la igualdad ante la Ley de todas las clases sociales y de la igualdad de derechos de todas las personas que se establecen a partir de la Revolución Francesa (1789) y en lo dispuesto en la Constitución de los Estados Unidos de América es el paso previo a la aparición de los conceptos de seguridad social. Pero como todo desarrollo humano, tomaría más de un siglo su desarrollo.

Las pensiones por vejez fueron proporcionadas inicialmente a los trabajadores de los gobiernos, las primeras pensiones por vejez aparecen a inicios del siglo XIX en Francia, y en Gran Bretaña en 1834, pero fueron perfeccionadas en Alemania en 1873. De ahí se extendió a todas Europa a inicios del Siglo XX. En Estados Unidos el único antecedente fueron los ferrocarriles, los cuales otorgaban a sus trabajadores un plan de pensión por vejez.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y TEMAS ASOCIADOS.
BREVE ANTECEDENTE HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

El liberalismo económico solo logro que el estado tuviera que participar más en la relación capital - mano de obra, y aun más después de la aparición del "Manifiesto Comunista" en la segunda mitad del siglo XIX.

En 1919 se fundó la Organización Internacional del Trabajo (OTI), cuyo fin es el diseñar e implementar programas para lograr el pleno empleo, la elevación del nivel de vida de los trabajadores, lograr una adecuada formación y capacitación de estos, garantizar el ingreso básico a quienes lo necesitan, lograr la prestación de asistencia médica integral, etc. Este organismo internacional ha sido el que ha puesto las principales características y lineamientos teóricos sobre seguridad social a nivel mundial.

En 1941, la Carta del Atlántico suscrita por Winston Churchill y Teodoro Roosevelt, sostienen la necesidad de desarrollar en todos los países los sistemas de seguridad social.

En 1948, es presentada la Declaración Universal de Derechos Humanos, resolución adoptada por unanimidad en diciembre de ese año por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Estos Derechos Humanos, se encuentran en 30 artículos que buscan promover los derechos básicos y naturales del hombre. Entre ellos se encuentran, el derecho al trabajo, a la participación en la Seguridad Social y el derecho a un nivel de vida adecuado para la salud.

Alemania.

Bajo el sistema gremial - mutualista surgieron instituciones que satisfacían parcialmente las necesidades básicas de seguridad social. Se inició la formación de cajas de ayuda en los casos de enfermedades, fallecimientos, etc.

El primer sistema de seguridad social que se implementó fue en Alemania en 1883 bajo el gobierno del Emperador Guillermo I y su canciller el General Bismarck. El desarrollo del sistema de seguridad social formó parte de la política de integración del nuevo estado Alemán (1870). Este Seguro Social es el primero en ser obligatorio y tripartita (ya que consideraba la participación económica del: Estado, patrón y trabajador). En 1883 inicia solamente con el Seguro de Enfermedades, para 1889 ya contemplaba el Seguro de Accidentes de Trabajo y el Seguro de Invalidez y Vejez.

Alemania fue una de las bases del sistema de Seguro Social moderno.

En 1911 estos seguros se englobaron en la Ley de seguridad social del Reich, aún vigente, que introdujo además las pensiones de supervivencia. El seguro de invalidez y vejez se amplió a todos los empleados. En 1923 se creó un seguro especial para los mineros. En 1927 se implantó el seguro de desempleo y a partir de 1938 se incluyó en el régimen de la seguridad social el ramo de los artesanos, en tanto no concertaran seguros privados. Tras la Segunda Guerra Mundial las prestaciones de la seguridad social se ampliaron y mejoraron notablemente. En 1957 se implantó el régimen especial agrario. Ese mismo año se llevó a cabo una importante reforma de las pensiones, las cuales en caso de aumentar los ingresos

medios de los trabajadores, se incrementan en proporción (pensiones dinámicas). La amplia red de seguridad social alemana también beneficia desde 1990 a los jubilados, mutilados de guerra y minusválidos desfavorecidos por la legislación de la antigua República Demócrata Alemana. La unión monetaria, económica y social y el Tratado de Unificación sentaron en 1990 las bases de la aplicación de la seguridad social a todos los alemanes.

Inglaterra.

Inglaterra inicia su Sistema de Seguridad Social con la Ley de Indemnizaciones por Accidentes de Trabajo en el año de 1897. En 1911 (David Lloyd George) incorpora los Seguros de Maternidad, Invalidez y Paro. (Entendamos por Paro el actual Seguro de Cesantía). En 1917 integra el concepto de tripartita a su Seguro Social. En 1926 (Winston Churchill) adiciona las pensiones de viudez y orfandad, junto con el seguro de Vejez y se hacen obligatorios.

En 1944, Sir Willian Beveridge, estipula las bases de lo que sería un moderno Seguro Social Ingles de la postguerra que básicamente se resumen en cuatro puntos:

1. Identificación de las cuotas asociadas a prestaciones.
2. Identificar las prestaciones y conservar su suficiencia con respecto a sus cuotas.
3. Unificar la Responsabilidad Administrativa.
4. Extensión (Universalidad).

Además de dar la clasificación básica de riesgos, determinada en:

- Riesgos Profesionales.
- Riesgos Naturales.

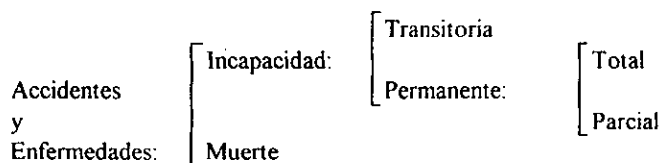
a) En Riesgos profesionales solo hay dos posibles clasificaciones: Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.

En ambos, sólo es posible: la incapacidad y la muerte.

En la incapacidad hay dos posibles resultados: transitorio o permanente.

En el caso de la incapacidad permanente hay dos posibilidades: total o parcial.

Esquema de Riesgos Profesionales:



b) Dentro de los Riesgos Naturales la división es más amplia:

- Enfermedad no profesional y Maternidad.
- Invalidez - Vejez - Retiro.
- Cesantía.
- Viudez - Orfandad - Supervivencia.

De la clasificación propuesta por Sir Beveridge, se obtienen los alcances naturales que debía contemplar el Seguro Social en Inglaterra. Esta propuesta sirvió de base al naciente sistema de Seguro Social de México, ya que éste contempló los nuevos conceptos que se comenzaron a manejar en Inglaterra.

Por otro lado, el Servicio Nacional a la Salud, fue también profundamente reorganizado después de la Segunda Guerra Mundial y es uno de los más amplios sistemas en operación. El Servicio Nacional a la Salud fue fundado en 1948. El costo del programa es sostenido por medio de amplios fondos públicos. Los beneficios (algunos de los cuales son de duración ilimitada) incluyen servicios de hospital, servicios médicos generales fuera del hospital y servicios de salud locales. Los servicios de hospital son proporcionados a través de hospitales generales y por clínicas especializadas, ya sea como interno, o solo de paso, o servicio de cuidado por un día, incluye la atención de especialistas. Los servicios médicos incluyen además ayuda dental, medicamentos y atención de la vista y lentes.

Los servicios locales de salud incluyen maternidad, servicios de guardería y protección a niños, atención en casa por enfermeras, inmunización y algunos servicios de atención y salud mental.

Cualquier persona puede hacer uso de todas las facilidades que brinda el Servicio Nacional a la Salud, o puede utilizar únicamente parte de los servicios. La persona, puede arreglar el recibir los servicios que más le convengan, por ejemplo, puede arreglar con un doctor independiente su atención médica básica y tomar el servicio de hospitalización que le otorga el Servicio Nacional a la Salud. Las personas que llegan a participar como externos reciben los honorarios por cada paciente que atienden, o reciben una renta mensual predeterminada. Casi todos los hospitales en Gran Bretaña son administrados por el Servicio Nacional a la Salud y pocos médicos ejercen su profesión en forma independiente.

América Latina.

La legislación adoptada entre 1924 y 1930 estuvo dirigida sobretudo a la provisión, como un derecho, de prestaciones en dinero en caso de jubilación, incapacidad y muerte, a categorías seleccionadas de trabajadores del sector público principalmente y del privado (en el sector financiero). Al mismo tiempo muchos países progresaban en la mejora de la compensación por accidentes de trabajo. La técnica utilizada era el seguro social de carácter obligatorio y

contributivo. Concentrado en la zona sur del continente el seguro social era por aquel entonces un arreglo fragmentario y rudimentario, naturalmente desigual en su cobertura y carente de coherencia. Fue sin embargo un comienzo útil que ayudó a la generación siguiente a buscar un enfoque nacional más coordinado y resuelto. Este llegó de manera gradual y se podría decir que inició en 1940 en México y Venezuela. Como resultado, dos objetivos sociales comenzaron a tomar forma:

- i) El otorgamiento de beneficios económicos a los trabajadores asalariados del sector organizado de la economía en caso de pérdida de su salario debido a enfermedad, maternidad, edad avanzada, incapacidad, muerte y accidente de trabajo. y
- ii) La garantía de libre acceso a la asistencia médica básica y moderna para los mismos grupos de población incluidos los familiares dependientes.

Ambos objetivos fueron subrayados por el deseo de reemplazar en todo lo posible la protección en lugar de la asistencia discrecional o caritativa, por un derecho conferido a reclamar un beneficio ante las contingencias.

Se aplicaron en consecuencia tres estrategias para el logro de los objetivos señalados:

La primera fue la confianza en el tipo de solidaridad y de autosuficiencia financiera que el seguro social contributivo y obligatorio puede ofrecer cuando se aplica una base amplia de trabajadores ligados por un contrato de trabajo.

La segunda aplicada por muchos países, fue la inversión deliberada de los fondos del seguro social en la infraestructura de otros programas, principalmente en los programas de salud del país (hospitales, dispensarios, farmacias, servicios médicos, capacitación del personal médico, etc.) con el objeto de suministrar directamente el tipo de atención a la salud que la población asegurada esperaba una vez financiada la cobertura del seguro de salud. Este desarrollo se constituyó en la adaptación más original y exitosa de un modelo de seguro de salud a las condiciones del Tercer Mundo, modelo que fue primero experimentado en países en los que la infraestructura básica de salud no se hallaba disponible o se financiaba con otros recursos.

La tercera estrategia fue la gradual ejecución de los programas en razón de la capacidad económica, financiera y administrativa del Seguro Social en cada país, México fué de los pocos países que implementó todos los programas básicos en grupo.

Estados Unidos de América.

Es extraño pero Estados Unidos fué de los países que más tarde en aceptar conformar su sistema de seguridad social, no fue hasta después de la crisis de 1929, en donde más de 15 millones de trabajadores perdieron su empleo, que el Congreso de este país considero introducir los programas de seguridad social. Fue hasta 1935, que fue aprobada la Ley de Seguridad Social que establece la concesión de subsidios al trabajador y su familia por

jubilación o en caso de incapacitación o fallecimiento. Las contribuciones se financian a través de los impuestos aplicados a la nómina de los trabajadores y las contribuciones de los empresarios.

Existen programas de salud dirigidos a la atención sanitaria de personas mayores y a los pobres. Estados Unidos cuenta con instalaciones sanitarias de muy alta calidad, pero conseguir el acceso a ellas constituye un problema para un segmento considerable de la población, se ha estimado que más de 30 millones de estadounidenses no tienen cobertura del seguro privado de salud y no se han integrado en programas gubernamentales de asistencia sanitaria.

El gobierno federal y estatal también ayudan con fondos en programas de seguro contra el desempleo, proporcionan ingresos para asistir a ciegos, incapacitados, ancianos pobres y familias pobres con niños a su cargo. También proporcionan programas de alimentación escolar para los niños necesitados y un programa de apoyo a la alimentación para familias pobres.

La expansión del sistema de seguridad social de los Estados Unidos fue muy rápida y es ahora una de las más completas del mundo, pero también esta inmersa en una de las legislaciones más complejas que existen. Por lo cual, en la actualidad hay una gran ignorancia por parte de sus afiliados de sus derechos.

En la actualidad existen programas de seguridad social a nivel federal, estatal y local, con algunas diferencias entre ellos.

A nivel federal y estatal se incluye a todos los empleados del sector público.

México.

Epoca prehispánica.

Las civilizaciones prehispánicas (siglos XII a XV), se caracterizaron por su interés en el desarrollo de productos agrícolas y su utilización en su dieta diaria. El trabajo comunal tenía como fin el lograr los recursos en exceso para ayudar a los viejos, enfermos e inválidos. ayuda que se proporcionaría por medio de los templos e instituciones educativas.

Los ancianos eran respetados dentro de la comunidad y formaban algunos de ellos, el grupo de consejeros del emperador.

Epoca colonial.

En la época colonial (siglo XVI a XVIII), se inicia la toma de conciencia de los principales problemas de salud en la población aborigen, como resultado del gran intercambio de genes y antígenos, tuvieron lugar epidemias severas de tifo, sarampión, viruela, fiebre amarilla e influenza, lo que trajo como consecuencia una gran demanda de atención médica. es por eso, que se fundaron los primeros hospitales del continente. En 1567 la Universidad

de México gradúa a Pedro Farfán como primer Doctor en Medicina y en 1570 Francisco Bravo Orsunesi escribe *Opera Medicinalis*, la obra más antigua de la medicina mexicana.

Después de la conquista, en cada comunidad indígena se fundaron las cajas de comunidad, cuya función consistía en sostener hospitales y procurar el bienestar de los huérfanos, ancianos, viudas e inválidos. Su sostenimiento se lograba a partir del trabajo comunitario, principalmente a través del cultivo de las tierras comunales.

Vasco de Quiroga fue propulsor de la primera casa hogar de niños abandonados o huérfanos de México. Vasco de Quiroga fundó 111 hospitales, cuya funciones no eran estrictamente la procuración de una atención médica, sino además, eran realmente centros culturales que procuraban apoyar el desarrollo de las comunidades a través de fraternidad, el auxilio mutuo y la organización del trabajo. Estos hospitales, dentro del estado de Michoacán, lograron tener especializaciones en alguna actividad artesanal.

La asistencia pública se basó en la Cédula Imperial del 9 de octubre de 1541 de Carlos V, que consideraba la creación de hospitales donde los indios pobres y enfermos se curaran, con el fin de que se ejerciera la caridad cristiana y fuera ejemplo para los naturales de la Nueva España. En México aun existe el Hospital de Jesús, el cual fué fundado por Hernán Cortes.

Por otro lado, las encomiendas tenían como objetivo, lograr el desarrollo e integración de los indígenas dentro de la nueva comunidad. Además, era responsabilidad de los encomenderos el proporcionar un adecuado sustento y ayuda a los indígenas ancianos que le hubieran sido dados en las encomiendas.

Durante los siglos XVII y XVIII se acepta la medicina aborigen de las culturas maya, náhuatl y zapoteca, que tienen bases en estudios científicos de botánica, pero al final se impone la cultura médica española.

México independiente.

El primer siglo de independencia de nuestro país se caracterizó por las constantes luchas internas e intervenciones extranjeras, lo cual no permitió el desarrollo de una economía integral y sobre todo siempre se estuvo a punto de la bancarrota. En este periodo nuestro país no tomaba un rumbo único e integrado, los grupos principales de la política nacional eran de ideas totalmente opuestas. Por ello, no podemos más que decir que los intentos de un sistema de seguridad social simplemente fueron nulos. Hubo a lo largo de los primeros cien años intentos aislados en proporcionar los servicios de salud y programas de apoyo económico.

En el año de 1861, a partir de la expropiación de las tierras de "manos muertas" y de la separación del Estado y la Iglesia, inicia la beneficencia pública por parte del Estado con la creación de la Dirección General de Fondos de Beneficencia. En 1920 el Estado reorganiza la beneficencia pública, asignándole, en su totalidad los productos de la Lotería Nacional. La

beneficencia proporcionada por el Estado ha sido desde su nacimiento, siempre deficiente e insuficiente.

En 1866 surge el cooperativismo, que busca los primeros rumbos de la organización obrera mexicana.

En el año de 1874 los mineros de Pachuca y de Real del Monte obtienen las primeras prestaciones de previsión social, siendo el primer grupo de trabajadores mexicanos en contar con este tipo de beneficios. Ese mismo año, se aprueba el primer reglamento de trabajo para las factorías del Valle de México.

En 1906 inicia la huelga de Cananea, siendo esta una de las primeras que lograron beneficios a sus trabajadores. Todo lo opuesto a la huelga de Río Blanco.

En 1917 aparecen en la Constitución Política Mexicana los derechos sociales del trabajo que se encuentran reflejados en los artículos 27 y 123. Dando por primera vez un sentido de realidad a las expectativas de los trabajadores mexicanos con respecto a los programas de seguridad social dentro de nuestro país a nivel nacional.

Por situaciones propias del movimiento armado, el gobierno de Venustiano Carranza no tuvo ninguna posibilidad de llevar a cabo acciones que reflejaran las intenciones de seguridad social que ya se plantaban en la Constitución de 1917.

Le tocó al gobierno de Alvaro Obregón iniciar las primeras acciones de seguridad social, debido a los convenios de apoyo suscritos con la CROM (Confederación Regional Obrera Mexicana), que lo apoyaron en la lucha armada, en su postulación y campaña hacia la presidencia. De tal manera, que en 1921, en el Diario Oficial de la Federación se publicó la ley del Seguro Obrero, por medio del cual se crearía un impuesto del 10% sobre los salarios y que sería pagado únicamente por el patrón. El objetivo del impuesto era lograr constituir una reserva económica, la cual sería administrada por el Estado, con la finalidad de cubrir las indemnizaciones por accidentes de trabajo, jubilaciones por vejez y seguros de sobrevivencia.

En 1925, bajo el gobierno de Plutarco Elías Calles, se dio continuidad a las ideas de seguridad social y por ello se expide la Ley de Pensiones Civiles de Retiro, que establece los derechos de antigüedad y las pensiones de invalidez, vejez y muerte para los trabajadores del Estado.

Debido a que los gobiernos no tenían la fuerza y organización necesaria no fue posible la adecuada implementación de ambas leyes, además, que en 1929, con la gran depresión, que todavía afectó más a la economía nacional, la cual no se había aun recuperado de la Guerra de Revolución, se terminó por diferir la implementación de las leyes

LA SEGURIDAD SOCIAL Y TEMAS ASOCIADOS.
BREVE ANTECEDENTE HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

En el año de 1931 se promulga la Ley Federal del Trabajo, que considera dentro de ella conceptos de seguridad social, prevención, riesgos de trabajo e higiene, dando un paso más hacia la consolidación de programas específicos.

En 1934 entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual promueve convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales para lograr la unificación técnica de los servicios y sumar los esfuerzos de los dos niveles de gobierno.

En el período del Presidente Lázaro Cárdenas se inician los preparativos para impulsar la creación de la primera institución de seguridad social a nivel nacional y para todos los trabajadores, pero queda diferida por falta de apoyo del congreso.

En 1936, se intervino en la formación de médicos para garantizar la atención al medio rural, por lo cual se creó el servicio social universitario.

Bajo el gobierno de Manuel Avila Camacho se busco concluir lo iniciado, para ello transformó al Departamento del Trabajo en la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, para que en ella se trabajará en la definición de la Ley de Seguridad Social. De ese trabajo se obtuvo la primera Ley del Seguro Social de México, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la federación el día 19 de enero de 1943.

Los servicios médicos del IMSS se iniciaron con equipo y personal médico que no era suficiente, por lo que se optó por contratar el servicio de médicos y clínicas privadas, pero esta no fue una solución adecuada, ya que los médicos seguían prefiriendo a su clientela particular y por ello, los pacientes del IMSS no recibían una atención adecuada. Por otro lado, los egresos por el pago de estos servicios particulares, no permitían el ahorro con el cual se fueran creando las clínicas propias del instituto, que serían la base de la atención de los asegurados a futuro. En 1945, el IMSS realizó un cambio en su política, que consistió en llevar a las empresas la atención médica, pero esto tampoco funcionó, es a finales del período del gobierno de Avila Camacho que se inició la construcción de las primeras clínicas de salud del IMSS. Con estas clínicas se transformó el instituto e inicio su crecimiento.

Se adicionó a los seguros ya existentes, el Seguro de Guarderías en 1956, debido a que la mujer se incorporó con mayor fuerza al mercado de trabajo laboral y se buscó apoyarla cuidando y atendiendo a sus hijos en los primeros años de vida. Además, se adicionó el seguro de prestaciones sociales, con la finalidad de apoyar el desarrollo armónico de la sociedad.

El 15 de octubre de 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia siendo el primer secretario de esta el Dr. Gustavo Baz.

En 1959, se emite la Ley que da inicio al Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En 1976 se creó el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México.

En 1979 la operación del IMSS fue substancialmente ampliada con el establecimiento del Programa IMSS - Coplamar. Dicho programa formó parte del combate a la marginación promovido entre 1976 y 1982. El IMSS fue el administrador de este ambicioso programa, permitiéndole cumplir con sus compromisos solidarios al brindar apoyo a la red subsidiaria por medio de recursos administrativos ya existentes y recursos adicionales proporcionados por el gobierno federal.

En 1981 se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a todos los mexicanos.

En 1982 se conjuntan los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud y los planteamientos recogidos en consulta popular, con el fin de expresarlos en iniciativas de ley, en programas y en estrategias. En ese año se somete al Congreso de la Unión la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Además se presenta la iniciativa de elevar a rango constitucional la nueva garantía social del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos.

En 1992, da inicio el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), que busca ampliar el ahorro de los trabajadores y con este ahorro lograr un complemento a la pensión otorgada por el IMSS.

En 1995 se presenta el diagnóstico que da a conocer las debilidades financieras del IMSS, lo que provocaría al mediano plazo la incapacidad del instituto de cumplir con las obligaciones del ramo de IVCM en perjuicio de millones de mexicanos y de no poder dar un servicio adecuado en sus otros ramos, por lo que el 21 de diciembre de 1995 se emite la nueva Ley del IMSS, que comenzó a funcionar el día primero de julio de 1997.

En este tema, presentamos la información obtenida acerca de los servicios de seguridad social en los Estados Unidos. Estos servicios son de carácter obligatorio y son administrados por el gobierno federal por medio de programas en forma de seguros, que tienen ciertas características que distinguen estos de los seguros privados, ya que no importa que en los Estados Unidos se tenga ampliamente desarrollado el seguro privado, los programas de seguridad social son necesarios, por tres razones.

La primera causa es que los programas de seguridad social están considerados dentro de la ley para resolver algunos problemas de tipo social. Un problema de tipo social es aquel que afecta a la mayoría de personas o a toda la sociedad y son tan serios que es necesaria la intervención directa del gobierno. Por ejemplo, el programa de seguro social en Estados Unidos es el resultado de la gran depresión de los años 30's, cuando el desempleo masivo y el incremento de la pobreza requirió de la participación directa del gobierno americano.

La segunda, es que los programas de seguridad social son necesarios para proporcionar una base económica a la población en general en momentos de adversidad. Este fin es para proporcionar seguridad a las personas ante eventos fortuitos o inevitables para cualquier individuo como es la muerte del proveedor principal de la familia, vejez, discapacidad ocupacional o no ocupacional y desempleo. Estos eventos causan perjuicios económicos a los ingresos de las personas y en ocasiones incrementa los gastos de la familia.

La tercera razón, es que ciertos riesgos son inadecuados para que sean cubiertos por compañías privadas. Por ejemplo, el riesgo del desempleo no puede ser un seguro privado, ya que este no cubre completamente los requisitos de un riesgo asegurable. Además, si se administrará de manera particular y buscando la utilidad, no sería posible cubrir su costo en algunos de los programas que veremos.

En los Estados Unidos el termino Seguridad Social se refiere específicamente a los programas establecidos bajo el acta de Seguridad Social, establecida en 1935. El acta de Seguridad Social es una extensa ley consistente de 20 títulos, varios de ellos de no muy lejana instauración. Los principales títulos son:

- El Seguro de Vejez, Sobrevivientes e incapacidad.
- El Seguro de Atención Médica, incluyendo hospitalización.
- El Seguro Complementario que cubre otros costos médicos.
- El Seguro de Ingreso Suplementario.
- El Seguro de Compensación por Desempleo.
- Ayuda a Familias con Niños Dependientes.
- Medicare.
- Medicaid.
- Servicio Social para Adultos y Niños.
- Servicios de Maternidad y de Atención a la Salud del Niño y
- Servicios de Asistencia a Niños Lisiados.

Desde su comienzo en 1935, el acta original de la Seguridad Social ha sido modificada por adecuaciones mayores más de 20 veces. El seguro de beneficios al sobreviviente (seguro de vida mensual) fue adicionado en 1939, los beneficios por incapacidad física en 1955 y los beneficios de cuidados y atención medica en 1965.

El Presidente Ronald Reagan, impulsó en 1983, el cambio de legislación más grande con respecto a los programas de seguridad social, vinculado a la reducción de ciertos beneficios, al financiamiento integral de estos y por primera vez, se implementaron los impuestos de algunos que no lo tenían; además, los cambios a la legislación consistieron en un gradual incremento en la edad de retiro.

En 1987 alrededor de 124 millones de personas contribuían a los fondos de la seguridad social, durante un mes un promedio de 37 millones de personas obtenía beneficios en efectivo¹. El monto del beneficio en efectivo es determinado por la combinación de cotizaciones y salario (para los autoempleados, se considera un ingreso base); los niños dependientes y la pareja del asegurado que no participa dentro del sistema, reciben montos adicionales. La ley especifica ciertos mínimos y máximos para los beneficios mensuales. Para mantener los beneficios acordes a la inflación, estos se actualizan anualmente de acuerdo a el índice de precios al consumidor.

A partir de modificaciones a el acta de discriminación por edad, con algunas excepciones (como serian los bomberos, policías y catedráticos universitarios), una persona no puede ser obligada a retirarse por causa de la edad. Desde 1983 las personas de 70 o más años de edad están en el derecho de recibir todos sus beneficios por parte de los programas de seguridad social, aún si continúan trabajando.

En 1988 cerca de 38 millones de personas (adultos y niños) recibieron beneficios económicos de alrededor de \$18,000 millones mensuales. Además, casi todas las personas mayores de 65 años están protegidas por algún programa de prevención medica.

Actualmente, el sistema presenta problemas financieros que tienen tiempo de estarse manifestando, y por ello se han tratado de controlar los egresos. El problema, es que se considera que hay grupos minoritarios que obtienen beneficios con un mínimo requerido, lo que esta creando problemas sociales de otra índole, que se reflejan en la intolerancia social, cuando en la realidad, existe un gran desconocimiento de los programas de seguridad social y sus alcances por los ciudadanos americanos. Por otro lado, no quieren reconocer que su sistema de pensiones esta sufriendo los mismos problemas que en otros países y no plantean una solución seria a esta situación.

Estructura.

El departamento de salud y de servicios humanos, es el encargado de la administración de un amplio conjunto de programas en el campo de los cuidados de la salud y de servicios sociales. El departamento esta encabezado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

¹ Microsoft Encarta 95 enciclopedia. Social Security.

quien es nombrado por el Presidente de los Estados Unidos, es aprobado por el Senado y es un miembro del Gabinete.

El departamento ha tenido dos predecesores: La Agencia Federal de Seguridad creada en 1939 y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar establecida en 1939. Ambos predecesores administraban también los programas de educación, hasta que en 1979 se dividieron y crearon: El Departamento de Educación y El Departamento de Salud y de Servicios Humanos.

El Departamento de Salud y de Servicios Humanos en 1994 tuvo un presupuesto de 484,000 millones de dólares y más de 125,000 empleados. Este es el Departamento de Estado que esta más cercano a la población, debido a que sus programas están orientados a dar ayuda a los ciudadanos ya que su esfuerzo esta orientado en proporcionar el bienestar social a partir de la familia y sus integrantes. A través de sus diversas administraciones, el Departamento de Salud, proporciona los servicios, asistencia médica y ayuda económica. Por ejemplo:

- La Administración de Niños y Familias proporciona servicios para promover el sano desarrollo de los niños, jóvenes y las familias en su conjunto.
- La Administración para el Desarrollo de Discapacitados y la Oficina de Apoyo para Niños con Discapacidades, que buscan la rehabilitación de personas con discapacidad física. Estas dos últimas entidades atienden desde discapacidades menores (lentes, problemas menores de oídos, etc.) hasta discapacidades físicas severas.
- La Administración de Seguridad Social, es la agencia más importante del Departamento de Salud y de Servicios Humanos, establecida en 1946. El programa de seguridad social es el principal medio de la nación americana que asegura un continuo ingreso cuando los ingresos a una familia se suspenden o son reducidos por el retiro, la muerte o la discapacidad de cualquiera de las personas que contribuyen al mantenimiento de dicha familia. Bajo el sistema de seguridad social los trabajadores, sus patrones y los autoempleados pagan una contribución que es invertida en fondos especiales. Cuando los ingresos se suspenden o se reducen por que el trabajador se retira, muere o se discapacita, mensualmente recibirá los beneficios económicos que ayudaran a reemplazar en parte los ingresos perdidos. Actualmente, por medio de esta agencia, se están pagando beneficios monetarios a una sexta parte de los residentes de los Estados Unidos. Además, se cuenta con el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), que permite ayudar a los ciudadanos americanos con bajos ingresos.

Los beneficios de los programas de seguridad social están diseñados para reemplazar una porción del ingreso de cada persona. Expresado como un porcentaje del salario de un año antes del retiro, los porcentajes de tres casos posibles a edad de retiro de 65 años en el año de 1988 eran: para un trabajador de ingreso bajo, el porcentaje fue del 71.2, para un trabajador de salario medio, su porcentaje estaba en el 42.12 %, y para una persona de

altos ingresos su porcentaje fue del 23.07². La pareja (que no estaba inscrita al sistema de seguridad social) recibía el 50% de lo correspondiente al asegurado. Porcentajes similares son pagados a las personas discapacitadas y a sus parejas. Las parejas sobrevivientes y los niños reciben un porcentaje del beneficio de retiro calculado de acuerdo a los ingresos del cotizante fallecido.

- La Administración de Cuidado de la Salud y Financiamiento, maneja el programa Medicare, el cual se financia por medio de aportaciones mensuales de las personas que se inscriben a el programa y por una contribución del gobierno federal. Medicare cubre los aspectos de atención médica y salud en general de las personas de edad avanzada y de las personas discapacitadas.

El programa Medicare comenzó a funcionar en 1966, perteneció inicialmente a la Administración de Seguridad Social; en 1977 fue transferido a la Administración de Cuidado de la Salud y Financiamiento.

- La Administración sobre Envejecimiento controla un programa que busca garantizar a nivel nacional proporcionar diversos servicios (complementarios a otros programas) a todos los ancianos.

El Departamento de Salud y de Servicios Humanos también trabaja para proteger la salud física y mental de la población por medio de diversas unidades. Dos de los mas importantes son la Administración de Comida y Medicamentos la cual checa la calidad de la comida, verifica la eficiencia y seguridad de medicamentos, cosméticos y servicios médicos; y el Instituto Nacional de la Salud, el cual conduce y aporta recursos económicos a 16 centros o instituciones de investigación de la salud y la biblioteca Nacional de Medicina. Otras unidades del Servicio Público de la Salud son los Centros de Control de Enfermedades y Prevención, La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, la Administración de Recursos y Servicios y por último la Administración de Salud Reservas Indias.

Características básicas del seguro social.

Los programas del Seguro Social en los Estados Unidos tienen ciertas características, las cuales son:

- Obligatorio.
- Proporcionan un ingreso base a sus participantes.
- Principio social sobre el interés personal y redistribución de la riqueza.
- Autosuficiencia, universalidad y cobertura.

Describiremos brevemente cada una de ellas.

² Microsoft Encarta 96 encyclopedia. Social Security.

Obligatorio.

Con pocas excepciones los programas de seguridad social son obligatorios. Un programa obligatorio tiene dos ventajas:

- La primera es que el objetivo de proporcionar un ingreso base a la población (que lo necesite) puede ser alcanzado de manera más fácil.
- La segunda ventaja consiste en que la selección adversa se reduce al cubrir tanto a personas sanas como a las personas enfermas.

Por otro lado, todos los beneficios se encuentran legislados por Ley y la rectoría está en manos del gobierno federal en coordinación con los gobiernos estatales y locales. La Ley principal es el Acta de Seguridad Social.

Proporcionan un ingreso base a sus participantes.

Los programas de Seguridad Social están diseñados para proporcionar un ingreso básico con respecto a los riesgos que se están cubriendo. La mayoría de las personas busca complementar los ingresos que les proporcionan los beneficios de la Seguridad Social por medio de sus propios programas de ahorro, inversiones y seguros privados.

El concepto de ingreso base es difícil de definir, ya que existen desacuerdos concernientes a los beneficios y el monto a ser pagado. Están los que consideran otorgar un ingreso mínimo, que solo llegue a cubrir las necesidades básicas de los beneficiarios. Por otro lado, está la posición que debe proporcionar un nivel de vida confortable de tal manera que no se requiera el seguro privado que complementa el ingreso.

Un punto de vista más realista, es que los beneficios obtenidos por medio de la Seguridad Social deben ser complementados por otros ingresos y/o productos financieros, para mantener un razonable nivel de vida.

Principio social sobre el interés personal y redistribución de la riqueza.

Debe existir un equilibrio entre la equidad individual y el carácter redistributivo de la riqueza, inherente a la Seguridad Social. Al contar con un sistema de seguridad social que requiere cuotas o impuestos de sus derechohabientes, surge el dilema del equilibrio, ya que la equidad individual se obtiene cuando el derechohabiente recibe lo que contribuye, pero el concepto de redistribución de la riqueza implica otorgar más, en sentido proporcional, al que menos tiene. Es evidente el conflicto entre los conceptos anteriores. El punto en donde se consigue este equilibrio es uno de los objetivos de la seguridad social a través de la llamada cuota social que es el aporte del gobierno a los programas de seguridad social, es aquí donde entra el concepto de redistribución de la riqueza, proporcionando ayuda adicional en favor de ciertos grupos como personas de bajos ingresos, familias grandes, empleados eventuales, etc., independientes de sus aportaciones al sistema. Además el sistema de cuotas, debe, por

otra parte considerar un salario máximo de cotización, razonable y permisible dentro del contexto de seguridad social.

Autosuficiencia, universalidad y cobertura.

Los programas de la Seguridad Social de los Estados Unidos están diseñados para ser autosuficientes. Esto significa que los programas están adecuadamente financiados por medio de las aportaciones de los patrones, empleados y autoempleados, además de los rendimientos obtenidos por la inversión de los ingresos.

Todo programa de seguridad social busca cubrir a la mayor población de trabajadores posible y así cubrir con sus beneficios a una mayor población civil.

El programa de Seguro Social es obligatorio y cubre a casi todos los empleados que están bajo nómina. Es la institución más importante dentro de los Estados Unidos. Fue constituido a partir de la Ley de Seguridad Social de 1935. Actualmente, 9 de cada 10 trabajadores que están contratados se encuentran afiliados al Seguro Social. Alrededor de una persona de cada seis recibe un cheque por algún beneficio económico otorgado por el Seguro Social³. A continuación indicamos los principales grupos cubiertos.

1. Empleados de Firms Privadas. Virtualmente todo el sector privado esta cubierto bajo el seguro social. A inicios de los 90's el 97% de los empleados de este sector estaban suscritos al seguro social.
2. Los empleados civiles del gobierno federal. Este grupo de empleados a partir de 1984 están cubiertos bajo el Seguro Social. Los que estaban contratados antes de 1984, solo se encuentran inscritos al programa Medicare, ya que sus beneficios económicos se encuentran bajo el Sistema de Retiro de Servicio Civil.
3. Empleados Estatales y Locales. Aunque algunos de los empleados dentro de este grupo tienen programas especiales de protección y servicios de acuerdo a otros programas de colaboración estatal y federal (policías y bomberos), alrededor del 72% de los empleados se encuentran suscritos al Seguro Social.
4. Empleados de organizaciones no lucrativas. Este grupo puede ser cubierto dentro del Seguro Social siempre y cuando cubra un monto anual mínimo.
5. Auto empleados. Dentro de este grupo se encuentran todas las personas que tienen una actividad económica independiente, un negocio, actividad de granjeros, etc. pueden suscribirse al Seguro Social, cuando sus ingresos mínimos anuales son suficientemente adecuados para cubrir sin problema las diversas aportaciones requeridas.
6. Los trabajadores domésticos si reciben ingresos superiores a 200 dolares al año de un solo patrón.

³ Principles of risk management and insurance.

George E. Rejda.

p. 546

Además existen grupos que aunque no cotizan directamente al seguro social por tener ciertas prestaciones garantizadas por sus empresas, si participan en los programas de servicios médicos como son el caso de los compañía ferroviaria de los Estados Unidos.

DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE ASEGURADO.

Antes de que cualquier persona pueda recibir los beneficios de estar suscrito al Seguro Social, los asegurados deben de cubrir un tiempo de aportaciones realizadas. Para ser elegible a los diversos beneficios, se debe tener cubierta la condición de asegurado. Hay tres clasificaciones:

1. Completamente asegurado.
2. Actualmente asegurado.
3. Asegurado discapacitado.

Completamente asegurado.

Una persona esta completamente asegurada si cumple con alguna de las siguientes condiciones:

1. Lleva aportando sus cuotas por lo menos cuarenta trimestres (diez años) aún en periodos discontinuos.
2. Si por lo menos cada año ha cubierto las cuotas de un trimestre, desde 1950 ó a partir de que la persona alcanza los 21 años, y esta condición se cumple antes de una discapacidad, muerte o de cumplir los 62 años, siempre y cuando se hayan cubierto seis trimestres mínimo.

El estado de completamente asegurado una vez alcanzado es permanente, y no es necesario que continúe trabajando o cubriendo cuotas al Seguro Social.

La adquisición del estado de completamente asegurado se relaciona únicamente a la elegibilidad para tener derechos a los beneficios y no tiene que ver con el monto de estos.

Actualmente asegurado.

El estado de actualmente asegurado es fácil de obtener, el individuo debe de tener al menos seis trimestres cubiertos en un plazo de trece trimestres que termine con el trimestre en el cual ocurra la muerte, discapacidad o alcance el derecho a la jubilación. Este estado es fácil de mantener para cualquier trabajador que sea constante en un empleo que tenga cobertura en la Seguridad Social.

Asegurado discapacitado.

Para ser considerado para los beneficios por discapacidad, un individuo debe tener el estado de completamente asegurado y cumplir uno de los tres siguientes puntos.

- Haber alcanzado al menos 20 trimestres cubiertos durante los últimos cuarenta trimestres calendario; o
- Si la discapacidad inicia antes de los 31 años de edad, debe haber logrado por lo menos la mitad de los posibles "trimestres cubiertos" del plazo de tiempo que existe entre cuando alcanzó los 21 años de edad y el momento en que inició su discapacidad, o
- Si la discapacidad inicia antes de los 24 años de edad, debe haber logrado por lo menos seis trimestres cubiertos en los últimos tres años.

Para cuando la persona queda ciega, solo es necesario que tenga el estado de completamente asegurado y no es necesario ninguna condición adicional.

BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL.

En esencia el Seguro Social reemplaza una porción del ingreso familiar que se pierde como resultado de que una persona se retire, discapacite o muera, y paga una parte de los gastos de hospitalización y atención médica a personas de 65 años en adelante o discapacitadas.

Tipos de beneficios.

El Seguro Social tiene cuatro principales beneficios:

- Retiro.
- Sobrevivientes.
- Discapacidad.
- Medicare.

Es común conocer la integración de los tres primeros beneficios bajo las siglas de OASDI (Old Age, Survivors and Disability Insurance), y son reconocidos como beneficios en efectivo otorgados de manera mensual. Cuando el servicio otorgado por Medicare es considerado entonces se conoce como: OASDHI (Old Age, Survivors, Disability and Hospital Insurance)

En forma general se puede decir que para los tres primeros beneficios se consideran los siguientes puntos para la determinación del monto:

- Sus ingresos anuales promedio cubiertos e indexados.
- El número y tipo de los miembros de la familia.

Una vez otorgados los beneficios, es importante el índice de precios al consumidor ya que es este la base sobre la cual se realizara la actualización anual de los beneficios económicos. Ya que cada diciembre, el monto se incrementará de acuerdo a este índice en forma automática

Sin embargo, existe la posibilidad de que los beneficios económicos se reduzcan o difieran temporalmente, como resultado de los ingresos obtenidos por el asegurado o por alguno de sus familiares después de que le haya sido otorgado el beneficio. También existe la posibilidad de la suspensión de estos, en especial en los casos de discapacidades de acuerdo a la posibilidad de que el asegurado pueda conseguir un trabajo razonablemente remunerado.

En el caso de Medicare los beneficios son iguales para todos los asegurados.

El beneficio de retiro.

El beneficio de retiro es el ingreso principal de los trabajadores que se jubilan. Sin este beneficio la pobreza y la inseguridad serían incrementadas substancialmente por los trabajadores y sus familias al momento de llegar la vejez.

La edad normal para optar por el retiro es a los 65 años (pero no es obligatoria). Actualmente se está incrementando gradualmente hasta los 66 años para el año 2009 y será de 67 años en el año 2027. El incremento ayudara a mejorar la situación financiera del OASDI, ya que la expectativa de vida ha crecido, y con esto se pretende mejorar los resultados financieros.

Quedando como sigue:

Año de nacimiento.	Edad normal de retiro.
1937 o antes	65 años.
1938	65 años con 2 meses.
1939	65 años con 4 meses.
1940	65 años con 6 meses.
1941	65 años con 8 meses.
1942	65 años con 10 meses.
1943-1954	66 años.
1955	66 años con 2 meses.
1956	66 años con 4 meses.
1957	66 años con 6 meses.
1958	66 años con 8 meses.
1959	66 años con 10 meses.
1960 o después	67 años.

Existe la posibilidad de optar por el retiro anticipado, el cual puede ser a partir de los 62 años pero con reducción en el monto del beneficio. Actualmente la reducción es del 20% ⁴ sobre el beneficio que se recibiría a la edad de 65 años si se opta por el retiro a la edad de 62 años. El castigo es de 5/9 del 1% por cada mes que se anticipa la edad de retiro.

⁴ Social Security Handbook. Hacworth Robertson. p. 35.

El factor de descuento cambiará en el futuro para quedar en 5/12, como ajuste a la edad anticipada de retiro, ya que existe la imposibilidad de que ciertas personas no encuentren trabajo a causa de la edad y no se pretende afectar el monto de su pensión.

Beneficios mensuales de retiro.

Estos beneficios pueden ser pagados a los trabajadores y a sus dependientes económicos. Las personas elegibles para estos beneficios pueden ser:

1. Trabajadores retirados. Los que están dentro del estado de completamente asegurados y que cumplan la edad de 65 años, o pueden retirarse con beneficios reducidos a partir de los 62 años.
2. La pareja del trabajador también goza de los beneficios mensuales si ella o él tienen por lo menos 62 años de edad y han estado casados con el asegurado por lo menos por un año. La pareja aun cuando se encuentre divorciada del trabajador pensionado, si por lo menos ella o el tienen la edad de 62 años y el matrimonio duro por lo menos 10 años.
3. Los hijos no casados menores de 18 años o menores de 19 años si se encuentran estudiando de tiempo completo, los nietos que califiquen como hijos, si ambos padres están invalidados o muertos y si el nieto vive y depende económicamente del abuelo.
4. Los hijos no casados con discapacidades, menores de 18 años o más si la discapacidad es severa y se produce antes de los 22 años.
5. La pareja que tiene hijos menores de 16 años o mayores de esta edad siempre que presenten discapacidad severa y se haya producido antes de los 22 años de edad.

Los porcentajes señalados a continuación se otorgan sobre la pensión que se asigne al asegurado al momento de pensionarse y son:

Beneficiario:	Porcentaje:
Esposa (o)	50%
Ex esposa (o)	50%
Niños (hijos o nietos)	50%

Terminación de los beneficios.

El pago del beneficio a la pareja termina un mes antes del mes en que: alguno de los cónyuges fallece, se divorcian con menos de 10 años de casados, el asegurado pierde el derecho al beneficio o el cónyuge tiene derecho a un beneficio mayor como trabajador.

El pago de los hijos se suspende un mes antes de que ocurra la muerte, se casen, alcancen los 18 años y no estén inválidos o 19 si esta estudiando, y si esta inválido al tercer mes siguiente al mes que ceso la invalidez.

Monto de los beneficios.

El monto mensual del beneficio de retiro se basa en el monto básico del seguro, el cual es el monto que se paga a un trabajador retirado a la edad normal de retiro (actualmente 65 años), o a un trabajador con discapacidad. El monto básico en turno se determina en función al promedio de sus ingresos anuales cubiertos que ha sido indexado.

El método indexado de los salarios esta diseñado para asegurar que el beneficio mensual tenga relación con la vida económica del trabajador, de tal forma que los beneficios reflejen los logros del trabajador a través de su vida laboral antes de su retiro, discapacidad o muerte. El resultado es que los trabajadores que se retiran hoy y los trabajadores que se retirarán en el futuro tendrán la misma proporción de sus ingresos reflejados por medio de los beneficios de retiro que proporciona OASDI.

La indexación se lleva a cabo con un ajuste, que es considerar los salarios actualizados hasta dos años antes del momento en que se tiene derecho al beneficio ya sea por retiro, incapacidad o muerte. El factor que servirá de índice se obtiene por medio del valor de hace dos años del salario promedio base de la nación entre el valor del salario promedio de la nación del año que se este considerando. Con este factor se multiplican los ingresos cubiertos del año base del empleado, para lograr la indexación del ingreso.

El promedio de estos ingresos anuales indexados se obtiene usando el mayor ingreso obtenido en el periodo.

La ley limita el beneficio total mensual familiar sobre la base del monto básico del seguro del pensionado. En los casos de retiro y sobrevivientes el máximo varia entre 150% y 188%. En invalidez varia del 100% al 150%.

Cuando el beneficio se reduce por exceder estos limites, cada beneficio excepto el de jubilación e invalidez decrecen proporcionalmente.

Beneficios a Sobrevivientes.

Otro de los beneficios que tiene el Seguro Social es el seguro de sobreviviente. El cual ampara a ciertos miembros de la familia cuando fallece el asegurado que se encontraba disfrutando una pensión, ya fuera por retiro o por incapacidad. Estos pueden ser: la viuda (o), la ex - esposa (o), los hijos y los padres cuando son dependientes económicos del asegurado.

Lo único que se requiere es que el trabajador haya cotizado por lo menos 40 trimestres. Y en casos especiales, solo podrán gozar del beneficio la viuda(o) y niños, si el trabajador cotizo por lo menos año y medio de los tres últimos años antes de su muerte.

Dentro de este seguro se encuentra una ayuda de 255 dólares, que es un pago único que se otorga como ayuda a la pareja, para subsanar gastos emergentes. Se otorga cuando ya se

contaba con el estado de completamente asegurado o actualmente asegurado. Este seguro se debe solicitar para ser otorgado.

Para ser beneficiados por el seguro de sobrevivientes es necesario cumplir con los siguientes puntos de acuerdo a la persona:

1. La pareja del trabajador gozará de los beneficios mensuales si tiene por lo menos 60 años de edad (reduciéndose la pensión un 28.5%, este porcentaje disminuye hasta hacerse cero a edad 65) y ha estado casado con el asegurado por lo menos por un año. La pareja aun cuando se encuentre divorciada del trabajador jubilado, si por lo menos ella o el tienen la edad de 62 años y el matrimonio duro 10 años como mínimo.

La viuda o viudo incapacitado de 50 años o más, siempre que la incapacidad haya iniciado antes de que el trabajador falleciera o dentro de los primeros 7 años después de la muerte del trabajador. (Si la viuda o viudo tienen menores a su cuidado que reciben beneficios de la Seguridad Social, estos continuarán o si ya habian terminado se restaurarán). Al igual la exesposa o exesposo incapacitado de 50 ó más años de edad que haya estado casado por 10 años ó más con el asegurado.

2. Los hijos no casados menores de 18 años o menores de 19 años si se encuentran estudiando de tiempo completo.
3. La pareja que tiene hijos discapacitados menores de 16 años o mayores de esta edad siempre que la discapacidad sea severa y se haya producido antes de los 22 años de edad.
4. Los padres cuando: a) tengan por lo menos 62 años de edad, b) recibían por lo menos un 50 % de sus ingresos por parte del hijo que falleció, c) no tengan una pensión propia adecuada, d) soliciten la pensión para ayudarse.

Los porcentajes que se otorgan en base a la pensión que disfrutaba el asegurado al momento de su fallecimiento, son:

Tabla de beneficios por sobrevivencia.⁵

Beneficiario	Porcentaje
Viuda (o)	100%
Ex esposa (o)	100%
Niños (cada uno)	75%
Padres	75% cada uno 82.5% si es solo uno.

El beneficio a la viuda(o) cesa un mes antes de su fallecimiento, cuando llegue a tener derecho a un beneficio de retiro propio mayor, se vuelva a casar antes de los 60 o antes de los 50 si presenta problemas de invalidez.

⁵ Social Security Handbook. Haeworth Robertson. p. 40.

El beneficio a los hijos cesa con su fallecimiento, matrimonio o cuando alcancen los 18 años o 19 si están estudiando o tres meses después de que finalice la invalidez.

El beneficio a los padres cesa con la muerte o el matrimonio.

Beneficios a personas discapacitadas. Invalidez.

La invalidez es algo en lo que la mayoría de la gente no se detiene a pensar, pero las posibilidades de que una persona llegue a invalidarse son mayores de lo que normalmente se piensa, de hecho los estudios muestran que uno de cada cuatro trabajadores jóvenes llegara a estar incapacitado por algún tiempo durante su vida.

Mientras la gente que labora trata de alcanzar el éxito en su trabajo o en su carrera, no piensan en la situación que enfrentarían si se presentará la invalidez y ahí es en donde la Seguridad Social hace su función, ya que paga beneficios en efectivo a la gente que esta inhabilitada para trabajar por un año o más, hasta que la persona sea capaz de reincorporarse nuevamente en condiciones regulares, incentivando el regreso a trabajar, facilitando su transición y adecuación.

La legislación de Seguridad Social estadounidense considera como invalidez "La imposibilidad para trabajar", para lo cual el trabajador será considerado en estado de invalidez si es incapaz de hacer cualquier clase de trabajo para el cual esta preparado. siempre que la invalidez dure por lo menos un año o le origine la muerte.

Personas elegibles.

El trabajador puede recibir los beneficios de incapacidad a cualquier edad durante su vida productiva, en caso de que este recibiendo beneficios de incapacidad a edad 65, el beneficio cambia a ser un beneficio de retiro, manteniendo el mismo monto. Los integrantes de la familia del trabajador pueden calificar para alcanzar beneficios en los siguientes casos:

- Los hijos solteros, hijos adoptados o en algunos casos nietos. Para obtener el beneficio, el beneficiario debe ser menor de 18 años o de 19 si es estudiante de tiempo completo.
- Los hijos solteros de 18 años o más si presentan una incapacidad que haya comenzado antes de alcanzar los 22 años de edad (si un menor incapacitado antes de alcanzar los 18 esta recibiendo beneficios como dependiente de un asegurado jubilado, fallecido o incapacitado, debe informar a la Seguridad Social para que siga recibiendo su beneficio por incapacidad después de alcanzar los 18 años de edad).
- La esposa del trabajador cuando alcanza la edad de 62 ó más. o a cualquier edad si tiene a su cuidado un menor de 16 años ó menor incapacitado y se encuentra recibiendo el pago del beneficio.

Beneficios para gente con SIDA.

La gente con SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) puede calificar para beneficios de incapacidad cuando ya no sea capaz de continuar trabajando o cuando como resultado de la enfermedad se vea severamente limitado para trabajar.

Requerimientos necesarios para calificar para los beneficios de incapacidad

Durante su vida laboral el trabajador puede obtener créditos que le permitirán gozar de estos beneficios, se acreditan como máximo 4 créditos por año, el monto de los ingresos requeridos para un crédito se incrementa cada año a medida que el nivel general del salario aumenta. Este requisito no aplica para los miembros de la familia que califican para estos beneficios. El número de créditos necesario depende de la edad en que el asegurado llega a incapacitarse, generalmente es necesario acumular 20 créditos en los últimos 10 años finalizando en el año en que se incapacita, sin embargo, los trabajadores jóvenes pueden calificar con pocos créditos. Las reglas son las siguientes:

- Antes de Edad 24.- Si el trabajador tiene 6 créditos ganados en un periodo de 3 años, terminando este periodo con la incapacidad.
- De edad 24 a edad 31.- El trabajador puede calificar si tiene créditos por la mitad del periodo entre edad 21 y el momento en que llegue a incapacitarse. Por ejemplo si se incapacita a edad 27 necesitaría acreditar 3 años de trabajo (12 créditos) dentro de los 6 años anteriores (entre edad 21 y 27)
- De edad 31 en adelante.- En general, el trabajador debe tener el número de créditos señalado en la tabla anexa, a menos que el beneficio sea por pérdida de la vista, en este caso se requiere un mínimo de 20 créditos ganados dentro de los últimos 10 años contados a partir de la incapacidad.

Para trabajadores nacidos después de 1929 que lleguen a incapacitarse a edad:	Créditos necesarios:
de 31 a 42	20
44	22
46	24
48	26
50	28
52	30
54	32
56	34
58	36
60	38
62 ó más	40

Aplicación de los beneficios

Los beneficios empiezan después de 6 meses completos de incapacidad, este "periodo de espera" comienza con el primer mes completo después de la fecha en que el Seguro Social decide que se inicia la incapacidad del trabajador.

El proceso de reclamaciones para estos beneficios en general es más larga que para otros tipos de beneficios de la Seguridad Social, los cuales están en el rango de 60 a 90 días, ya que se requiere más tiempo para obtener la información médica y valorar la naturaleza de la incapacidad en los términos de la habilidad para trabajar.

La oficina del Seguro Social revisa el caso y si cumple todos los requisitos administrativos lo envía a la oficina de Servicios de Determinación de la incapacidad, en donde un equipo de médicos y especialistas en evaluaciones de incapacidad consideran todos los aspectos del caso y deciden si el trabajador esta incapacitado, obteniendo evidencia de médicos, hospitales, clínicas o instituciones donde el trabajador ha sido tratado.

Las reglas de la Seguridad Social para determinar la incapacidad difieren de las del gobierno o de programas privados. Sin embargo, la decisión proporcionada por otra agencia y los reportes médicos pueden ser considerados para la determinación de la incapacidad bajo las reglas de la Seguridad Social.

Una vez que se toma la decisión se notifica al trabajador indicando:

- Si procede, el monto del beneficio, la fecha de inicio de pago y cuando se llevará a cabo la revisión de su condición; y
- En caso de rechazo, la explicación del porque.

Determinación de la incapacidad:

El proceso utilizado para determinar si el trabajador esta incapacitado, consiste en el análisis de los puntos siguientes:

- Si al trabajar, su ingreso promedio es menor o igual a 500 dólares al mes.
- Si el daño sufrido interfiere con las actividades básicas relacionadas con el trabajo.
- Si la condición reclamada se encuentra en la lista de daños que originan incapacidad por su severidad; si no es así:
 - Se valora, si puede realizar otro tipo de trabajo que ya haya realizado antes.
 - Si no puede realizar el trabajo que realizó durante los últimos 15 años, se revisa si puede realizar algún otro tipo de trabajo considerando la edad, educación.

experiencia y habilidades y revisando las oportunidades de trabajo, si no puede, su reclamación será aprobada.

Seguimiento del Estado de incapacidad.

Una vez determinada la procedencia de la incapacidad es necesario cuidar los siguientes aspectos:

- Reportar los cambios que afectan los beneficios.
- La revisión del estado de incapacidad.
- La ayuda e incentivos para regresar a trabajar.

Cuando un asegurado esta recibiendo beneficios de incapacidad o si es viudo o viuda con beneficios como cónyuge, su pago empieza después del sexto mes completo de incapacidad, con la posibilidad de que el primer pago incluya algunos beneficios anteriores por el periodo transcurrido.

El beneficio puede ser reducido si el asegurado es elegible para recibir otros pagos públicos por incapacidad ó una pensión de un trabajo.

El monto del beneficio se actualiza anualmente en forma automática de acuerdo al incremento en el costo de vida en diciembre de cada año.

El pago del beneficio es vencido, puede ser enviado por correo o depositado a la cuenta, disponiendo del mismo el tercer día de cada mes.

Algunas personas que reciben beneficios económicos del Seguro Social tienen que pagar impuestos sobre los mismos, esto se aplica únicamente cuando se recibe un ingreso substancial en adición a los beneficios de incapacidad.

Duración de los pagos.

Los beneficios de invalidez se pagan por todo el tiempo que no se presente una mejoría médica y no pueda trabajar el asegurado. No necesariamente continuarán en forma indefinida, porque los avances en la ciencia médica y técnicas de rehabilitación han incrementado el número de personas con discapacidades que se recobran de serios accidentes y enfermedades

También muchos individuos a través de la determinación y el esfuerzo, vencen condiciones adversas y regresan a trabajar.

Cada caso es revisado periódicamente para confirmar la permanencia de la invalidez y es responsabilidad del asegurado informar si su condición médica mejora, si esta en posibilidad de trabajar o si regresa a trabajar.

Si el asegurado continua con los beneficios de incapacidad al llegar a los 65 años, estos cambian automáticamente a beneficios de retiro, generalmente por el mismo monto. En este caso el asegurado recibe la información explicándole sus derechos y obligaciones como asegurado jubilado. Si el asegurado es una viuda invalidada cambian sus beneficios a los 60 años a beneficios de viudez, recibiendo notificación de sus derechos y obligaciones del beneficio por sobrevivencia.

Cobertura medica e incentivos y lineamientos para reanudar la actividad laboral.

Después de que el asegurado recibe el beneficio de incapacidad por 24 meses es elegible para Medicare, recibiendo información varios meses antes de que su cobertura comience (en los casos de enfermedad crónica de riñón que requiere diálisis regular o un trasplante, el asegurado puede calificar para Medicare inmediatamente).

Aun después de que se recibe el beneficio de invalidez se puede tratar de trabajar nuevamente, la oportunidad de regresar a trabajar de nuevo para una persona con discapacidad se ha incrementado en forma importante en los últimos años. Es por esto que los programas de seguridad social han mejorado y ampliado sus incentivos para que las personas discapacitadas regresen a trabajar. Se han diseñado reglas para facilitar la transición para las personas que desean regresar a trabajar a pesar de su discapacidad. Estas reglas permiten continuar con los pagos de los beneficios en efectivo y de Medicare mientras se trabaja, ayudando con los gastos extra que están vinculados a la discapacidad por ejemplo: los gastos de transporte, sillas de ruedas con motor, etc. Además, contempla la ayuda para rehabilitación y entrenamiento que les permita una nueva forma de trabajo.

Los beneficios de incapacidad pueden ser pagados solamente si la persona es incapaz de hacer cualquier trabajo que le permita su autosuficiencia. El monto de sus ingresos es la llave para determinar si el trabajo le permite ser autosuficiente. En general si el salario promedio es de mas de 500 dólares por mes (después de las deducciones permitidas) se considera que la persona tiene un ingreso autosuficiente.

Si el ingreso está entre 300 y 500 dólares al mes, el trabajo puede ser considerado autosuficiente si el monto y calidad del trabajo es el mismo que logran trabajadores no discapacitados dentro de la misma área de trabajo. Para tomar la decisión se considera el tiempo, la energía, habilidad y responsabilidad requerida en el trabajo. Las ganancias menores a 300 dólares al mes, no son consideradas autosuficientes.

Para las personas auto - empleadas el ingreso del negocio puede no ser la mejor medida para saber si se esta obteniendo un ingreso que sea autosuficiente. Los ingresos en los negocios dependen de muchos factores, tales como la situación económica y los servicios de otras personas. En tales casos, se le da mayor peso al tiempo que se dedica al negocio que al monto del ingreso.

Una vez que la persona comienza a laborar continua recibiendo los beneficios hasta por un periodo de nueve meses mientras se acopla al nuevo trabajo que desempeña. Estos nueve

meses se contabilizan sobre 5 años. Si se decide que puede trabajar para ser autosuficiente, se le notificará y tres meses después se suspenderán sus beneficios económicos.

Dentro de lo anterior, existe la posibilidad que dentro de los 36 primeros meses de ser notificado como autosuficiente, si sus ingresos no llegan a los 500 dólares al mes, se le proporcionara la diferencia por parte de su programa de seguridad social. En caso de que realmente no pueda mantenerse autosuficiente o no pueda continuar trabajando, se le reinstalan sus derechos por todo el tiempo que continúe su discapacidad.

Aun cuando trabaje, si continua la discapacidad, los beneficios de Medicare continúan por lo menos por un periodo de 39 meses después de que se haya realizado la prueba de trabajar. Después de este periodo, su cobertura continuará por medio del pago de una prima mensual.

Los beneficios continuarán a menos que haya una mejora médica importante y haya evidencia de que puede regresar a trabajar.

Dependiendo de la severidad de la condición del asegurado y de las posibilidades de mejora todos los casos de discapacidad se revisan ocasionalmente. Esto es para garantizar que la gente que recibe el beneficio continua en este estado.

La frecuencia tiene un rango de seis meses hasta siete años, dependiendo de lo especificado por la certificación medica, así se establece la siguiente guía:

- Expectativa de mejora. Si existe la posibilidad medica de mejora a corto plazo, su revisión puede ser de 6 a 18 meses.
- Posibilidad de mejora. Si existe la posibilidad medica de mejora, pero no es posible de determinar a corto plazo o en cuanto tiempo, su revisión puede ser cada 3 años.
- Sin posibilidad de mejora. Si la posibilidad medica de mejora es remota, su revisión será entre cinco y siete años.

Antes de que el asegurado reciba una carta notificando su próxima revisión, una persona del programa de seguridad social lo visitará para explicarle el proceso de revisión y sus derechos de apelación en caso de que el resultado no sea el que considera adecuado. Deberá proporcionar información acerca de la atención medica recibida y acerca de los posibles trabajos que pueda desarrollar o haya desarrollado.

Entonces el expediente es enviado a una agencia estatal que realiza la evaluación de discapacidades para el programa de seguridad social. Un equipo evalúa la información, dicho grupo esta conformado por un doctor y un especialista en discapacidades y el expediente es examinado. Si el reporte no esta completo o no es suficiente para una decisión, se le solicita al asegurado que presente un examen médico especial que pagara el gobierno.

Una vez tomada la decisión, se le notifica al asegurado el resultado de esta revisión. Si se determina que su incapacidad continua, sus beneficios continuarán. Si por lo contrario, se determina, que su incapacidad ha llegado a su fin y que sus beneficios terminarán dentro de tres meses, tiene la opción de apelar.

Derechos y obligaciones de los beneficiarios.

Los derechos son:

- Ningún servicio que proporciona la Administración del Seguro Social tiene costo alguno y además, el personal de la Administración tiene la obligación de aclarar cualquier duda que se tenga y debe dar una atención siempre amable, ya sea por teléfono o personalmente.
- Ninguna información personal puede ser proporcionada a ninguna persona o institución por parte de la Administración de Seguro Social, con excepción de ciertas dependencias del gobierno federal.
- Recibir asesoría acerca del programa Medicare al momento de iniciar sus beneficios
- La Administración debe notificar a todas las personas con beneficios activos acerca de:
 - El monto ajustado por inflación a que tiene derecho a partir de cada Enero.
 - El límite del monto máximo, el cual también se actualiza anualmente.
 - Un reporte de los ingresos que obtuvo por parte del Seguro Social, para que lo adicione a sus ingresos acumulables para su impuesto anual. Si no obtuvo otros ingresos el asegurado no tiene que pagar ningún impuesto.
 - Cualquier otro cambio que se tenga y que afecte a sus beneficios vigentes.

Las obligaciones son notificar a la Administración del Seguro Social por teléfono, correo o personalmente cuando ocurra:

- El cambio del domicilio actual o del número telefónico.
- Cuando por cuestión legal cambie su nombre, notificar el nuevo nombre completo
- El cambio del estado civil actual, ya que algunos afectan directamente sus beneficios.
- En casos de depósito, si cambia de cuenta, notificar el cambio de ésta.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y TEMAS ASOCIADOS.
PRINCIPALES PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS.

- Si el monto de los ingresos anuales cambian, ya que esto puede modificar el monto del beneficio mensual. Solo se consideraran en este caso los ingresos por salario, no se integran los ingresos por ahorro, inversiones o seguros
- Si recibía beneficios por tener a su cuidado un niño menor de 16 años o con discapacidad, cuando este cambie de domicilio, notificando el nuevo domicilio y la persona que lo cuidara.
- La adopción de un menor de edad cuando este recibe beneficios, la adopción no es punto crítico para que afecte los beneficios actuales.
- Si la persona es encarcelada, ya que sus derechos se suspenderán por el tiempo que este en prisión.
- Cuando salga de los Estados Unidos de viaje por 30 o más días, dando la fecha probable de regreso. Y cuando regrese notificar que se encuentra ya de nuevo en el país.
- Cuando muera el beneficiario.

Además las personas discapacitadas que reciben beneficios económicos por parte de la Administración del Seguro Social, tienen las siguientes obligaciones:

- Si logra obtener un empleo o se autoemplea, no importando el monto del ingreso.
- Si logra mejorar en su condición general.

Las obligaciones son en ocasiones para poder auxiliar a las personas que están disfrutando ya de sus beneficios. Por ejemplo, en el caso de cambio de domicilio, si la persona es ciudadano norteamericano, su cheque le será enviado a su nuevo lugar de residencia con excepción de algunos pocos países.

Por ley, cualquier persona tiene derecho a una pensión, por lo que, si se diera el caso de que tuviera derechos sobre una pensión por retiro propia y una pensión por sobrevivencia, solo podrá continuar recibiendo los beneficios de la pensión de mayor cuantía.

Responsable de administración de los beneficios.

Si una persona se encuentra recibiendo beneficios económicos por parte de la Administración del Seguro Social, y no es capaz de un adecuado manejo de estos recursos, se deberá de notificar, para que se designe a otra que se responsabilice por el adecuado manejo de estos recursos y que sean aplicados a favor de la primera. Generalmente se elige a un familiar cercano que se hará responsable de la persona.

El responsable, asume las obligaciones citadas en la sección anterior y debe actuar siempre en beneficio de la persona a su cuidado.

MEDICARE.

Otro de los cuatro grandes beneficios es la cobertura de atención médica por parte de Medicare a las personas aseguradas y elegibles por este programa. Casi todas las personas de 65 años o más son cubiertas por este seguro. Este seguro también protege a las personas discapacitadas menores a 65 años y que hayan disfrutado de los beneficios de incapacidad por más de 24 meses (que no forzosamente deben ser continuos). Las personas con problemas severos de riñón también son cubiertos por Medicare.

El programa consiste en dos partes:

- El Seguro de Hospital (Parte A), y
- El Seguro Médico Suplementario (Parte B)

El seguro de hospital (Parte A).

Los beneficios principales son servicios hospitalarios, servicios especializados de enfermería, servicios de cuidados y asistencia a domicilio y asistencia de hospicio.

Cuidados hospitalarios para pacientes internados.

Es proporcionado al paciente por un máximo de 90 días en cada periodo de beneficio. Un periodo de beneficio comienza cuando el paciente ingresa al hospital y termina cuando sale o es manejado a través del servicio de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Por periodo de beneficio el paciente debe pagar un deducible inicial de 628 dólares por los primeros 60 días. Del 61-avo al 90-avo día de hospitalización, el paciente debe cubrir un cargo de coaseguro diario de 157 dólares.

Si el paciente continua hospitalizado después de 90 días, puede ser utilizada una reserva de 60 días adicionales aplicando un coaseguro de 314 dólares por cada día que sea utilizada la reserva. (Importes aplicados en 1991)

Los cargos de deducible y coaseguro son ajustados cada año reflejando los cambios en los costos hospitalarios.

Servicios especializados de enfermería.

El paciente debe estar hospitalizado por indicación médica por lo menos tres días para ser elegible y se proporciona un máximo de 100 días de cobertura, los primeros 20 días son cubiertos totalmente y los restantes 80 se le aplica al paciente un cargo por coaseguro de 78.50 dólares diarios.

Servicios de cuidados y asistencia a domicilio.

Este servicio es proporcionado en el domicilio del paciente por enfermeras, terapeutas médicos y otros profesionales de la salud.

La parte A cubre un número ilimitado de visitas de asistencia o cuidados médicos a domicilio, realizada bajo un plan de tratamiento establecido por el médico del paciente, los servicios de limpieza y comida están excluidos.

Asistencia de hospicio.

Este beneficio es proporcionado a beneficiarios con enfermedades terminales y se otorga hasta por un máximo de 210 días siempre que la asistencia sea proporcionada por un hospicio certificado por Medicare, sin embargo, la asistencia puede prolongarse a un período mayor si el médico certifica que el beneficiario continua con la enfermedad terminal. Este programa provee atención al paciente dentro y fuera del hospital, con servicios de asistencia a domicilio.

Procedimiento para el pago de servicios hospitalarios.

El pago de los servicios proporcionados a los beneficiarios de Medicare es bajo un sistema de pago prospectivo, bajo el cual la asistencia hospitalaria es clasificada dentro de 474 grupos de diagnóstico relacionados (Diagnosis Related Groups DRG's), realizando un pago único por cada tipo de tratamiento, variando el monto del pago entre las diferentes ubicaciones geográficas y por las facilidades que existen en las zonas urbanas y rurales. El propósito de este sistema es crear un incentivo financiero para que los hospitales operen con mayor eficiencia, permitiéndoseles cobrar montos que exceden sus costos, pero deben absorber cualquier costo en exceso de los montos fijos indicados en la tabla DRG.

Seguro médico suplementario (Parte B).

La parte B de Medicare es un programa voluntario que cubre los honorarios médicos y otros servicios médicos relacionados. En general, casi todas las personas cubiertas bajo la parte A están automáticamente cubiertas en la parte B, a menos que voluntariamente rechacen la cobertura.

La parte B paga por varios tipos de servicios cuando se considera que son médicamente necesarios. Los servicios de un médico están cubiertos en su consultorio, hospital u otro lugar de atención. Además, también se encuentran cubiertos el material médico, los servicios de la enfermera y los medicamentos administrados por el doctor.

Servicios de hospital para pacientes no internos.

Cubre diagnóstico y tratamiento así como asistencia en emergencias, paciente ambulatorio en hospital, pruebas de laboratorio, rayos x y servicios de diagnóstico en hospital.

Si el beneficiario no tiene cobertura en la parte A, tiene derecho a un número ilimitado de visitas para cuidados y asistencia a domicilio, esta cobertura es idéntica a la señalada en la Parte A.

Otros servicios de salud amparados.

Los servicios de asistencia médica y de salud están cubiertos, estos incluyen pruebas de diagnóstico, rayos x y tratamiento de radiación, aparatos de prótesis, terapia física y servicios de patología, equipo de hospital y otro equipo médico usado en casa y material para fracturas. Los servicios de ambulancia son los que se encuentran limitados.

La parte B paga el 80% de los gastos aprobados para cubrir los servicios médicos, una vez que el beneficiario cubre el deducible aplicable por año calendario, el cual en 1990 era de 75 dls., sin embargo, después de la legislación promulgada en 1990 para reducir el déficit federal, el deducible de la Parte B se modificó a 100 dls. en 1991.

Pago a médicos.

El pago a médicos antes de 1992 se realizaba bajo la base del gasto razonable, usual y acostumbrado. A partir del 1o. de Enero de 1992, se basan en un nuevo método de escala basado en recursos del valor relativo. Examinemos brevemente cada uno de estos métodos.

En el primero al médico no se le paga lo que el cobra por ese tipo de servicio, el pago está basado en el gasto razonable, para lo cual se aplican los gastos aprobados por Medicare, los cuales son más bajos con objeto de mantener controlado el gasto.

Se cubre sólo el 80% del gasto aprobado aun cuando pueda ser menor que el gasto vigente. la determinación del gasto razonable se obtiene comparando el costo de los honorarios médicos con el gasto usual y acostumbrado para ese servicio.

El gasto aprobado por Medicare está limitado a ser el monto menor que resulte de los siguientes importes:

- Lo que cobra el médico por el servicio.
- El honorario médico acostumbrado por el servicio.
- El costo prevaleciente por el servicio proporcionado por los médicos en la localidad.

El pago de Medicare es realizado sobre una base asignada o no asignada. Mediante el pago por asignación, el médico acuerda aceptar el costo aprobado por Medicare como pago completo y el beneficiario no es responsable por cualquier costo adicional que no sea el deducible por año calendario y el pago del coaseguro. En caso de que el médico no acepte el pago por asignación, el beneficiario es responsable por los gastos en exceso del costo aprobado por Medicare.

Nuevo método de pago a médicos.

A partir de 1992 se inició este método bajo la parte B de Medicare, en parte por el rápido incremento de los gastos de los honorarios médicos, el cual excede la tasa de inflación, por lo que ahora el pago se basa en una escala de valores relativos basada en los recursos, aplicando una tabla de honorarios médicos que determina el pago basado en la duración, la especialidad y frecuencia del servicio proporcionado, más que en los honorarios del médico. El resultado es que Medicare paga más a los médicos de atención básica y asistencia preventiva, como son doctores familiares, practicantes e internistas y honorarios menores a especialistas, como son cirujanos y radiólogos. El nuevo sistema está diseñado para mantenerse por abajo del rápido incremento en honorarios médicos, limitando los montos que paga Medicare.

Mediante el método de pago basado en gastos razonables, los gastos de Medicare para médicos se incrementaron a una tasa anual promedio del 16% de 1978 a 1987, lo cual esta lejano a la tasa de inflación de atención médica y a la tasa de crecimiento de nuevos participantes. Para disminuir los costos el congreso decreto el establecimiento de un nuevo método de pago llamado resource-based relative-value scale, el cual esta diseñado para mantener controlados los costos de Medicare para servicios de médicos buscando incentivar a los médicos de atención básica que pasan más tiempo con sus pacientes mientras que los cirujanos y otros especialistas recibirán menores honorarios.

Cada asegurado bajo la parte B paga una prima mensual que es complementada por el gobierno federal, como resultado de las enmiendas a la legislación en 1990, para reducir el déficit federal, la prima mensual de 29.90 dólares en 1991 se incremento hasta 46.20 para 1995.

Los costos de Medicare están cubiertos por medio de las contribuciones al seguro social, primas mensuales de participantes y productos financieros.

A inicios de julio de 1973 Medicare amplió su cobertura a personas menores a los 65 años con ciertas discapacidades físicas.

Otros programas de la seguridad social americana.

El seguro de compensación por desempleo.

Problemática.

El desempleo impone inactividad a los trabajadores que necesitan laborar para obtener un salario que les permita sostenerse a si mismos y a sus familias. En las sociedades en donde la mayoría de las personas pueden únicamente obtener ingresos solo por medio de trabajo para un tercero, verse imposibilitado de encontrar un trabajo es un serio problema. El costo desde el punto de vista humano es muy alto ya que afecta la autoestima y los valores familiares, y puede generar aversión hacia la comunidad y sus instituciones.

Antecedentes.

El programa de compensación por desempleo de los Estados Unidos, establecido en el Acta de la Seguridad Social de 1935, y el programa de servicios para empleo, establecido en 1933, forman parte de los sistemas de cooperación federal y estatal.

El Impuesto Federal por desempleo pagado por los patrones se adiciona a los impuestos a la nómina. Estos impuestos federales pueden ser compensados por el patron contra ciertos impuestos locales de acuerdo a la ley de compensación por desempleo, una pequeña porción de este impuesto es retenida por el gobierno federal para cubrir los gastos administrativos del programa de desempleo y el programa de servicios de empleo, y para prestamos que otorga a los gobiernos estatales a tasas preferenciales

Beneficios.

El beneficio por desempleo, llega a ser como máximo el 50% del salario promedio del último año. La mayoría de los estados pagan el beneficio de desempleo por 26 semanas, ya que el beneficio se otorga semanalmente. En algunos otros la duración de los beneficios depende del monto del salario y el número de semanas trabajadas el año anterior. Durante periodos de mayor desempleo, las leyes federales extienden el periodo de otorgamiento de los beneficios en algunos casos hasta 39 semanas; en 1975 los beneficios fueron extendidos hasta 65 semanas. Los beneficios extendidos son financiados en parte por el impuesto federal al empleo.

Seguro de ingreso suplementario.

SSI son las siglas del Seguro de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income), el cual paga beneficios en efectivo a las personas de 65 años de edad o mayores, a las personas con ceguera, o con alguna discapacidad y que no cuenta con ingreso adecuado para su sostenimiento. SSI no es solo para adultos, los beneficios mensuales también se otorgan a niños con discapacidad o con ceguera. Además, es posible que personas que tengan problemas severos de vista, sin llegar a ceguera, también puedan recibir los beneficios del SSI, si esta situación hace que el trabajar sea un riesgo para la persona

El programa cubre a todos los ciudadanos americanos, que vivan en los Estados Unidos. Y en el caso de discapacidad, si se le ofrece terapia y capacitación deberá aceptarlas, sino, se suspenderá su mensualidad por SSI. También cubre a las personas que radican legalmente en Estados Unidos.

Las personas que cuentan con el apoyo del SSI usualmente también reciben los beneficios de estampillas de comida y Medicaid. Estos programas que son proporcionados por los gobiernos locales o estatales se rigen independientemente del SSI, pero son un buen complemento de éste.

Los beneficios del SSI se otorgan a las personas cuyos recursos económicos realmente son bajos. Para las personas casadas, se considera el ingreso de su pareja. Para los menores de

18 años, se revisan los ingresos de sus padres. Como ingresos se considera cualquier ayuda monetaria o en especie de entidades privadas o del gobierno, pero se restan los gastos que se encuentren asociados a la manutención o habilitación de las discapacidades y para los menores de edad, no se restan los gastos propios de su escuela, y no se considerará su salario, ayuda o beca económica. Se trata de ser justo, pero se quiere evitar que exista gente que se aproveche de este seguro.

Las personas que viven en casas de asistencia privada o pública generalmente no son considerados para el SSI, pero existen algunas excepciones, como:

- Si vive en una casa de asistencia que proporciona ayuda a un máximo de 16 personas.
- Si vive en una institución pública que lo está capacitando para trabajar.
- Si vive en una casa de asistencia para personas sin hogar.

Beneficios de incapacidad para menores de edad asociado al SSI.

En años recientes ha crecido el interés acerca de si los padres de los menores incapacitados están enterados de los beneficios de incapacidad que están disponibles para los menores incapacitados, ya que existen actualmente más de 700,000 menores de 18 años con incapacidades que reciben estos beneficios, muchos de ellos con algún retraso mental.

Los beneficios de la Seguridad Social para dependientes son pagados a menores de 18 años si el padre está recibiendo beneficios de jubilación, de incapacidad o de fallecimiento. Estos beneficios pueden también ser pagados a personas de 18 años o más, quienes se incapacitaron antes de edad 22. Los beneficios continúan por todo el tiempo que permanezca la incapacidad.

MEDICAID.

Medicaid, es un programa de colaboración estatal y federal, el cual es usualmente operado por los departamentos de salud o bienestar social de los estados bajo la supervisión federal. Medicaid proporciona al menos cinco servicios básicos a las personas necesitadas:

- Atención y cuidados en hospitales o clínicas.
- Consulta médica.
- La ayuda de enfermeras a domicilio para adultos.
- Servicios de laboratorio y
- Rayos x.

Las personas que reciben los beneficios de este programa son generalmente las que calificaron para el programa SSI. Cada estado decide que beneficios o servicios otorgará. En ocasiones se adicionan los siguientes servicios:

- Cuidados dental.
- Servicio de ambulancias.

- Servicio de farmacia.
- Lentes y
- Aparatos de audición.

Otras veces, la ayuda consiste en el pago de las cuotas del programa Medicare y en menor cantidad, también cubre otros gastos de Medicare, como son el deducible y el coaseguro. Sólo el Estado puede decidir si el asegurado califica para recibir estos beneficios.

Complemento privado al sistema de seguridad social.

Los beneficios que otorgan los diversos seguros de la seguridad social no logran satisfacer bajo diferentes perspectivas a diferentes grupos de personas, por ejemplo:

- La expectativa de las personas con mayores ingresos de la población no considera adecuada la pensión que llegan a obtener.
- Las personas inscritas a Medicare, desean disminuir los gastos en que incurren, por coaseguro y deducible.

Aunque la legislación es muy compleja, en los Estados Unidos existen muchas y muy diversas posibilidades de mejorar los beneficios futuros deduciendo su costos del ISR (Impuesto Sobre la Renta).

Planes privados de pensiones.

Actualmente existen tres fuentes de pensiones por vejez para los trabajadores civiles en los Estados Unidos.

- La del Seguro Social.
- La segunda fuente es a través de los planes privados de pensiones, basados en las ventajas fiscales que existen.
- Y por último, los planes que tienen los sindicatos por medio de los contratos colectivos, a favor de sus agremiados. Estos planes son principalmente administrados en fideicomisos bajo la supervisión de los patrones y el sindicato.

En 1988, el 46% de los trabajadores del sector privado estaban participando en algún tipo de plan de pensión privado. Estos planes tienen un enorme impacto social y económico benéfico sobre la nación. Considerables cantidades por rentas de jubilación son pagadas a los trabajadores retirados y a sus dependientes, con lo cual refuerzan su seguridad económica durante su retiro. Los planes de pensiones son también un importante fuente de capital en los mercados financieros. A finales de 1989, los fondos de pensiones sumaban 2.6 trillones de dólares.

Aunque un plan privado de pensiones necesita de ciertos requisitos establecidos por la ley federal, una vez cumplidos estos requisitos, encuentra ciertas ventajas fiscales. El patrón tiene la posibilidad de deducir hasta un cierto límite sus contribuciones como gastos propios de la empresa; las contribuciones que realiza el patrón no son acumulables a los ingresos del empleado; los intereses ganados por inversiones también son libres de impuesto y los beneficios de la pensión no producen impuestos hasta que el empleado se retire o reciba los fondos.

La legislación, contempla muchas y muy diversas opciones, las hay desde muy sencillas hasta opciones complejas. Ejemplificaremos ambos casos:

Bajo las opciones sencillas se encuentra el Plan Simplificado de Pensión, donde el patrón establece una cuenta de retiro individual para cada uno de sus empleados. Cada empleado es 100% dueño de su cuenta y puede incrementar la aportación con un monto anual fijo. El patrón podrá hacer una aportación anual máxima del 15% del sueldo del empleado o 30,000.00 dólares la cantidad que sea menor. Estas aportaciones son 100% deducibles. Los requisitos de este plan son:

- Es para todos los empleados mayores de 21 años y
- Que tengan una antigüedad de 3 años en los últimos 5 años con el patrón que ingresa a este plan.

El Plan Simplificado de Pensión tiene como propósito, el de simplificar el papeleo requerido a los patrones quienes desean cubrir a sus empleados bajo un plan de retiro.

Un plan complejo de pensiones, es aquel que considera principalmente los beneficios de los hombres claves de una compañía, los cuales son conocidos como los TOP-HEAVY.

Para reducir la posibilidad de discriminación en favor de los hombres claves de las empresas, un plan TOP-HEAVY debe contemplar requerimientos adicionales para poder continuar siendo deducible. Estos requerimientos son:

1. Un rápido acreditamiento de derechos sobre las aportaciones en favor de los trabajadores en general. Por ejemplo, es tener el 100% del derecho a los 3 años o el 20% a los dos años incrementando el 20% cada año más.
2. Ciertos beneficios mínimos deben ser proporcionados para todos los empleados de la empresa, sin importar el ingreso del trabajador.
3. Hay un límite de agregar beneficios o contribuciones para los hombres claves cubiertos.

Muchas pequeñas compañías tienen estos planes, porque las complejas y siempre cambiantes regulaciones federales, han terminado con sus planes de pensiones, y este tipo de plan da la facilidad de convertirse a un Plan Simplificado de Pensión.

Cabe observar, que dentro de la actual legislación, todos los retiros son acumulables al ingreso del individuo y por esto, se deberán de pagar los impuestos correspondientes. Solamente están libres de pago de impuestos las cuentas que no tenían derecho a deducción al contribuir a su cuenta individual.

Seguro MEDIGAP.

Debido a las varias deducciones, coaseguros, exclusiones y a los límites de los beneficios, el programa Medicare no paga todos los gastos en que incurre una persona cubierta. Por esto, varias compañías privadas de seguros venden un complemento a Medicare llamado genéricamente Medigap para complementar los beneficios de Medicare.

Debido al mal manejo de este seguro, hubo cambios en la legislación de 1990, donde ahora se requiere que todas las pólizas incluyan ciertas cláusulas estándar y un formato estándar también. Por ejemplo, la preexistencia solo puede ser excluida los primeros seis meses después de ser contratada la póliza, los agentes pueden perder su licencia si hacen una promoción y venta inadecuada del seguro y también esta penada la venta de más de una póliza de este seguro. La legislación esta diseñada para corregir los abusos en la venta de Medigap que en su inicio ocurrieron.

Mucha gente mayor de edad piensa que Medigap pagará el 100 por ciento de los gastos no cubiertos por Medicare, lo cual es falso. Por ejemplo, un doctor cobra 1000.00 dólares por una cirugía sencilla, y Medicare determina que el monto máximo por esta es de 800.00 dólares. Si consideramos que el deducible anual de 100.00 dólares ya esta cubierto. Medicare solo reembolsará el 80 por ciento del monto estimado, o sea sólo reembolsara en este caso 640.00 dólares. El complemento de Medigap, esta asociado también al monto determinado por Medicare (800.00 dólares) por lo que reembolsará el 20 por ciento de esta cantidad, es decir, 160.00 dólares. El paciente pagará 200.00 dólares de su propio dinero, que es la diferencia entre el costo determinado por el doctor y el monto máximo asignado por Medicare como base de reembolso.

Riesgos de trabajo.

La compensación por riesgos de trabajo, es el pago a los trabajadores por parte de sus patrones, de acuerdo a los estatutos de previsión, por heridas y discapacidades ocurridas en el curso del empleo.

En muchos países, antes de las leyes de previsión social, los trabajadores solo podían solicitar una compensación económica por riesgos de trabajo cuando podían demostrar que los daños a su salud o las discapacidades habían sido resultado de su trabajo, demostrando que no había dolo en su acción legal, que no había ninguna responsabilidad por parte del trabajador y que el accidente o enfermedad no eran un riesgo normal dentro de la industria, teniendo que probar el impacto del daño. El resultado fue que solo una pequeña proporción de riesgos de trabajo fueran adecuadamente compensados.

A mediados del Siglo XIX, la discusión acerca de crear una legislación que considerara una compensación obligatoria a favor de los trabajadores cuando estos sufrieran accidentes de trabajo y no fueran por negligencia del trabajador era un tema muy común en Europa. La primera Ley de este tipo fue lanzada en Alemania en 1884, después fue seguida en Gran Bretaña en 1897 y en los Estados Unidos fue en 1908. Hoy en día, en casi todos los países hay leyes de este tipo.

Antes de 1900 eran muchos los empresarios a los que no les preocupaba demasiado la seguridad de los obreros. Sólo empezaron a prestar atención al tema con la aprobación de las leyes de compensación a los trabajadores por parte de los gobiernos, entre 1908 y 1948, ya que hacer más seguro el entorno del trabajo resultaba más barato que pagar compensaciones.

En el ámbito laboral, se considera accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o a consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Dentro de las lesiones corporales se encuentran desde luego las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo e incluso los agravamientos de enfermedades y defectos que se padecían con anterioridad. Por otra parte, el que la lesión se produzca con ocasión o a consecuencia del trabajo, se entiende de forma amplia y no hace falta que su causa sea laboral en sentido estricto, englobando las que se produzcan durante actividades marginales también relacionadas con el trabajo, como cursos de capacitación o en la práctica de deportes promovidos por la empresa.

Bajo la legislación de compensación por riesgos de trabajo, existe actualmente una escala de compensación de acuerdo al accidente y sus consecuencias. El alcance de las coberturas varía de acuerdo al monto que se pagará en los casos de muerte, de incapacidad total o parcial, si es temporal o es permanente. Es obligatorio el reportar cualquier accidente para que se de seguimiento al caso y se determine la compensación correspondiente.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y TEMAS ASOCIADOS.
PRINCIPALES PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO (IMSS).

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el principal representante de la Seguridad Social, con una cobertura global general de 40 millones, con 11 millones de cotizantes, 26 millones familiares de los cotizantes. 1.5 millones de pensionados y el resto familiares de estos últimos. Es por la importancia de esta institución que en este capítulo se describen los principales programas de la misma.

El IMSS ha tenido reformas a lo largo de su vida, la última, la de 1995, para ser aplicada a partir de julio de 1997, buscó principalmente mantener un adecuado equilibrio financiero entre ingresos y egresos, para lograr su permanencia.

Las diferentes reformas han buscado otorgar mayores beneficios a los asegurados, a sus familias y a la sociedad en general. Algunas de estas reformas, ahora por sus montos o características, parecen insignificantes o inadecuadas, pero en su momento buscaron ayudar o solucionar alguna carencia de la legislación original. Las diferentes adiciones, en forma breve han sido:

Fecha Inicio.	Descripción de la prestación.
28-02-49	Dote Matrimonial. Pensión al viudo incapacitado. Pensiones de Ascendencia. Reducción en semanas de cotización al IMSS, para el derecho a pensión: Para invalidez y Vida de 200 a 150 semanas. Para Vejez, Cesantía de 700 a 500 semanas. Facilidades para las pensiones de Viudez.
31-12-56	Ayuda Asistencial al pensionado por atención médica. Guarderías y prestaciones sociales.
01-03-57	Pensiones de orfandad se otorgaban hasta la edad de 16 años, hasta la adición de la cláusula: Los hijos del asegurado hasta la edad de 25 años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional o, si no pueden mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen
01-04-73	Ayuda Asistencial al pensionado por soledad. Asignaciones Familiares para la esposa. Prestaciones Sociales. Asignaciones Familiares a los ascendientes. Los aumentos a las pensiones de acuerdo al salario base, por cada 52 semanas adicionales en exceso de las primeras 500 se incrementaron de 1% a 1 25%. Disminución al porcentaje de reducción por cesantía.
05-01-89	Aguinaldo Indexación de las pensiones a los salarios mínimos. Incremento a las pensiones de viudez del 50% al 90%. Pensión Mínima.

En 1992, inició el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), ahorro con el cual se buscaba complementar la pensión otorgada por el IMSS. Esta iniciativa, es el antecedente de las actuales reformas.

La nueva Ley del IMSS.

Artículo. 2 La **Seguridad Social** tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Artículo. 3 La **realización de la Seguridad Social** está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

Artículo. 4 El **Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social**, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Como podemos observar, la Ley del IMSS define dentro de los primeros artículos sus funciones y alcances a grandes rasgos. Además, se define al IMSS como la institución principal de la seguridad social a nivel nacional.

Por otro lado, la Nueva Ley establece la garantía a una pensión si se cubren las semanas de cotización requeridas por la misma, en cada caso. Por lo que los cambios a la Ley, se enfocan principalmente al punto de las pensiones, pero hay también cambios importantes en lo referente a Salud.

Los principales Seguros que maneja el IMSS son:

- I. Riesgos de Trabajo.
- II. Enfermedades y Maternidad.
- III. Invalidez y Vida.
- IV. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
- V. Guarderías y prestaciones sociales.

En la ley anterior, existía el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte el cual se dividió en dos Seguros, tomando en cuenta la naturaleza del riesgo que se cubre.

Los Seguros que resultaron son:

- 1. El Seguro de Invalidez y Vida (IV).
- 2. El Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez (RCV).

El Seguro de Invalidez y Vida, cubre los riesgos a los que está expuesta una persona durante su vida laboral activa; accidentes o enfermedades no profesionales, que impidan al trabajador desempeñar una labor que le permita contar con un ingreso adecuado.

El Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez, es típicamente previsional; más que proteger ante una contingencia, busca ahora a través del ahorro, proveer en el futuro, recursos económicos suficientes, para que un trabajador al cumplir el proceso natural de su existencia, al llegar a su vejez, tenga la posibilidad de vivir adecuadamente.

El seguro de riesgos de trabajo.

Este Seguro tiene como finalidad el cubrir los riesgos inherentes al trabajo que desempeñan los trabajadores que cotizan en el IMSS. Además, este Seguro da apoyo a la Ley Federal del Trabajo en los artículos respectivos. Con este Seguro se busca, evitar repercutir económicamente a los patrones, que tendrían que cubrir los daños ocurridos a sus trabajadores por enfermedad o por accidente de trabajo, evitando así otros gastos asociados al accidente, logrando con esto, no afectar las fuentes de trabajo.

La ley considera las dos posibles situaciones que afectan la salud general de un trabajador, que son:

1. Los accidentes de trabajo.
2. Las enfermedades de trabajo.

Los riesgos de trabajo pueden producir alguno de los siguientes resultados:

- I. Incapacidad temporal.
- II. Incapacidad permanente parcial.
- III. Incapacidad permanente total y
- IV. Muerte.

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo y cumpla los requisitos, tiene derecho a:

En el aspecto salud:

- I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
- II. Servicio de hospitalización.
- III. Aparatos de prótesis y ortopedia y
- IV. Rehabilitación.

En el aspecto monetario:

En Incapacidad temporal: El 100 % del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo, mientras se encuentre discapacitado o se declare la incapacidad permanente parcial o total.

En Incapacidad permanente parcial menor del cincuenta por ciento de incapacidad: Recibirá un porcentaje de la pensión por incapacidad total, de acuerdo a la **Tabla de valuación de incapacidades permanentes** de la Ley Federal del Trabajo. Cuando se reúnan dos o más incapacidades parciales, el asegurado no tendrá derecho a recibir una pensión mayor a la correspondiente por incapacidad permanente total.

En incapacidad permanente total del asegurado o incapacidad parcial superior al cincuenta por ciento por riesgo de trabajo: recibirá una pensión mensual equivalente al 70 % de su salario. Además, un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que perciba.

En incapacidad permanente total del asegurado o incapacidad parcial superior al cincuenta por ciento por enfermedad de trabajo: recibirá una pensión mensual equivalente al 70 % del promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión. Además, un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que perciba.

En incapacidad permanente total se adicionan las asignaciones familiares y la ayuda asistencial.

En el caso de la muerte del asegurado, sus beneficiarios tendrán las pensiones respectivas de sobrevivencia con base a la que le correspondería al asegurado en caso de incapacidad total y permanente, las cuales son:

A la viuda (o) o concubina (o), le corresponderá el 40%. Si se llega a casar, la pensión terminará y se le otorgarán tres anualidades de la pensión correspondiente como finiquito.

A los huérfanos, les corresponderá a cada uno el 20% de la pensión.

A los huérfanos se les asignará el 30% de la pensión:

1. Si posteriormente fallece el otro progenitor.
2. Si queda huérfano de padre y madre.

La pensión por orfandad se terminará cuando:

1. El huérfano recupere su capacidad para el trabajo.
2. El huérfano cumpla dieciséis años o hasta la edad máxima de veinticinco años, cuando se encuentre estudiando en planteles del sistema educativo nacional.

Al término de la pensión se otorgará al huérfano un pago adicional de tres mensualidades de la pensión que disfrutaba.

A falta de personas con derecho a la pensión, a los ascendientes se les pensionará con el 20% a cada uno.

El total de las pensiones no deberá exceder del 100% de la pensión por incapacidad permanente total. En caso de exceso, se reducirán proporcionalmente cada una de las pensiones. En cuanto se extinga el derecho de alguno de los pensionados se hará nueva distribución de las pensiones que queden vigentes, con los topes respectivos.

Las pensiones se actualizarán cada mes de febrero, conforme a la variación que presente el Índice Nacional de Precios al Consumidor correspondiente al año calendario anterior.

En caso de fallecimiento del asegurado se dará un pago de una cantidad igual a 2 meses de salario mínimo, para gastos funerarios.

Por otro lado, el IMSS establecerá programas para promover y apoyar la aplicación de acciones preventivas de riesgos de trabajo en las empresas de hasta cien trabajadores. Además, se coordinará con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, con la representación de las organizaciones de los sectores social y privado, con el objeto de realizar programas para la prevención de los accidentes y las enfermedades de trabajo.

El seguro de enfermedades y maternidad.

La principal función de este Seguro es proporcionar los servicios de atención médica a sus asegurados y dependientes económicos. El IMSS prestará sus servicios, en cualquiera de las siguientes formas:

A través de su propio personal e instalaciones, que es hasta ahora la principal forma de brindar sus servicios.

Indirectamente, por medio de convenios con otros organismos públicos, que se encarguen de impartir los servicios de atención médica de este Seguro. Y además, podrá celebrar convenios con particulares que cuenten con servicios médicos y hospitalarios ya establecidos.

Los servicios generales que otorga este seguro son:

1. Asistencia médico quirúrgica.
2. Farmacéutica y
3. Hospitalización.

Para cualquier enfermedad y durante un plazo de 52 semanas como máximo para el mismo padecimiento. Al asegurado, se le adicionarán otras 52 semanas si llega a ser necesario.

En el caso de maternidad, se consideran las prestaciones siguientes:

1. Asistencia obstétrica y
2. Ayuda en especie por seis meses para lactancia.

A la asegurada, se le otorga también una canastilla al nacer su hijo.

Tienen derecho a las prestaciones de este Seguro:

1. Los asegurados que estén cotizando activamente;
2. Todos los pensionados, no importando el origen de su pensión;
3. La esposa (o) del asegurado ó del pensionado (o la concubina (o) con ciertos requisitos). la viuda (o);
4. Los hijos menores de 16 años o hasta los 25 años si estudian en los planteles del sistema educativo nacional;
5. Los hijos que no puedan mantenerse debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico; y
6. El padre y la madre que vivan en el hogar del asegurado o pensionado.

De las prestaciones en dinero:

En caso de enfermedad no profesional El subsidio en dinero que se otorga a los asegurados es igual al 60% del último salario diario de cotización, por un periodo de 52 semanas como máximo, las cuales se podrán prorrogar por 26 semanas más.

La asegurada tendrá derecho durante el embarazo a un subsidio del 100 % del último salario diario de cotización, el que recibirá durante los 42 días anteriores y 42 días posteriores al parto. En el caso de que el nacimiento no se diera dentro de los 42 días anteriores al parto, esto no afectara el subsidio, el cual se le seguirá otorgando.

El seguro de invalidez y vida.

Este seguro cubre el riesgo que se origina por la misma naturaleza humana, debido a su propia fragilidad, viene siendo el complemento a los riesgos de trabajo. Al igual, que el Seguro de Riesgo de Trabajo, las prestaciones se otorgarán cuando se cumplan las semanas de cotización al IMSS. En este caso, se considerarán adicionalmente, como semanas de cotización las que se encuentran amparadas por certificado de incapacidad médica para el trabajo.

Este Seguro, considera las siguientes situaciones como resultado de una acción fortuita o debido a una enfermedad, que no están ligados a los riesgos propios de un trabajo.

El Ramo de Invalidez cubre:

- I. Invalidez temporal.
- II. Invalidez permanente.

El Ramo de Vida cubre:

- III. Vida (Sobrevivientes).

La asistencia médica de ambos ramos (Invalidez y Vida), se dará de acuerdo al Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Para tener derecho a las prestaciones que otorga este Seguro, se requiere:

En invalidez:

- 1. En general, tener acreditado el pago de 250 semanas de cotización.
- 2. En caso de una invalidez del 75% o más, requerirá tener acreditado el pago de 150 semanas de cotización.

En vida:

- 1. En general, que el asegurado estuviera pensionado.
- 2. En casos en que el asegurado haya muerto sin haber tenido una pensión, requerirá tener acreditado el pago de 150 semanas de cotización.

De la cuantía de las pensiones de invalidez y vida

En el ramo de invalidez.

El monto de la pensión por invalidez será por lo menos del 35% del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización actualizadas conforma al INPC. En este caso, se contabiliza como parte de la pensión, las asignaciones familiares y ayuda asistencial. En el caso de que la cuantía de la pensión sea inferior a la pensión mínima garantizada (equivalente a un salario mínimo general del D.F. de julio de 1997 actualizado por inflación), el Estado aportará la diferencia a fin de que el trabajador pueda adquirir una pensión vitalicia.

El monto anterior será la base para calcular las pensiones del ramo de vida y todas las prestaciones de este seguro.

Existe la restricción de que el monto de la pensión (incluyendo las asignaciones familiares y ayuda asistencial) no podrá exceder del 100% del salario promedio que sirvió de base para determinar el monto de la pensión. De acuerdo al artículo 143.

Se dará un aguinaldo anual de por lo menos treinta días.

En el ramo de vida

A la viuda (o) o concubina (o), le corresponderá el 90%. Si se llega a casar, la pensión terminará y se le otorgaran tres anualidades de la pensión correspondiente como finiquito.

A los huérfanos, les corresponderá a cada uno el 20% de la pensión.

A los huérfanos se les asignará el 30% de la pensión cuando:

1. Si posteriormente falleciera el otro progenitor.
2. Siendo huérfano de padre y madre.

Esta pensión se extinguirá cuando:

1. El huérfano recupere su capacidad para el trabajo.
2. El huérfano cumpla dieciséis años ó hasta la edad máxima de veinticinco años, cuando se encuentre estudiando en planteles del sistema educativo nacional.

Al término de la pensión se otorgará al huérfano un pago adicional de tres mensualidades de la pensión que disfrutaba.

A falta de personas con derecho a la pensión, a los ascendientes se les pensionará con el 20% a cada uno.

El total de las pensiones no deberá exceder del 100% de la pensión por invalidez. En caso de exceso, se reducirán proporcionalmente cada una de las pensiones. En cuanto se extinga el derecho de alguno de los pensionados se hará nueva distribución de las pensiones que queden vigentes, con los topes respectivos.

Las pensiones se actualizarán cada mes de febrero, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor correspondiente al año calendario anterior.

De las asignaciones familiares y ayuda asistencial.

Las asignaciones familiares consisten en una ayuda económica adicional, por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez, de acuerdo con las reglas siguientes

A la esposa o concubina, le corresponderá el 15%.

A los hijos, les corresponderá a cada uno el 10%.

Esta asignación familiar se extinguirá cuando:

1. El hijo(s) recupere su capacidad para el trabajo.

2. El hijo(s) cumpla dieciséis años ó hasta la edad máxima de veinticinco años, cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional.

En todos los casos, por el fallecimiento del receptor de este beneficio o del pensionado

A falta de personas con derecho a asignación familiar, a los ascendientes se les dara el 10% a cada uno bajo este concepto.

Si el pensionado no tiene ninguna persona que dependa económicamente de él, se le concederá una ayuda asistencial equivalente al 15 %, o si sólo tuviera un ascendiente con derecho a la asignación familiar, se le concederá una ayuda asistencial del 10%.

El seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

Este seguro cubre a las personas de la imposibilidad de poder continuar trabajando (o de poder conseguir un trabajo) debido a la edad, ya que, con el avance de esta, las capacidades se disminuyen, siendo un riesgo para el trabajador continuar indefinidamente en su trabajo.

Al igual que los Seguros anteriores, las prestaciones se otorgarán cuando se cumplan las semanas de cotización registradas al IMSS. Se considerarán adicionalmente, como semanas de cotización las que se encuentran amparadas por certificado de incapacidad médica para el trabajo.

Las prestaciones siguientes son a las que se tiene derecho bajo este Seguro:

- I. Pensión.
- II. Asistencia médica.
- III. Asignaciones familiares y
- IV. Ayuda asistencial.

Para tener derecho a las prestaciones que otorga este Seguro, se requiere:

En el aspecto salud, requiere contar con un mínimo de 750 semanas cotizadas bajo el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

En el caso de las pensiones, requerirá un mínimo de 1250 semanas de cotización.

Se considera cesantía en edad avanzada, cuando el asegurado no cuente o no pueda conseguir un trabajo remunerado después de los 60 años de edad. Y se considera vejez, el hecho de que el asegurado tenga cumplidos los 65 años de edad.

Bajo la nueva Ley, lo que diferencia una de otra, es el número de años adicionales que se cotizan para vejez, lo cual modifica el fondo y el monto de la pensión.

Los pensionados por retiro, cesantía en edad avanzada y vejez recibirán, incluidas en la pensión que adquieran, las asignaciones familiares y ayudas asistenciales.

De la cuantía de las pensiones.

Este es el punto fundamental del cambio de la Ley del IMSS y el sistema de Seguridad Social, por lo que lo tratamos ampliamente mas adelante. Lo importante es que existe la garantía a una pensión mínima, que en todos los Seguros es similar, la pensión mínima garantizada, que se actualizará anualmente, cada mes de febrero, de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor, y esto esta garantizado por el Gobierno Federal, que en caso de ser necesario, aportará los recursos complementarios.

Información general.

Cuando el pensionado traslade su domicilio al extranjero, podrá continuar recibiendo su pensión mientras dure su ausencia, conforme a lo dispuesto por convenio internacional, o que los gastos administrativos de traslado de los fondos corran por su cuenta. Esta disposición es aplicable a los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, y retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

La salud constituye una aspiración fundamental de toda sociedad. En nuestra Constitución se refleja este sentir y es el Estado el responsable de procurar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Dentro de la política social de nuestro país, se encuentran diversos aspectos, pero sobresale el aspecto de la Salud como factor promotor del crecimiento del individuo y la sociedad.

El artículo 123 constitucional, en su fracción XXIX, garantiza a los mexicanos los seguros de "invalidez, de vejez, de vida, cesantía, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos no asalariados y otros sectores sociales y a sus familiares".

A lo largo de nuestra historia, ha sido aspiración de todos los mexicanos el alcanzar una adecuada política social sin tener éxito. El mayor desafío en este renglón es que toda la población tenga acceso a los servicios de salud y elevar la calidad de éstos. En nuestro país, trastornos propios de la pobreza, como las infecciones gastrointestinales, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales, que afectan especialmente a los grupos de menores ingresos, coexisten con problemas relacionados con el envejecimiento de la población, que se traducen en una mayor incidencia relativa de enfermedades crónico - degenerativas, padecimientos mentales, adicciones y lesiones.

A continuación presentamos un breve resumen con los puntos más sobresalientes del Plan Nacional de Desarrollo de 1996.

"El mejoramiento de la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo virtuoso entre la salud y el despliegue de las capacidades y potencialidades de los individuos."

"El objetivo general de política social del Plan Nacional de Desarrollo consiste en propiciar y extender las oportunidades de superación individual y comunitaria tanto en la vida material como en la cultural, bajo los principios de equidad, justicia y el pleno ejercicio de los derechos y garantías constitucionales. La multiplicación de oportunidades debe trascender el origen étnico y social, la ubicación geográfica y la condición económica de cada mexicano."

"Las acciones en materia de desarrollo social deben considerar, necesariamente, como uno de sus objetivos, que la población tenga una vida digna y tranquila, con los servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demanda. La atención a este grupo, que involucra a la sociedad en su conjunto, habrá de traducirse en acciones concretas orientadas al funcionamiento de una seguridad social justa, que les permita retirarse de la vida laboral sin detrimento de su bienestar: a la ampliación de los servicios educativos, culturales, de reposo y recreación y al aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias."

El bienestar social sin crecimiento económico, generación de empleos y una redistribución del ingreso, no puede ser sustentable. Mejorar la educación, la salud, la vivienda, aumentar la productividad y los ingresos reales de las personas y las familias son nuestros retos más importantes, ya que sin crecimiento económico no hay progreso social y mucho menos los recursos para lograr un adecuado Sistema Nacional de Salud. Es por esto, que la política

fiscal y económica debe buscar fortalecer el ahorro y la inversión en nuestro país, para lograr un adecuado crecimiento del empleo formal y permanente, y con ello, garantizar a los trabajadores el acceso a la seguridad social. Complementando esta política con el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud dentro del sistema de seguridad social y buscar su ampliación por medio de nuevos esquemas

SITUACION ACTUAL.

Cobertura.

La seguridad social total, sólo cubre alrededor del 56 por ciento de la población total, pero se reconoce, que la calidad de los servicios que prestan las instituciones de seguridad social, no son de la calidad que se requiere, son ineficientes, se encuentran duplicados y no alcanzan una cobertura regional y nacional adecuada. El financiamiento de la seguridad social depende en forma general, de las contribuciones de los empleados, los patrones y de las aportaciones del gobierno federal. Por otro lado, amplios grupos de la población que podrían pagar las aportaciones actuales, no encuentran cabida en el actual sistema de seguridad social, porque el diseño original del sistema se orientó, casi exclusivamente, a la población asalariada.

La población de menores recursos económicos, recibe atención en instituciones públicas como la SSA y las instituciones de Servicios de Salud proporcionados por los estados. Estas instituciones se encuentran en la mayoría de las ocasiones, en una situación de descuido tal, que no cuentan con los medios básicos para la adecuada atención de las personas que recurren a estas.

Otra parte de las personas sin recursos económicos recibe apoyo y asistencia por medio de instituciones privadas de asistencia social, las cuales proporcionan en la mayoría de las ocasiones mejor atención que en sus similares públicas, pero no cuentan con los recursos suficientes y su alcance es limitado.

La medicina privada, ha crecido aprovechando las deficiencias en la oferta pública de los servicios de salud. Entre la población de más bajos recursos, la medicina privada es de gran importancia, ya que brinda hasta 41 por ciento del total de contactos médicos. El sector privado de salud, emplea al 34 por ciento de los médicos y brinda alrededor de 32 por ciento de las consultas médicas. No obstante, su cobertura es muy limitada. Además, el optar por estos servicios, hace que el gasto afecte de tal forma el presupuesto familiar que pone en riesgo la satisfacción de las necesidades básicas.

En México coexiste un pequeño mercado privado de aseguramiento que apenas empieza a descubrir las ventajas del aseguramiento administrativo y para el cual no existía una regulación clara; un mercado privado de servicios de salud con pago anticipado, que protege a las familias frente a gastos extraordinarios.

Y por último, existen aproximadamente 10 millones de personas que carecen del acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. La calidad de los servicios es heterogéneo y la eficiencia limitada.

Envejecimiento de la población.

México está atravesando por una rápida y profunda transición demográfica, caracterizada por cambios muy acentuados en la mortalidad y la fecundidad. La disminución de la mortalidad ha ocurrido de manera sostenida desde 1930. La esperanza de vida en 1995 es de 72 años, que es el doble de la esperanza de vida que se tenía en 1930. Algo similar ocurre en cuanto a la sobrevivencia hasta las edades adultas. En 1930, el 77 por ciento de las personas fallecía antes de alcanzar los 65 años; en 1994 esta proporción disminuyó a 24 por ciento.

Hoy en día, las personas de 65 años y más, representan sólo 4.2 por ciento de la población, con 3.8 millones de personas. Sin embargo, su tasa de crecimiento es de 3.8 por ciento anual, y se mantendrá constante en esta magnitud por varios años. A esta tasa de crecimiento, este grupo se verá duplicado cada 19 años.

De esta forma, se presenta un crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada que, paradójicamente, se vincula con los problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención, y que este fenómeno, representa una importante demanda de los actuales recursos en la seguridad social y de atención médica en general.

Pobreza extrema y población.

A inicios de los 90s, 70% de los hogares tenía ingresos alrededor de 2.5 salarios mínimos. Sin embargo, puesto que las familias más pobres se componen también de más miembros, el ingreso per capita de esas familias significó el 86% del salario mínimo general. En el extremo opuesto, sólo un 8% contaba con ingreso promedio de más de 5 salarios mínimos. En ese tiempo la canasta básica para una familia promedio de cinco miembros tenía un costo equivalente a casi 5 salarios mínimos.

La pobreza es un problema persistente en el país, y constituye el principal obstáculo para el desarrollo. Los grupos sociales y las regiones de mayor atraso son también los más rezagados desde un punto de vista demográfico, lo cual perpetúa un esquema de desarrollo dual y desigual.

Entre los pobres, los niños reciben pocos alicientes y recursos para su superación, cuando adultos, su escasa educación y capacitación los orilla a realizar tareas de baja productividad y escaso rendimiento. En estas condiciones, opera paralelamente la preferencia por una familia numerosa: la fuerza de trabajo adicional y la aportación que para el hogar significan los hijos es sumamente importante en tales circunstancias.

Para el año 2000 se estimó un crecimiento de alrededor de 1.8 millones de nuevos habitantes por año. Por lo para ese mismo año se esperaba que la población estuviera alrededor de cien millones de personas.

El progreso y el bienestar no pueden fincarse sobre bases sólidas si el crecimiento de la población constantemente erosiona la acumulación de los beneficios del desarrollo. Por esto, en el marco de los derechos y libertades individuales, se busca la reducción del crecimiento demográfico, buscando mejorar las condiciones de vida de la población y asentar las bases para un desarrollo perdurable.

Aunque en el medio urbano la fecundidad admite cada vez menos margen de reducción, en el medio rural y marginal urbano sigue siendo alta. Las metas de la política de población persiguen una importante intensificación de la planificación familiar en el medio rural y marginal urbano.

Por otro lado, persiste una considerable demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos. Ello refleja deficiencias en la cobertura y calidad de los servicios de planificación familiar. Es imperativo extender la educación sexual y el conocimiento de las ventajas que aporta la planificación familiar, al tiempo que se mejora la cobertura y la calidad de estos servicios.

Educación.

La educación ha sido un factor decisivo de superación personal y de progreso social. Una condición esencial para el desarrollo con bienestar y equidad es contar con una población mayoritariamente alfabetizada y con niveles de escolaridad elevados. Destaca en particular la educación de la madre en cuanto que repercute de manera directa en el cuidado de los hijos y en valerse efectiva y provechosamente de los recursos familiares disponibles.

Gran parte de la mortalidad infantil puede ser evitada, pues resulta de enfermedades infecciosas y parasitarias, que son susceptibles de tratar mediante medidas adecuadas de salud y nutrición, que son enseñados a nivel primaria. La educación de las mujeres es un factor que está directamente relacionado con una menor mortalidad infantil, con una fecundidad reducida. Por ejemplo, 60% de las defunciones infantiles ocurren en las familias cuyas madres no tienen instrucción o no completaron la primaria, en este grupo, por cada mil nacidos vivos ocurren 52 muertes infantiles, mientras que entre las madres con instrucción media o superior esta proporción disminuye a 18 por mil. La inversión en la educación y capacitación de la mujer repercute no sólo en su propio provecho, sino también en el de su familia, pues contribuye a romper el círculo de la pobreza, aumentando las posibilidades de que los hijos reciban un mejor cuidado, educación, salud y bienestar en general.

Otro aspecto importante asociado a la educación de la mujer, es la fecundidad, en 1990, mientras que la tasa global de fecundidad nacional era de 3.4 hijos por mujer, entre las mujeres sin escolaridad esta era de 5.6 hijos contra la de 2.4 hijos, de madres que cursaron algún año de educación básica o más.

Por otro lado, la educación de los niños, la transmisión de conceptos básicos de higiene y la ayuda alimenticia que se proporciona en las escuelas, también ayuda al mejoramiento de la salud de los menores.

La salud es junto con la educación, el componente elemental del capital humano de las personas y en esa medida constituye un poderoso instrumento para la redistribución del ingreso y sustenta el crecimiento de la familia y de toda la sociedad.

El programa nacional de salud.

En medio de este amplio espectro, el modelo de sistema de salud mexicano debe moverse hacia una nueva estructura que le permita modernizarse. La protección de la salud, requiere de la participación de los gobiernos municipal, estatal y federal; las organizaciones no gubernamentales y las instituciones de asistencia pública y privada.

“El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. La reforma del sistema nacional de salud adquiere entonces un doble compromiso:

1. Mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y
2. Ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.”

“Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de servicio de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos. Nuestro país ha recorrido en las últimas décadas un arduo camino para proteger y mejorar la salud de la población. El esfuerzo realizado ha dado resultados positivos en diversas áreas.”

Federalización contra centralismo.

En 1990 la población que residía en ciudades de quince mil habitantes o más, ascendía a cerca de 47 millones de mexicanos, de los cuales casi la mitad residía en las cuatro principales áreas metropolitanas. Como contraparte de la elevada concentración urbana persiste una gran dispersión demográfica en miles de pequeñas localidades rurales, alrededor de 28 millones de mexicanos residían en más de 155 mil pequeñas localidades dispersas de menos de cinco mil habitantes.

Por lo anterior, la centralización excesiva de las decisiones y funciones gubernamentales actúa en detrimento del bienestar general de la sociedad. Si una de las características de la población en situación de pobreza y marginalidad es su dispersión en todo el territorio, la concentración de atribuciones, instrumentos y recursos limita la eficiencia de la acción pública.

Las instituciones de nuestro sistema de salud están segmentadas, y operan de manera centralizada, sin líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre ellas. Cada una realiza por separado acciones normativas, financieras y de provisión de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones y evite la duplicidad. Esto reduce las posibilidades de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, desaprovecha la capacidad local en la promoción del bienestar, diluye la asignación de responsabilidades y resulta cada vez más costosa e inoperante.

Si bien, al reiniciarse la recuperación económica, la seguridad social irá ampliando de nuevo su cobertura, sobre todo en el medio urbano, será necesario un mecanismo que permita los servicios de atención a la población abierta subsistan por un largo periodo, sobre todo en el medio rural, donde deben ampliar su cobertura.

Ya que la sola transferencia de recursos no garantiza una mayor eficacia de la política social, ni tampoco asegura la prioridad en la atención a regiones y grupos sociales que no han tenido oportunidad de desarrollo. De ahí que el proceso de descentralización tenga que hacerse en orden y con las previsiones institucionales pertinentes.

Para superar las actuales limitaciones, se deberá reorganizar el gasto en salud y establecer los criterios generales para hacer más eficientes los servicios de salud de las instituciones, en el marco legal que corresponde a cada una de ellas.

Por otro lado, en la integración de los sistemas estatales y municipales de salud podrá estimularse la participación activa de la población. La participación municipal será también fundamental. El programa Municipio Saludable alentará la participación de los ayuntamientos en acciones tales como: instalación de agua potable, construcción de letrinas, alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales. De esta forma, la descentralización de los servicios de salud será una expresión concreta del federalismo.

Ampliación de la cobertura de la seguridad social.

El sistema de seguridad social constituye un valioso instrumento para dar acceso a la población a niveles superiores de bienestar, al asegurar a los trabajadores un conjunto de prestaciones que complementan sus ingresos salariales y que permiten un desarrollo pleno del individuo y la familia, tales como una atención sistemática de la salud, el acceso a servicios médicos especializados, la protección contra riesgos laborales y no laborales, un sistema de pensiones para el retiro y el funcionamiento de guarderías en apoyo de las madres trabajadoras.

Gran parte de los usuarios de los servicios de atención a población abierta, particularmente los del medio urbano con ingresos fijos, podría pertenecer a la seguridad social, por lo que se promoverá la incorporación de la fuerza de trabajo que ahora no goza de las prestaciones de seguridad social del mercado laboral formal, de modo que tenga derecho a estos beneficios. Han quedado al margen de la seguridad social los trabajadores en industrias

familiares e independientes, como profesionales, artesanos y comerciantes; los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, y los patrones como personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio. Estos grupos en teoría pueden acceder legalmente a las prestaciones médicas del IMSS por medio de un seguro voluntario o facultativo. No obstante, los elevados costos, los requisitos de acceso y la falta de promoción han mantenido a esta opción en un papel insignificante. Sin embargo las reformas planteadas para la seguridad social, que se inscriben claramente en la Reforma del Sector, permitirán hacer posible la incorporación gradual de los trabajadores de la economía informal a los beneficios de los servicios del IMSS.

Provisión de servicios básicos.

Los más severos problemas de pobreza se localizan en zonas rurales dispersas, donde las comunicaciones deficientes imponen altos costos para tener acceso a los servicios educativos y de salud. En estas áreas, la estrategia específica es proporcionar directamente a las familias en condiciones de pobreza extrema, a través de una sola instancia coordinadora, el paquete básico de nutrición y salud, el cual incluirá alimentos, servicios de salud comunitaria (vacunación e información sobre higiene y planificación familiar), y atención médica básica y reproductiva. Elementos similares serán empleados en las zonas urbanas marginales, considerando sus condiciones particulares. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y atacando las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados.

Se reforzarán los recursos destinados al fomento de una vida saludable, a los programas de medicina preventiva y a garantizar el abasto de los medicamentos e insumos esenciales, así como de los recursos humanos necesarios para la adecuada prestación de los servicios. Los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva constituirán el eje del paquete de servicios básicos, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias regionales y locales.

En consistencia con la descentralización, la ampliación de la cobertura debe establecer objetivos, metas y una normatividad clara en todo el país, pero una operación descentralizada en cuanto a los medios. La definición de las intervenciones del paquete básico ha sido el producto del diálogo y la concertación entre las autoridades federales y las estatales. Su contenido debe ser flexible según las necesidades de cada estado, pero deben prevalecer en su definición criterios de costo - efectividad e integridad, es decir, deben componerlo acciones de bajo costo y alto impacto en salud que puedan ser provistas integralmente por un conjunto bien acotado de trabajadores de la salud.

Si bien el paquete básico es una referencia para los servicios más completos que existen en la mayor parte del país, su principal objetivo es la ampliación de la cobertura. Su ejecución debe ser capaz de aglutinar los esfuerzos de las diferentes áreas e instituciones que hoy proveen estos servicios con relativa eficiencia individual, pero de manera más bien fragmentada. El alcance del paquete básico debe ser una medida del éxito de las políticas de combate a la pobreza.

Atención a grupos vulnerables.

"En todas las sociedades existen importantes segmentos marginados por razones de edad, de condiciones físicas o, en ciertos casos, de sexo. El Gobierno de la República dará atención especial a los grupos de mexicanos que se encuentran en situaciones desventajosas, a fin de garantizar su acceso en condiciones de equidad al proceso de desarrollo. De manera particular, se atenderá a los jóvenes con desventajas económicas y sociales, que requieren apoyos especiales para su integración al desarrollo; a los trabajadores migratorios, quienes están expuestos constantemente al deterioro de su nivel de vida."

La principal estrategia para lograr la integración social y productiva de los grupos más vulnerables a los niveles de bienestar y desarrollo que requiere el país es impulsar una autosuficiencia basada en la superación personal y en la adquisición de capacidades para ejercer, en condiciones de igualdad, los derechos que les reconoce la Constitución.

Personas discapacitadas.

Estudios recientes estiman que hasta diez por ciento de la población total padece algún tipo de discapacidad. Un número tan elevado de ciudadanos no puede permanecer segregado y limitado en su vida cívica, laboral y social.

El Plan Nacional de Desarrollo plantea, como uno de sus objetivos, prestar particular atención a este sector de la población y a sus familiares, con el propósito fundamental de promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Para lograr lo anterior, se plantean como estrategias principales:

- Fomentar una nueva cultura de consideración a las personas discapacitadas; una cultura de respeto a su dignidad y a sus derechos humanos, sociales y políticos; una cultura que multiplique sus opciones productivas, culturales, deportivas y laborales y que propicie su acceso a los servicios de salud, de educación y de capacitación.
- Diseñar e instrumentar programas y medidas para apoyar directamente a la población discapacitada en tres aspectos fundamentales: atención médica, educación y rehabilitación.
- Revisar la legislación vigente y organizar programas que coadyuven a modificar el entorno físico y la actitud de la población en general, en beneficio de la población discapacitada.

Resulta de particular importancia propiciar la incorporación de la población discapacitada al mercado de trabajo, para lo cual se desarrollarán programas especializados de capacitación y se prestará asesoría para la realización de proyectos que resulten viables.

Dentro de la planeación de la obra pública, se vigilará la adecuación de la infraestructura y los servicios públicos, a fin de que puedan ser utilizados por parte de las personas

discapacitadas, y se continuará la revisión del marco jurídico, para abordar y superar las limitaciones contenidas en el mismo, relativas a esta población.

Médicos.

Para asegurar la utilidad del esfuerzo colectivo en materia de salud, se debe:

1. Alentar la vocación médica y la de enfermera.
2. Garantizar un nivel adecuado de preparación de quienes prestan estos servicios.
3. Fortalecer a las instituciones de enseñanza para mejorar la calidad de los estudios.
4. Mejorar las condiciones de vida de los especialistas.
5. Propiciar adecuados centros de trabajo.
6. Desarrollar los recursos humanos acordes al desarrollo de la nueva tecnología
7. Apoyar la investigación científica.

La elección del médico.

La reestructura de la Seguridad Social y sus características de afiliación sistematizada merecen la introducción de esquemas en que los usuarios puedan elegir a los médicos que los atienden, al menos en el primer nivel.

Por esta situación es crucial reformar el sistema de salud pública y seguridad social; uno de los componentes fundamentales de esta reforma será modificar los incentivos para promover la calidad, la eficiencia y la contención de costos. La introducción de esquemas de recompensa con base en la elección de los usuarios es el primer paso en este sentido y ha demostrado su buen funcionamiento en otros países del mundo.

La libre elección de los usuarios se contempla como una estrategia general que cada institución podrá implantar con los alcances y modificaciones que convengan a sus intereses.

La introducción de esquemas de elección de los médicos debe obedecer al reconocimiento del derecho de los usuarios de elegir a su médico familiar. Esta elección será el instrumento que orientará un conjunto de estímulos a los prestadores de primer nivel, quienes se esforzarán por otorgar máxima calidad para obtener la preferencia de los usuarios. Si además de esto se recompensa la atención preventiva y el cuidado de la salud, el sistema promete hacer mucho más con los mismos recursos.

El funcionamiento de un sistema de recompensa con base en la elección requiere que la población viva en un medio con la suficiente oferta de prestadores de servicios de salud, es decir, que en una misma unidad o localidad haya más de un médico de primer nivel. Esta

situación se presenta generalmente en el medio urbano y no así en el rural, por lo que este esquema será incorporado a los servicios de seguridad social que se concentran en las ciudades y no en los servicios públicos que atienden a la población abierta. La población de la seguridad social permitirá que una mayor calidad y una orientación más preventiva lleguen a más población.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha iniciado acciones para implantar un nuevo modelo de Medicina familiar, que contempla el incremento de la capacidad de resolución del médico familiar y la libre elección del médico por el usuario entre otros mecanismos, para elevar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Expectativa.

En el largo plazo, esta nueva organización del modelo de sistema de salud en México, permitirá ordenar las funciones de cada una de las instituciones que participan. Así, la Secretaría de Salud se concentrará en el papel rector y normativo del Sector Salud. Las instituciones de seguridad social, en tanto tiendan hacia el fortalecimiento de la elección estarán separando la función recaudadora y el financiamiento y de financiamiento de la función de provisión de servicios. La integración y descentralización de los servicios de atención a población abierta y la ampliación de estos servicios a través de un paquete básico, permitirá elevar la eficiencia y focalizar de manera más decidida los esfuerzos de combate a la pobreza. Esta reforma impulsa así al Sector Salud de México hacia los esquemas de organización más eficientes y equitativos que se están desarrollando en otras partes del mundo, en beneficio de los usuarios y contribuyentes.

El país al que aspiramos los mexicanos será mejor en la medida en que todos los sectores que componen la sociedad participen en su desarrollo; también, en la medida en que toda su población, particularmente la que se encuentra en condiciones de mayor desventaja, se vea beneficiada en su nivel general de vida, a través de la salud.

CAPÍTULO II.

El innovador sistema chileno de pensiones.

TEMAS.

1. Antecedentes en el caso chileno para el cambio del sistema de pensiones.
2. El sistema de capitalización individual y el plan de pensiones para el retiro.
3. El sistema de los planes de pensiones de invalidez y sobrevivencia.
4. Situación actual del sistema de pensiones en Chile.
 - 4.1. Las Administradoras de Fondos de Pensiones.
 - 4.2. Influencia dentro del sector financiero.
 - 4.3. Ahorro interno y desarrollo económico.
5. Ventajas, desventajas y problemas.

Antes del desarrollo industrial, el ser humano vivía en grandes núcleos familiares agrupados principalmente en torno a la tierra que cultivaban para obtener los bienes que consumían en conjunto, de esta manera, las necesidades derivadas de las situaciones adversas, tales como enfermedades, invalidez, muerte e incluso la vejez de sus integrantes, de alguna manera eran absorbidas por el resto de los miembros del amplio grupo familiar. Quedando así sus integrantes protegidos por sus iguales.

El desarrollo industrial provocó una separación de los lugares de producción rural, pasando a ser las fábricas ahora la forma de obtener la subsistencia. Los grupos familiares debieron de fragmentarse para poder integrarse a los respectivos lugares de trabajo y producción. Como consecuencia de esta situación, cualquier contingencia social de un miembro de la familia pasó a ser difícilmente soportable por los pocos miembros restantes, generando serios problemas de pobreza.

La respuesta que la sociedad encontró ante esta situación fue el crear sistemas de previsión ante estas contingencias, por medio de seguros sociales de ahorro obligatorio que sirvieron de base para los actuales sistemas de Seguridad Social.

En América Latina, los primeros países que iniciaron con sistemas de seguridad social, lo hicieron en la década de los 20's. Chile fue el primero en adoptar un sistema de seguridad social a través de diversos regímenes previsionales (o Cajas de Previsión Social), los cuales no surgieron como el resultado de una política general de seguridad social. Los distintos regímenes contemplaban básicamente las pensiones para vejez, incapacidad y muerte. En algunos casos se incluían el subsidio por enfermedad y beneficios de salud. Una de las características fundamentales del Sistema era que funcionaba como un Sistema de Reparto con Capitalización Parcial, es decir, los imponentes activos financiaban las pensiones de los pasivos, y los excedentes se invertían a largo plazo, lo que conocemos como Reservas.

También fue en Chile, donde a finales de los años 50's, se comenzó a ver que la relación activos/pasivos cambiaría y su relación comenzaría un descenso gradual, afectando los supuestos con que fueron establecidas las cajas de previsión, el supuesto del Sistema de Reparto con Capitalización Parcial. Esto, aunado al inadecuado manejo de los recursos, donde algunas cajas habían otorgado préstamos a sus afiliados, préstamos muchas veces que no fueron recuperados o actualizados por medio de una tasa de interés acorde a el comportamiento de la economía.

Tras el golpe militar de 1973 se recortó una gran parte de los servicios sociales. Sin embargo, la mayoría de la población recibió tratamiento sanitario gratuito en el marco del Servicio Nacional de Salud. Hasta que en 1980, entro la nueva Ley de Seguridad Social teniendo como base el Sistema de Capitalización Individual. La parte de salud, quedaría a cargo del Servicio Nacional de Salud, el cual sería financiado a través del pago de una cuota por parte de los trabajadores del siete por ciento.

El sistema anterior de pensiones.

El sistema anterior de pensiones chileno, llegó a contar con tres grandes regímenes:

**EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
ANTECEDENTES EN EL CASO CHILENO PARA EL CAMBIO DEL SISTEMA DE PENSIONES.**

1. El Servicio de Seguro Social (o la Caja de Seguro Obrero), que correspondía a los trabajadores manuales, fue fundada en 1924, el objetivo de la institución era proveer beneficios de asistencia médica, subsidios por enfermedad y pensiones de vejez e invalidez
2. La Caja de Empleados Particulares (EMPART), inicia operaciones en 1925.
3. La Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU), también de 1925

En 1979, llegaron a existir 32 instituciones en las cuales participaban más de 2 millones de trabajadores, dando origen a más de cien regímenes previsionales diferentes. Los tres más grandes cubrían cerca del 90% de los trabajadores, algunos de los sistemas más pequeños tenían beneficios de protección excesivamente generosos.

CUADRO III.1 IMPONENTES ACTIVOS POR CAJA DE PREVISION EN 1980. ¹

INSTITUCION	NO. DE IMPONENTES	%
Servicio de Seguro Social	1,394,300	62.61
EMPART	430,000	19.31
CANAEMPU	264,200	11.86
Otras	138,400	6.22
Total	2,226,900	100.00

Aspectos generales.

Las principales deficiencias del antiguo sistema previsional pueden sintetizarse en los siguientes ocho puntos:

- Falta de uniformidad.
- Ausencia de mecanismos de reajuste a la inflación.
- Financiamiento y evasión.
- Alta dependencia del financiamiento gubernamental.
- Pasividad de los asegurados.
- Inseguridad para los imponentes.
- Grupos de poder.
- Complejo e inadecuado manejo de aspectos técnicos.

Falta de uniformidad.

La falta de uniformidad del antiguo sistema puede ilustrarse señalando que con anterioridad a la reforma había más de cien regímenes diferentes, los que variaban en función de la categoría del trabajador y del área de actividad en que éste se desempeñara (sector público, sector bancario, puertos, municipios, ferrocarriles, etc.).

¹ Fuente, El sistema chileno de pensiones. Tercera edición. Superintendencia de administradoras de fondos de pensiones.

Lo anterior produjo grandes diferencias en los mecanismos utilizados para el cálculo de las pensiones en los distintos casos. como también en los requisitos exigidos para jubilar. Tomando como referencia la situación observada en las principales agrupaciones, cabe mencionar los siguientes aspectos:

Respecto al primer punto, la legislación establecía que en el caso del Servicio de Seguro Social (SSS) y EMPART el sueldo base sobre el cual se calculaba la pensión debía estimarse considerando los sueldos percibidos durante los últimos cinco años, mientras que en CANAEMPU y en la Caja Bancaria de Pensiones y sus derivadas sólo se tomaban en cuenta los últimos tres años.

El sistema general para los trabajadores manuales, que eran los de menores ingresos, contaban con el sistema más castigado. Por ejemplo:

- El salario final bajo el sistema de los trabajadores manuales u obreros, se calculó sobre los últimos cinco años sin ningún tipo de ajuste por inflación, en tanto que en otros sistemas si existía un reajuste, bajo el sistema para los trabajadores asalariados éste se calculó sobre el mismo período con reajuste para los primeros dos años.
- La tasa de pensión máxima a que podían aspirar era del 75 % del salario final, comparado con el 100% en el sistema general de los trabajadores asalariados.

En épocas de una inflación desatada, tal como Chile tuvo a principios de los años 70, bajo el gobierno de Allende, la tasa de inflación alcanzó un nivel de más del 500% anual. Posteriormente disminuyó, pero aún en la década del 80 la inflación fluctuó entre 10% y 30%. Las pensiones pagaderas en base a este "salario final" fueron pequeñas fracciones de la última remuneración, especialmente dentro del sistema que cubría a los trabajadores manuales.

La excepción a esta regla estaba constituida por las pensiones denominadas "perseguidoras" a las cuales tenían derecho ciertos funcionarios públicos. De acuerdo a esta norma, aquellos trabajadores que al momento de jubilarse desempañaban labores en el sector público en algún cargo directivo, o bien que habían alcanzado el tope en el escalafón respectivo, recibían como pensión un monto equivalente a la remuneración vigente en cada momento para el cargo desempeñado. A esto debe sumarse la existencia de la denominada "perseguidora chica" a la cual tenían derecho los empleados de la administración pública y que obtenían con cumplir el tiempo máximo exigido y una edad de 65 años, consistiendo en una pensión equivalente al 75% de la remuneración que obtenían sus similares activos.

En cuanto a los requisitos exigidos para jubilarse cabe señalar:

En primer lugar que la edad mínima requerida para obtener una pensión de vejez era de 65 años de edad para los hombres en la mayoría de las cajas, mientras que en las cajas asociadas al sector bancario la edad mínima exigida era de 55 años de edad.

En segundo término, debe mencionarse que los beneficiarios del SSS no tenían derecho a pensiones por antigüedad, y que en las cajas donde sí se otorgaba este beneficio los requisitos variaban en cada caso, observándose un abierto favoritismo hacia los afiliados a la cajas del sector bancario, donde sólo se exigían 24 años de cotización.

Así, se daba el caso que un egresado de la educación secundaria que iniciaba en un banco a los 18 años de edad, podía obtener una jubilación a los 42 años de edad. Distinto era el caso de los obreros, que necesariamente debían esperar hasta cumplir los 65 años de edad, salvo que se invalidaran antes.

Con esto, es posible concluir que en el antiguo régimen había una gran falta de uniformidad en el tratamiento de los asegurados, lo que llevó a una abierta discriminación de los beneficiarios del SSS, que tenía afiliados a la mayoría de los trabajadores del total de los sistemas existentes

Ausencia de mecanismos de reajuste a la inflación.

El bajo nivel real de las pensiones que se observó en las décadas anteriores a la reforma tiene como causa fundamental la inexistencia de mecanismos de reajuste a la inflación. Tanto en la determinación del salario final, como en la actualización de las pensiones ya otorgadas.

La pensión que recibían periódicamente los pensionados no estaba ligada en forma automática a las variaciones experimentadas por la inflación. Si bien en algunos regímenes se contemplaban ciertos mecanismos de reajuste, éstos no correspondían al cien por ciento de la variación en el índice de precios al consumidor. Las pensiones otorgadas en tiempos de estabilidad económica, se vieron reducidas a la nada en la década de los 70's.

La magnitud del problema que se generó como consecuencia de esta falla queda de manifiesto al observar la evolución que tuvieron durante las últimas décadas las pensiones reales promedio pagadas.

CUADRO III.2. INDICE DE LA PENSION REAL PROMEDIO 1970-1980.²
(Precios constantes de 1970).

AÑO	INDICE
1970	100
1971	142
1972	96
1973	55
1974	59
1975	52
1976	56
1977	61
1978	67
1979	76
1980	83

² Fuente, La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. FCE.

No obstante los esfuerzos que se hicieron por remediar esta situación, el régimen presentaba serias deficiencias en esta materia. Si bien los problemas que se observaron pueden atribuirse en parte a los criterios que se adoptaron para manejar el sistema, ello no era absolutamente independiente de la naturaleza misma del régimen de reparto. En la medida que la relación activos/pasivos fue decreciendo en el tiempo habiendo disminuido desde 6.65 en 1959 a 2.19 en 1980³, tendió a producirse un problema estructural de financiamiento.

CUADRO III.2. ASEGURADOS ACTIVOS Y PENSIONADOS: 1950-1979. ⁴
(Miles).

AÑO	ACTIVOS (1)	% DEL PEA	PENSIONADOS (2)	(1)/(2)
1950	1400			
1956	1537	65		
1959	1537	65	231	6.65
1965	1964	73	441	4.45
1970	2217	75	614	3.61
1975	2334	75	810	2.88
1977	2303	71	922	2.49
1978	2235	67	976	2.28
1979	2291	67	1041	2.20
1980	2297	63	1047	2.19

Otro aspecto fue el inadecuado manejo de las reservas que en los primeros años acumularon las Cajas de Previsión. Las reservas fueron invertidas en instrumentos financieros públicos y privados de renta fija, tales como bonos e hipotecas sobre edificios, los cuales estaban expresados en unidades monetarias que no contemplaban reajustes por inflación, así, con la severa inflación a través de los años, esos activos llegaron a ser prácticamente inútiles. Finalmente, aún cuando estas instituciones no siempre disponían de la capacidad técnica para evaluar riesgo crediticio y para ejecutar una adecuada cobranza en caso de morosidad, se otorgaron préstamos a los asegurados para distintos fines. Estas situaciones fueron reduciendo el valor real de las reservas, transformando el régimen financiero de las cajas desde uno con capitalización parcial hacia uno de reparto simple.

Financiamiento y evasión.

Debido a que la relación activos/pasivos fue decreciendo y a que las reservas fueron inadecuadamente manejadas. Las cuotas de financiamiento de los diferentes sistemas, fueron creciendo, hasta que las tasas de imposiciones sobre sueldos y salarios llegaron en 1974 a representar más de un 50% de la remuneración mensual del trabajador. Posteriormente, comienzan a reducirse paulatinamente, lo que aumentó las dificultades de financiamiento y creó los déficits financieros de los cuales nunca se recuperarían.

CUADRO III.3. ⁵ TASAS GLOBALES DE COTIZACION.

INSTITUCION	1980	1974	DIFERENCIA.
Servicio de Seguro Social	33.20%	56.60%	23.40%
EMPART	41.04%	64.50%	23.46%
CANAEMPU	32.50%	54.75%	22.25%

³ Fuente, El sistema chileno de pensiones. op. cit., p. 19.

⁴ Fuente, La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. p. 272. FCE.

⁵ Fuente, El sistema chileno de pensiones. op. cit.

Aun cuando las tasas de cotización se redujeron, continuaron siendo elevadas lo que significaba un verdadero impuesto a la contratación de mano de obra, contribuyendo a crear dos grandes problemas, que fueron:

1. Reducción del nivel de empleo formal de la economía.
2. Propiciar la evasión.

Ambas situaciones, agravaban el problema del financiamiento.

Y por otro lado, propiciaron el empleo de personal independiente, el cual no cotizaba en las cajas y ahorraaba costos a las compañías.

La evasión en el pago de las cotizaciones previsionales estaba incentivada por las elevadas tasas globales de cotización las que, pese a su reducción en más de 20% desde 1974 a 1980, oscilaban entre 32.5 y 41%. A su vez, la tasa de desempleo se había elevado desde 3.3% en 1972 a 14.9% en 1975 y en 1980 aún permanecía en 10.4%. Finalmente, se registró un aumento de la población independiente que paso de 19.9% del total en 1974 a 21.1% en 1980.

También había un alto grado de incumplimiento de los requisitos de cobertura, especialmente en el sistema general para trabajadores manuales. Muchos trabajadores y empleadores no pagaban cotizaciones o pagaban por un sueldo menor al que realmente recibían, porque la pensión mínima sería pagada cualquiera que fuere el nivel del salario sobre el cual se cotizara. En algunos sistemas las cotizaciones fueron pagadas por muchos trabajadores sobre montos menores a sus ingresos hasta los últimos cinco años de servicio, porque los ingresos anteriores a ellos no eran usados para calcular el monto de la pensión.

Alta dependencia del financiamiento estatal.

Debido a las limitaciones anteriores, el gobierno encontró necesario intervenir para solucionar el creciente déficit en la mayoría de los sistemas (incluyendo el costo de proveer la pensión mínima). Hacia 1980, cerca del 28% de los desembolsos de todos los sistemas provino de fondos proporcionados por el gobierno para cubrir el déficit. Se estimó que esta proporción aumentaría considerablemente en el futuro, por lo que era necesario aplicar reformas drásticas. Estas reformas influyeron tanto en el pasado como en el futuro, específicamente las edades de jubilación, muy bajas en algunos sistemas.

En un sistema previsional organizado bajo la modalidad de reparto, como el que operó en Chile hasta la fecha de la reforma, de dependencia del financiamiento estatal es prácticamente inevitable que en la medida en que las cotizaciones de los afiliados activos son insuficientes para pagar las pensiones del sector pasivo, está implícito un compromiso de financiamiento fiscal. En el caso chileno, en que la relación entre afiliados activos y pasivos fue disminuyendo en el tiempo, el apoyo del Estado al financiamiento del sistema se torno inevitable y creciente.

El problema que esto representa es que en tanto los recursos fiscales son también limitados, está siempre latente la presión por disminuir en términos reales el nivel de las pensiones, y de esa forma lograr una menor brecha. En el caso extremo de que no se recurriera al financiamiento estatal, una tendencia decreciente en la relación activos/pasivos produce pensiones decrecientes, la insolvencia del sistema o la necesidad de aumentar las aportaciones de los afiliados activos.

Concretamente, durante la última década se observó un aumento de los aportes estatales para el financiamiento de pensiones.

CUADRO III.4 APOORTE FISCAL PARA EL PAGO DE PENSIONES.⁶

AÑO	APOORTE FISCAL DIRECTO.	
	INDICE 1977 = 100	% DEL PIB.
1977	100.0	2.67
1978	102.0	2.51
1979	107.8	2.47
1980	127.6	2.70

Pasividad de los asegurados.

Considerando que en el antiguo régimen los asegurados no participaban en las definiciones y alcances, no había instancias que indujeran a una mayor eficiencia operativa de parte de las cajas, ni tampoco había opciones de ninguna naturaleza para los afiliados. Ya que los trabajadores debían cotizar en la caja que les correspondiera, en función del tipo de actividad desempeñada. Esta pasividad de los asegurados es una de las razones que permite explicar por qué no había incentivos a mejorar la eficiencia operativa del sistema anterior.

Desde otro punto de vista, esta pasividad impuesta por Ley constituía una seria deficiencia del antiguo régimen previsional ya que no daba ningún grado de libertad a los imponentes para tomar decisiones respecto de la forma de recibir los beneficios previsionales. Así, por ejemplo, para algunos hubiera sido preferible complementar la cotización obligatoria con tal de alcanzar una pensión más elevada al momento de la jubilación.

Inseguridad para los imponentes.

Es importante hacer mención del elemento que tornaba bastante incierto el panorama para los imponentes, era el satisfacer los requisitos de jubilación, los cuales variaban en función de lo que establecían las leyes orgánicas respectivas, combinaban la edad, semanas cotizadas y permanencia en el trabajo en los últimos años; que como mencionamos, en los años 70 s Chile entró a una de las etapas más difíciles de su vida económica, pasando el desempleo a ser un problema mayor, afectando también al personal de mayor edad, que quedaban desamparados y sin opción a una pensión.

⁶ Fuente, El sistema chileno de pensiones. op. cit.,

Otro problema vinculado, era el no reconocimiento de la antigüedad cuando la persona cambiaba de actividad económica, y con ello pasaba a cotizar a otra caja, perdiendo sus cotizaciones anteriores y reiniciando sus semanas de cotización.

Grupos de poder.

En la presentación del nuevo sistema, se destacó como uno de los principales problemas, el hecho de que los gobiernos civiles estaban bajo la presión de grupos sociales, con un fuerte poder y que por ello, a través de los años, estos habían ganado terreno sobre otros grupos en los beneficios de la seguridad social.

Es importante señalar que no hay ninguna razón inherente a los sistemas que lleven a injusticias o abusos. Sin embargo, el hecho de que el dinero para pagar las pensiones provenga de un gran fondo innominado, los expone a las presiones de grupos poderosos que piden tratamientos especiales, ocasionando esto una mayor disparidad dentro del sistema.

Complejo e inadecuado manejo de aspectos técnicos.

Un sistema de reparto necesita una gran información para su adecuado manejo, si este es nacional, la información se obtiene de manera más sencilla. Pero en el caso de las cajas existentes en el sistema chileno, la información a nivel nacional no era una adecuada base, ya que las cajas eran de actividades económicas específicas.

Por ejemplo, el monto total de los ingresos de una caja de previsión social dependían del número de trabajadores, el salario promedio y de la tasa de cotización; y el monto total de los egresos dependen, a su vez, del número de pensionados y del monto de las pensiones. Algunas de estas variables son medianamente predecibles, pero otras son difíciles de pronosticar, como por ejemplo, la evolución de las expectativas de vida, del nivel de actividad, de los salarios promedios, del número de cotizantes, de la relación entre trabajadores dependientes e independientes, del grado de integración de las mujeres a la fuerza de trabajo, etc.

De esta manera, el monto de la pensión de un individuo dependerá fundamentalmente de variables demográficas y económicas particulares del grupo socioeconómico en que se encuentra cotizando y con mucha más razón la cuota de cotización, las cuales tenían una tendencia de incremento, pero por decisiones políticas, no solo no crecieron, sino que se redujeron, creando un mayor déficit dentro de las cajas, siendo este mayor, en donde los beneficios eran mayores.

En consideración a los problemas planteados, en 1980, se decide sustituir el sistema de seguridad social imperante, separando definitivamente los servicios otorgados por el área de salud de los del área previsional.

En la Ley 3500, se busco ampliar la cobertura de los beneficios de pensiones, quedando los siguientes grupos y situación:

1. Los trabajadores dependientes que se incorporan por primera vez a la fuerza de trabajo, quedan bajo el esquema de afiliación obligatoria.
2. Se incluye a los trabajadores independientes mediante una afiliación voluntaria, y
3. Opcional para los trabajadores que ya cotizaban en el sistema anterior, contando con cinco años para definir el sistema que les era más adecuado.

La reforma tiene las siguientes características:

1. Se establece un régimen uniforme basado en la capitalización individual,
2. Con aportaciones definidas (únicamente a cargo del empleado),
3. Con garantía de una pensión de cuantía mínima,
4. Con bono de reconocimiento.
5. Ahorro voluntario adicional,
6. Diferentes opciones para optar en el retiro,
7. Administración privada de los fondos,
8. Libre elección de Administradora por parte de los afiliados, y
9. Supervisión estatal.

Con ventajas económico financieras en base a:

1. Unidades de Fomento o Indexación,
2. Ventajas Fiscales, y
3. Rentabilidad mínima.

Situación inicial.

El nuevo sistema encontró una buena acogida en los trabajadores, principalmente en los que cotizaban dentro del SSS, quienes se traspasaron en forma masiva del antiguo sistema. Durante el primer año, alrededor de 1,400,000 trabajadores decidieron dejar sus respectivas cajas de previsión para trasladarse al nuevo sistema. Cada persona analizó su situación y decidió inscribirse en él, aunque los motivos principales del cambio fueron:

1. Los afiliados al SSS, que era definitivamente la peor opción del sistema anterior, no vieron que pudieran perder y si tenían la posibilidad de mejores condiciones a futuro.⁷

⁷ Por lo general, el SSS pagaba pensiones mínimas. Bajo el nuevo sistema, los beneficios de jubilación serían siempre al menos dicha pensión mínima y con el tiempo mayores, mientras que los beneficios de invalidez y sobrevivencia serían mucho mayores.

**EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
EL SISTEMA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL Y EL PLAN DE PENSIONES PARA EL RETIRO.**

2. Otra razón fue el aumento de su remuneración real. Si se cambiaban, aumentaban su ingreso líquido, el cual varía de una institución a otra, pero que estaba alrededor del 12.6% en promedio, lo cual equivale a más de un mes de sueldo por año
3. Muchos trabajadores entraron al nuevo sistema por falta de confianza en la administración del sistema antiguo.

Se cambiaron al nuevo sistema entre el 85% y 90% de todos los trabajadores bajo el antiguo sistema dentro de los 5 años que tenían para tal fin.

CUADRO I.4 EVOLUCION DE AFILIADOS.*

AÑO	NUEVO SISTEMA DE PENSIONES (1).	EX-CAJAS DE PREVISION (2).
1980	-	2,226,931
1981	1,400,000	731,939
1982	1,440,000	488,856
1983	1,620,000	477,798
1984	1,930,000	459,798
1985	2,283,830	454,409
1986	2,591,484	448,829
1987	2,890,680	441,728
1988	3,183,002	421,012
1989	3,470,845	390,061
1990	3,739,542	367,833
1991	4,109,184	350,528
1992	4,434,795	336,288
1993	4,708,840	308,703
1994	5,014,444	279,742
1995	5,320,913	275,568

Notas: (1) A diciembre de cada año. (2) Promedio Anual.

Algunas personas no optaron por el cambio, ya que estaban a punto de jubilarse. Pero la mayoría de las personas que no se traspasaron, fue debido a que los futuros beneficios que alcanzarían en el régimen original, siempre serían mejores al sistema actual, como en el caso de las "pensiones perseguidoras".

El resultado de este traslado voluntario de afiliados ocasionó la pérdida de ingresos de las instituciones del régimen anterior, lo cual agravó sus problemas de financiamiento debido a que los flujos de ingresos y egresos quedaron totalmente disociados.

Una vez que se produjo un traslado significativo de afiliados, fue necesario fusionar a las distintas cajas previsionales del régimen anterior, con el fin de lograr un funcionamiento

porque ellos están determinados sobre la tasa básica del 70% del salario final, calculado en forma reajustada sobre los últimos 12 meses previos a la invalidez o muerte

* Fuente, El sistema chileno de pensiones.

Tercera edición. Superintendencia de administradoras de fondos de pensiones.

eficiente y una administración adecuada de los recursos, que el gobierno ha cubierto y seguirá afrontando debido a las actuales y futuras pensiones del sistema anterior. Por lo que, todo quedo integrado en el Instituto de Normalización Previsional (INP).

Estructura general del nuevo sistema.

Capitalización individual.

La nueva ley estableció la capitalización individual como forma de financiamiento de las pensiones de vejez. Esto significa que cada afiliado es dueño de una cuenta individual donde deposita sus aportaciones previsionales, las cuales producen sus respectivos intereses, generando los recursos que posteriormente financiarán su pensión de vejez.⁹

Al término de la vida activa del trabajador, el capital constituido le es devuelto a él o a sus beneficiarios sobrevivientes en alguna modalidad de pensión. La cuantía de las pensiones dependerá del monto del capital ahorrado, existiendo por lo tanto una relación directa entre el esfuerzo personal y la pensión que se obtenga.

Estos sistemas, se han podido desarrollar en el mundo debido a la gran capacidad de almacenamiento y procesamiento de información proporcionada por las computadoras, las cuales permiten una administración ordenada, ya que el manejo de una cuenta individual para cada afiliado, donde se registran todas sus cotizaciones, así como los intereses y reajustes producto de la inversión de su dinero, antes era simplemente imposible.

De este modo, el trabajador debe aportar un porcentaje de sus ingresos, más una cotización adicional para cubrir el sistema de invalidez y sobrevivencia que comparte, con el resto de los afiliados en la misma administradora. Esta parte de la cotización, es incorporada a un fondo de pensiones que también es común a todos los afiliados.

Con la cuenta de capitalización individual, cada trabajador puede ajustar los beneficios según sus necesidades particulares y las contingencias económicas y familiares que le depare el futuro o que los trabajadores decidan. Ya que al ser propietarios de los fondos individuales los afiliados pueden tener más opciones, así algunos preferirán postergar la edad de retiro para obtener una pensión mayor, ya que sus fondos se siguen acumulando, principalmente si observa un aumento en sus expectativas de vida o ha tenido períodos prolongados sin cotizar. Otros que se sientan más débiles podrán jubilarse antes, ya sea aportando un porcentaje mayor de su renta o sacrificando en parte el nivel de pensión. Otros preferirán incorporarse a un seguro de renta vitalicia que les permita asegurar una pensión constante reajustada por el resto de su vida para ellos y sus beneficiarios, mientras que otros preferirán mantener retiros programados dejando el saldo como herencia a sus descendientes.

⁹ Art. 1. "Crease un Sistema de Pensiones de Vejez, de invalidez y sobrevivencia derivado de la capitalización individual que se regirá por las normas de la presente ley."

Los aspectos anteriores tienden naturalmente a fomentar la responsabilidad del individuo sobre su futuro y, una vez que el sistema muestre su capacidad de entregar retribuciones adecuadas, fomentará el ahorro de las personas que sentirán la confianza suficiente para ello.

Dentro de los desafíos para la correcta operación de un sistema de capitalización individual está el de una competencia fuerte de administradoras privadas que, bajo normas que garanticen una adecuada transparencia de las inversiones, se busca optimizar y diversificar las inversiones.

Aportaciones definidas.

En general la aportación obligatoria es el 10% del sueldo¹⁰ (los trabajadores independientes están sobre la base de aportaciones voluntarias), hasta un tope máximo, el cual es reajustado y asciende a 60 unidades de fomento.

Las Fuerzas Armadas no están consideradas dentro de este sistema.

Las aportaciones son pagadas completamente por el empleado. Podría parecer injusto que el nuevo sistema requiera a los afiliados pagar el costo total, considerando que en el antiguo sistema los patrones y los trabajadores compartían el costo (generalmente pagaba más de la mitad el patrón). Sin embargo, al momento de entrar en vigencia el nuevo sistema, se les exigió a los patrones dar un aumento de sueldo del 18%, el cual compensó en parte el mayor costo que significaba para los trabajadores (no solo el 10% para pensiones, sino también los otros costos traspasados a los trabajadores en cuanto a los beneficios de pensiones por invalidez y sobrevivencia, y el seguro de salud).

Si solo se consideraran los beneficios de jubilación en base a las cotizaciones definidas en 10%, el nuevo sistema es inadecuado, porque proporcionarían pensiones relativamente bajas para aquellos que se jubilen a corto plazo, ya que pasarán algunos años antes de que las cuentas individuales basadas en sus cotizaciones a partir de mayo de 1981 sean suficientemente grandes para proveer pensiones considerables. Los partidarios del programa creen que a la larga el nivel de las pensiones será cerca del 70% del salario final, manteniéndose dicho valor mediante el procedimiento de indexación o reajuste. Ellos reconocen, sin embargo que dicha meta no será lograda para quienes se jubilen en las próximas dos décadas.

Sin embargo, esto es compensado por 2 características que describiremos más adelante con mayor detalle, que son:

1. La garantía de una pensión de cuantía mínima, y
2. El bono de reconocimiento.

¹⁰ Art. 17, "Los trabajadores afiliados al Sistema, menores de 65 años de edad si son hombres, y menores de 60 años de edad si son mujeres, estarán obligados a cotizar en su cuenta de capitalización individual el 10 por ciento de sus remuneraciones y rentas imponibles."

De este modo, las personas que se jubilen en el corto plazo, recibirán pensiones que serán al menos iguales a la pensión mínima del antiguo sistema.

Por otro lado, todos los trabajadores tienen los mismos beneficios, además, el nuevo sistema, considerado en su totalidad, contiene varios elementos de adecuación social y, en consecuencia, no es en ningún caso un sistema basado únicamente en la equidad individual, específicamente, estos elementos son: los beneficios de invalidez y sobrevivencia.

Pensión mínima garantizada.

Con el fin de dar la debida seguridad a los beneficiarios en el nuevo sistema, se estableció una garantía estatal de una pensión mínima, aun cuando el afiliado no cuente con el saldo suficiente en su cuenta de capitalización individual, ya que será el estado quien aportará el monto de la diferencia para que la cuenta individual sea suficiente.

La pensión mínima se otorga bajo las siguientes condiciones:

1. En los casos de retiro por edad, cuando se tienen al menos 20 años de cotizaciones de servicio, considerando tanto el nuevo sistema, como el antiguo (cuando proceda). Considerando además, los periodos en que el afiliado hubiese gozado de subsidio de incapacidad temporal, con un máximo de tres años.
2. En los casos de invalidez, el requisito es dos años de cotizaciones en los últimos cuatro años (con un mínimo de seis meses de cotización bajo el nuevo sistema).
3. A los beneficiarios de un pensionado por vejez o empleado activo, al momento de fallecer éste de acuerdo a los artículos referentes a los beneficios garantizados por el estado.

El monto de la pensión mínima representa el 67% del salario mínimo legal para el año 2000, (aumentado a cerca del 73% para quienes tengan 70 años o más). El salario mínimo legal es de 100,000 pesos chilenos y se incrementa en función a negociación, la pensión mínima es de 67,068 y para personas de 70 años o más es de 73,333.

Otras garantías por parte del estado son:

En caso de cesación de pagos o quiebra de una Administradora, el Estado garantiza los siguientes conceptos:

1. Las aportaciones y contribuciones del asegurado,
2. Las aportaciones adicionales de invalidez o fallecimiento de un afiliado no pensionado,
3. Las pensiones de invalidez originadas por un primer dictamen, y
4. Una cuota mortuoria.

Además, el Estado garantiza el pago de las pensiones de rentas vitalicias contratadas a las compañías de seguros de vida, en caso de quiebra de ésta última. La cobertura de esta garantía oscila entre el 100% de la pensión mínima vigente y 75% del exceso sobre ésta por cada pensionado o beneficiario.¹¹

Las garantías estatales de los puntos 1 y 2 referidos arriba, comprometen la futura utilización de recursos fiscales, por lo tanto, se hace necesario controlar el funcionamiento de los fondos de pensiones, para que las garantías se entreguen sólo cuando los afiliados carezcan de medios para alcanzar la pensión mínima, o por razones de fuerza mayor y no por ineficiencia y mal funcionamiento del Sistema o de la Administradora de Fondos de Pensiones respectiva.

El bono de reconocimiento.

El objetivo del bono de reconocimiento es proporcionar una cantidad de dinero al alcanzar el retiro normal por edad, en reconocimiento del valor de la pensión obtenida bajo el sistema antiguo. Tal suma total es entonces utilizada junto con las cotizaciones acumuladas en las Administradoras de Fondos de Pensiones, para proporcionar ingresos de jubilación a aquellos que se han trasladado del antiguo sistema al nuevo.

Para tener derecho al bono de reconocimiento, los afiliados deben cumplir con los siguientes puntos:

1. Haber cotizado en el sistema antiguo.
2. Registrar un mínimo de 12 cotizaciones mensuales en alguna institución de previsión del sistema antiguo, correspondientes a remuneraciones obtenidas dentro de los cinco años anteriores a noviembre de 1980, y que no hayan servido de base para una pensión ya otorgada.

Aquellos afiliados que no cumplan el requisito anterior, deberán registrar cotizaciones por remuneraciones obtenidas en el periodo julio de 1979 a diciembre de 1982, que no hayan servido de base para una pensión ya otorgada.

Su monto es el 80% del sueldo promedio de los últimos 12 meses antes de la mitad de 1979 con indexaciones, multiplicado por el número de años de cotizaciones en el antiguo sistema (con un máximo de 35) dividido por 35, este resultado entonces multiplicarlo por un factor que refleja el costo de una renta vitalicia (10.35 para hombres y 11.36 para mujeres). De ahí en adelante el bono se expresa en términos de Unidades de Fomento y se acumula al 4% de interés anual.

El Bono de Reconocimiento y sus rendimientos se adicionaran a la cuenta de capitalización individual del afiliado cuando:

¹¹ Fuente, artículo 82 del decreto de ley 3500 de Chile. Nueva Reforma Previsional

1. El afiliado cumpla la edad legal para pensionarse por vejez (a los 65 años de edad si es hombre o a los 60 años de edad si es mujer).
2. El afiliado se acoge a pensión de invalidez definitiva
3. El afiliado se acoge a pensión de invalidez transitoria no cubierta por el seguro
4. Si el afiliado se pensiona anticipadamente, la exigibilidad se produce a partir de la fecha en que cumpla la edad correspondiente para pensionarse por vejez. Sin embargo, actualmente los afiliados pueden intercambiar el Bono en las bolsas de valores obteniendo el dinero antes de su vencimiento, o alternativamente, endosarlo a una Compañía de Seguros en el caso de optar por la modalidad de renta vitalicia. Cabe señalar que estas transacciones no implican que el Estado debe adelantar el pago del Bono.
5. Si el afiliado fallece cualquiera que sea su edad.

Ahorro voluntario.

Se creó la cuenta de ahorro voluntario, como complemento de la cuenta de capitalización individual, con el objetivo de constituir una fuente de ahorro adicional para el afiliado, acercando así a los ahorradores de menores recursos al ahorro financiero y al sistema de pensiones. La cuenta de ahorro voluntario es independiente de la cuenta de capitalización individual. En esta cuenta el afiliado puede realizar depósitos en forma regular o no, los cuales son de libre disposición, sin embargo, posee un máximo de cuatro retiros anuales.

Los afiliados independientes pueden facultar a su respectiva Administradora a traspasar fondos desde su cuenta de ahorro voluntario hacia su cuenta de capitalización individual, a fin de cubrir las aportaciones previsionales correspondientes.

Los fondos acumulados en la cuenta de ahorro voluntario, no son considerados en la determinación de la pensión, pero el ahorro voluntario puede ser traspasado en su totalidad o únicamente una porción a su cuenta de capitalización individual con el objeto de incrementar el monto de su pensión, sin menoscabo de sus beneficios, como es el caso de la pensión mínima garantizada.

En relación al régimen tributario, los retiros que se efectúen de la cuenta de ahorro voluntario, con excepción de aquellos que se destinen a incrementar el saldo de la cuenta de capitalización individual, estarán afectos a impuesto.

Cotizaciones voluntarias.

El afiliado tiene la opción de efectuar cotizaciones voluntarias, lo que consiste en destinar un porcentaje por arriba del 10% obligatorio. Estas cotizaciones tienen como objetivo aumentar el ahorro previsional y eventualmente optar por una pensión de vejez anticipada. La

diferencia con la cuenta obligatoria, es que esta opción no permite el retiro del ahorro, ya que se invierte directamente en la cuenta de capitalización individual.

Las pensiones por vejez.

Como todo Sistema Previsional, el principal beneficio generado es el otorgamiento de pensiones, distinguiéndose dos casos en las pensiones y son: a) Vejez y b) Por invalidez. En ambos casos existen las pensiones en favor de los beneficiarios sobrevivientes al afiliado.

El afiliado puede jubilarse por vejez, cuando cumpla alguna de las condiciones siguientes:

1. Haber cumplido 65 años de edad en el caso de ser hombre y 60 años de edad si es mujer.
2. Contar en su cuenta de capitalización individual con un saldo suficiente para financiar una pensión que ascienda por lo menos al 50% del promedio de las remuneraciones percibidas durante los últimos 10 años considerando su indexación y además, dicha pensión sea igual o superior al 110% de la pensión mínima garantizada por el Estado.

Como podemos observar, el segundo punto, funciona como la opción a una pensión por cesantía en edad avanzada.

Opciones de retiro.

La legislación actual establece la existencia de las siguientes modalidades de pensión, cada una con su propia forma de financiamiento y administración, a las que pueden acceder los afiliados con los recursos de su cuenta individual. Cabe recordar, que la cuenta individual se encuentra en Unidades de Fomento, lo que disminuye en todo momento los riesgos financieros.

Renta Vitalicia Inmediata.

En esta modalidad los afiliados contratan su pensión a través de una compañía de seguros de vida, la cual es elegida libremente. La compañía de seguros se compromete a pagar una renta mensual constante en términos reales de por vida y a pagar pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios. La ventaja de esta opción, es que el afiliado transfiere el riesgo de longevidad y el riesgo financiero a la compañía de seguros de vida.

Una ventaja adicional, es que el afiliado puede escoger entre diversas compañías de seguros la que será su pensión. Las compañías de seguros compiten a través del monto de la pensión ofrecida y/o la prima.

Una vez que el afiliado opta por esta modalidad y suscribe el contrato, la decisión es irrevocable, dado que se pierde la propiedad sobre los recursos de su cuenta individual.

Retiro programado.

Bajo esta opción el trabajador mantiene su cuenta de capitalización individual en su Administradora, retirando anualidades, las que se obtienen de dividir el saldo acumulado en su cuenta por el capital necesario.

La pensión se calcula anualmente, y corresponde al flujo que agota el capital en el periodo determinado por la expectativa de vida del afiliado y sus beneficiarios de pensión. El cálculo anual tiene por objeto corregir el monto de la pensión por las diferencias observadas entre la rentabilidad proyectada y aquella efectivamente obtenida, así como reflejar el cambio producido tanto en la composición del grupo familiar como en la expectativa de vida del afiliado y sus beneficiarios.

La ventaja de esta modalidad, es que el asegurado sigue siendo dueño de sus ahorros, los cuales podrán formar parte de los bienes a heredar. La desventaja es que el afiliado asume el riesgo de sobrevivencia y el riesgo financiero.

En esta modalidad el afiliado puede cambiar su decisión en cualquier momento y optar por la alternativa de renta vitalicia.

Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida.

Esta modalidad es una composición de las dos anteriores, ya que la renta temporal es manejada por la Administradora y la renta vitalicia diferida es contratada con compañía de seguros de vida, la cual iniciará un periodo de tiempo después, de acuerdo a lo solicitado por el asegurado.

De esta manera, entre la fecha en que solicita esta modalidad y la fecha en que comienza a recibir la renta vitalicia, el afiliado recibe mensualmente una pensión financiada con fondos para este propósito de su cuenta de capitalización individual por parte de su Administradora. Con lo anterior, el afiliado mantiene la propiedad de parte de su cuenta de capitalización individual y asume únicamente el riesgo financiero por un periodo de su vida. El riesgo de longevidad, deberá de afrontarlo la compañía de seguros de vida con que contrató la renta vitalicia diferida, al igual que el riesgo financiero de el segundo periodo.

Solo existe la condición, de que la renta vitalicia diferida que se contrate no puede ser inferior al 50% del primer pago de la renta temporal ni tampoco puede ser superior al 100% de dicho pago.

En esta modalidad, si el trabajador alcanza una pensión superior al 120% de la pensión mínima garantizada y es además, superior al 70% del promedio de la remuneración mensual imponible de los últimos diez años, tiene derecho al excedente de libre disposición, esto es, los fondos remanentes en su cuenta individual, luego de efectuar el cálculo del monto necesario para la obtención de la pensión con las características referidas. Este excedente,

como su nombre lo indica, queda a disposición del afiliado para los usos que éste estime conveniente, si es que así lo desea.

Administración privada de los fondos.

El sistema de pensiones está administrado por entes privados, denominados Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Estas instituciones son sociedades anónimas, cuyo objeto exclusivo es la administración de un Fondo de Pensiones y de otras actividades estrictamente relacionadas con el giro previsional, además de otorgar y administrar las prestaciones y beneficios que establece la ley.

Las Administradoras recaudan las cotizaciones previsionales, las depositan en la cuenta personal de cada afiliado e invierten los recursos, para otorgar posteriormente los beneficios que correspondan. Adicionalmente contratan un seguro para financiar las pensiones de invalidez y sobrevivencia que generen sus afiliados.

Por gestión las Administradoras tienen derecho a una retribución establecida sobre la base de comisiones con cargo a los afiliados. Las comisiones son fijadas libremente por cada Administradora; no obstante, son uniformes para todos sus afiliados.

Supervisión estatal.

Con el objeto de asegurar a los trabajadores y sus grupos familiares los beneficios que tendrán en el nuevo sistema, la contrapartida natural de la obligación de cotizar es que el Estado se comprometa a velar por la seguridad de los recursos acumulados en el sistema actual de pensiones. Además de los elementos cualitativos, relacionados con la atención de la confianza pública, es de suma importancia para el desarrollo económico del país mantener los fondos de pensiones como fuente de oferta de recursos para los principales sectores económicos.

Una de las decisiones relevantes, se refiere a la conformación del organismo que debía de llevar a cabo la supervisión del sistema. Dada la especialización y magnitud de las actividades del organismo contralor, en el caso chileno se consideró conveniente la creación de una institución independiente que llevara a cabo esta labor. De modo que se pudieran concentrar esfuerzos en la supervisión, la optimización de los procesos y la adecuación de la legislación original del sistema en un entorno dinámico. Además de la mayor eficiencia que conlleva, la especialización permite que las decisiones que se adopten fortalezcan el sistema de pensiones por sobre otros objetivos.

Por lo que se creó la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP), que es la autoridad técnica de vigilancia y control de las Administradoras. Sus funciones comprenden las áreas financiera, actuarial, jurídica y administrativa y se relaciona con el Gobierno a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, por medio de la Subsecretaría de Previsión Social.

La autonomía, ha redundado en una mayor eficiencia, al existir una especialización en la fiscalización de los fondos de pensiones. A su vez, se evitan posibles conflictos de intereses que pueden estar presentes al delegar la supervisión en un organismo contralor ya existente, que fiscalice otras industrias.

Las principales funciones de la Superintendencia son:

1. Con respecto a las Administradoras de Fondos de Pensiones:

- a) Aprobar o rechazar al prospecto, aprobar sus estatutos y autorizar su existencia,
- b) Fiscalizar su funcionamiento en sus aspectos jurídicos, administrativos y financieros,
- c) Fiscalizar la inversión de los recursos de los Fondos de Pensiones y la composición de la cartera de inversiones.
- d) Velar por el cumplimiento de los requisitos de capital mínimo, reservas y encaje,
- e) Imponer multas y sanciones cuando corresponda, y
- f) En base a la ley, proceder a la disolución de las instituciones.

2. Funciones Generales:

- a) Actuar como Secretaría Técnica y Ejecutiva de la Comisión Clasificadora de riesgo,
- b) Interpretar la legislación y reglamentación en vigencia e impartir normas generales, sin perjuicio de las atribuciones de la Superintendencia de Seguros, Sociedades Anónimas y Bolsas de Comercio, y fiscalizar la observancia de dichas normas y el cumplimiento de las obligaciones que emanen de los contratos,
- c) Fiscalizar los mercados primarios y secundarios en lo que se refiere a la participación de los Fondos de Pensiones en éstos, sin perjuicio de las atribuciones de la Superintendencia de Valores y Seguros.
- d) Proponer las reformas legales y reglamentarias tendientes a perfeccionar el funcionamiento del Sistema.
- e) Velar por el cumplimiento integral de la legislación en lo relativo al proceso de calificación de invalidez por parte de las Comisiones Médicas Regionales y Central, garantizando la justicia y ecuanimidad del proceso, exigiendo la confidencialidad y el acceso libre a la calificación de parte de los trabajadores. Además, regula las discrepancias de criterios surgidas en la aplicación de las normas para la calificación y evaluación del grado de invalidez entre las Comisiones Regionales y Central.

Para lo cual, la Superintendencia tiene una organización constituida por seis divisiones y una unidad, las cuales garantizan la especialización requerida por la institución. Destacando la División de Informática y Administración Interna cuya labor es diseñar y administrar el soporte de computo de los procesos de fiscalización e incluye conexiones con las AFP's y con las instituciones del mercado de capitales chileno.

Con objeto de mantener una adecuada supervisión la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones ha puesto en práctica un sistema de control cuyos principales aspectos son:

- Informe diario: Las administradoras deben entregar un informe diario en el cual se detallan todas las entradas y salidas de dinero del fondo, las compras y ventas de instrumentos, la valorización de la cartera de inversiones y el cumplimiento de la diversificación de las inversiones y de la custodia de títulos en el Banco Central. Dichos informes se procesan y revisan por medio de computadoras con el propósito de confirmar su consistencia y son revisados diariamente por un equipo de analistas financieros especializados.
- Control de transacciones: La Superintendencia controla que las compras y ventas de instrumentos se efectúen en la Bolsa de Comercio o en otros mercados autorizados, y por medio de computadoras comprueba si los precios corresponden a aquellos que rigen en el mercado.
- Valorización. La valorización de la cartera de inversiones se efectúa diariamente, determinando los precios de cada uno de los instrumentos que componen la cartera. De este proceso resulta el valor de la cuota, que permite calcular la rentabilidad obtenida por los ahorros. Las inversiones para cesantía en edad avanzada se valorizan de acuerdo a:
 - Los instrumentos financieros únicos, como por ejemplo, los depósitos a plazo, se valorizan según su precio de compra si el plazo entre las fechas de valorización y de vencimiento es superior a 365 días. Si dicho plazo es inferior a 365 días, se valorizan diariamente de acuerdo a su valor devengado.
 - Los instrumentos financieros emitidos en serie, como por ejemplo las letras de crédito hipotecarios y los bonos, se valorizan diariamente de acuerdo a su valor económico. Para ello se determina el valor presente de los flujos netos de caja, descontados a la tasa de mercado pertinente. En el caso de haberse efectuado transacciones durante el último mes, se utiliza la tasa interna de retorno de referencia, que corresponde a un promedio de las tasas internas de instrumentos con características similares.
- Auditoria de las cuentas individuales: Periódicamente, la Superintendencia efectúa fiscalizaciones a las cuentas individuales, controlando específicamente que las cotizaciones se encuentren correctamente abonadas en las cuentas al valor de cuota que corresponde, que las comisiones cobradas sean las informadas por las Administradoras de Fondos de Pensiones y que las cuentas se encuentren puntualmente actualizadas.

Tanto las normas contenidas en la ley y el reglamento como los controles descritos permiten asegurar que los fondos de pensiones se encuentren adecuadamente resguardados.

Unidades de fomento.

Los montos monetarios de las aportaciones a las cuentas de los afiliados se transforman de inmediato en lo que es, en esencia, una nueva forma de moneda, la Unidad de Fomento (UF). El valor de la Unidad de Fomento cambia cada día de acuerdo a las variaciones del Índice de Precios al Consumidor. Del mismo modo, los montos acumulados para las pensiones y también los beneficios se expresan en Unidades de Fomento. Actualmente, las aportaciones están invertidas, en gran parte, en valores cuyo capital e interés se expresan en Unidades de Fomento.

Esta ventaja que tiene la economía chilena, protege los ahorros de la posible pérdida de valor al paso del tiempo, ya que la Unidad de Fomento tiene un ajuste diario. En sí, toda la economía chilena ya se maneja con esta nueva modalidad de moneda.

Ventajas fiscales.

En el aspecto fiscal, el afiliado cuenta con ciertas ventajas, ya que tanto las aportaciones obligatorias y cotizaciones adicionales, son deducibles del pago de impuestos. Solo están limitados los importes hasta un tope, el cual, afortunadamente es bastante amplio.

Rentabilidad mínima.

Algunas de las razones para la existencia de una rentabilidad mínima son:

- Dar seguridad de un crecimiento real a las inversiones. Al enfocar a las administradoras a que crezcan dentro de un parámetro establecido por el comportamiento de todos los fondos y reservar los recursos excedentes.
- Incrementar la competitividad de las administradoras. Al obtener una mayor rentabilidad, su posición en el mercado es de mejores resultados, lo que atrae la participación de mayor número de afiliados y el manejo de mayores recursos.
- Hacer más atractivo el nuevo sistema sobre el anterior, el cual tuvo muy mala experiencia en este punto. Al garantizar una rentabilidad mínima adicional a la actualización implícita de las unidades de fomento.
- Fomentar el ahorro voluntario. En función de considerar la inversión en el largo plazo y que la rentabilidad de las administradoras sea más atractiva que las de otros instrumentos de inversión para pequeños ahorradores.

Adicional a las pensiones de vejez, existen las pensiones de invalidez total o parcial tanto temporal como permanente y las pensiones de sobrevivencia, que son financiadas por los afiliados a través de la Administradora de pensiones por medio de la contratación de un seguro a una compañía aseguradora.

El seguro de invalidez y sobrevivencia cubre a los trabajadores del riesgo de invalidez o de fallecimiento. En la actualidad, la posibilidad de que una persona llegue a invalidarse temporal o parcialmente es de uno por cada cuatro trabajadores. Además en la mayoría de los países, el porcentaje de algún tipo de invalidez permanente se encuentra alrededor del 10% de la población total.

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia, consideran el saldo de la cuenta de capitalización individual, y cuando corresponda el Bono de Reconocimiento y una aportación adicional que deberá realizar su Administradora en base al artículo 54 (para lo cual contrató el seguro mencionado en el primer párrafo), y además, si así lo desea el asegurado, el traspaso de su cuenta de ahorro voluntario.

La Administradora deberá por lo tanto, contratar un seguro que deberá ser suficiente para cubrir íntegramente el aporte adicional a que se refiere el artículo 53, que dice:

“Se entenderá por aporte adicional la diferencia que resulte entre el capital necesario para financiar las pensiones de referencia y la suma del capital acumulado por el afiliado y el Bono de Reconocimiento, a la fecha en que ocurra el siniestro. Cuando dicha diferencia sea negativa, el aporte adicional será igual a cero. El aporte adicional así determinado se expresará en Unidades de Fomento, al valor del último día del mes anterior a la fecha del siniestro.”

La tasa de cotización por este beneficio es de 0.73 %¹², variando entre Administradoras de Fondos de Pensiones, pero es independiente de la edad, el sexo o nivel socioeconómico. Los sistemas de invalidez y sobrevivencia son por naturaleza solidarios y redistributivos, ya que el riesgo de muerte o invalidez produce al sistema un costo mucho mayor al de una pensión por vejez, ya que las pensiones de invalidez y sobrevivencia cubren periodos mayores a los de la pensión por vejez. Además, si consideramos que se cotiza el mismo porcentaje de su ingreso a pesar de que existen grupos dentro de los afiliados que naturalmente tienen mucho mayor riesgo de quedar inválidos o fallecer prematuramente.

El mecanismo de financiamiento de las pensiones de invalidez y sobrevivencia opera en la práctica como un sistema de reparto, por cuanto la prima del seguro, que es financiada por la totalidad de los trabajadores en cada período, permite formar una cierta reserva, la que es utilizada para complementar las cuentas individuales de los afiliados afectados en dicho período con el capital necesario para que puedan financiar una pensión. Si bien el monto de la pensión a la cual pueden acceder los afiliados afectados está directamente en relación con el volumen de recursos acumulados en la cuenta individual de cada uno, el hecho de que una

¹² Fuente, El sistema chileno de pensiones, Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. p. 132.

compañía de seguros debe ingresar en cada cuenta los recursos requeridos para complementar un monto que le permita al beneficiario acceder a una pensión de referencia equivalente a un cierto porcentaje del promedio de las rentas recibidas en los últimos diez años, unido a la circunstancia de que la aportación que debe realizar la compañía de seguros se financia con las primas pagadas por todos los trabajadores afiliados a la respectiva Administradora de Fondos de Pensiones, evidencia que en el fondo se trata de un mecanismo de reparto.

La solidaridad que está implícita en el financiamiento de las pensiones de invalidez y sobrevivencia constituye un aspecto positivo del nuevo sistema, por cuanto representa una alternativa eficiente para abordar el problema. Si se hubiera legislado en términos de que cada afiliado debería cubrirse del riesgo de invalidez y sobrevivencia en forma individual, hubiera representado serios problemas para la población dedicada a actividades riesgosas o con edades mayores, o problemas severos de salud, con la consiguiente pérdida de bienestar que ello significa para los trabajadores.

Generalidades.

La pensión de invalidez de un afiliado corresponde al 70% del ingreso base, en el caso de afiliados cesantes que hayan dejado de prestar servicios hasta 12 meses antes de la declaración de la incapacidad, se aplica plenamente lo descrito en este punto con la salvedad de que la pensión solo alcanza el 50% del ingreso base. Si la cesantía es de una fecha anterior, el afiliado sólo tiene derecho a contratar una pensión con los recursos de su propia cuenta individual, sin perjuicio de la pensión mínima garantizada por el Estado si correspondiere.

Se entenderá por ingreso base el monto que resulta de dividir por ciento veinte la suma de las remuneraciones imponibles percibidas y rentas declaradas en los últimos diez años anteriores al mes en que se acoge a la pensión, debidamente actualizadas de acuerdo al índice de precios al consumidor. Para aquellos trabajadores cuyo periodo de afiliación fuera inferior a los diez años, el ingreso base se determinará considerando desde el primer mes de afiliación al sistema hasta el mes anterior al que ocurre el fallecimiento o se declara formalmente la invalidez. En este caso, la suma de remuneraciones imponibles y rentas declaradas deberá dividirse por el número mayor entre veinticuatro y el número de meses transcurridos desde la afiliación hasta el mes anterior al del siniestro. Pero, si la muerte o la invalidez es producto de un accidente, la suma de las remuneraciones imponibles y rentas¹³ declaradas se dividirá por el número de meses transcurridos desde la afiliación hasta el mes anterior al del siniestro.

Tendrán derecho a estas pensiones los afiliados que se encuentren cotizando, al momento de su muerte o la declaración de invalidez, o si hubiere cotizado en el mes calendario anterior a su muerte o a la declaración de invalidez, si se trata de un afiliado independiente. También.

¹³ Renta es la cantidad de dinero que declara un afiliado independiente como base de cálculo de su cotización. La remuneración y renta tienen un límite máximo de 60 UF del último día del mes anterior al pago.

para los trabajadores dependientes que estuvieran cesantes, cuyo fallecimiento o declaración de invalidez fuera dentro de los doce meses a partir del último día del mes en que hayan dejado de trabajar siempre y cuando hayan cotizado seis meses del año anterior.

En el caso de invalidez, esta deberá ser certificada por alguna de las Comisiones Médicas Regionales. El dictamen puede ser impugnado por el afiliado, la Administradora de Fondos de Pensiones o por la compañía de seguros que cubre el siniestro, ante la Comisión Médica Central, en el caso de sentirse afectado por el resultado.

La pérdida de capacidad de trabajo no está definida en relación al tipo de trabajo específico que realizaba el afiliado en particular, sino en términos genéricos. Sin embargo, en la evaluación del grado de invalidez, las Comisiones Médicas establecidas por la legislación considerarán la posibilidad real de que el asegurado pueda aprender nuevos oficios de acuerdo a la edad, educación y otros factores que se consideren pertinentes.

Al igual que en las pensiones por vejez, se cuenta con tres modalidades para elegir, que son:

- a) Renta Vitalicia Inmediata;
- b) Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida, o
- c) Retiro Programado.

Pensión de invalidez.

Tienen derecho a la pensión de invalidez, aquellos afiliados no pensionados que tengan menos de la edad legal exigida para pensionarse por vejez, y que cumplan con:

1. Que a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, pierdan a lo menos dos tercios de su capacidad de trabajo (pensión de invalidez total).
2. La pérdida superior al cincuenta por ciento e inferior a dos tercios de la capacidad del trabajador.

Para los afiliados que opten por contratar una renta vitalicia con la misma Compañía de Seguros obligada al pago del aporte adicional, la Compañía estará obligada a suscribir el contrato y a pagar una renta vitalicia no inferior al 70 % del ingreso base, o del 50 % del mismo ingreso en el caso de los trabajadores dependientes que hayan dejado de prestar servicios o se encuentren suspendidos y exista la obligación de pensión por invalidez o sobrevivencia. Se entenderá que el afiliado opta por contratar una renta vitalicia con la misma Compañía de Seguros que deba pagar el aporte adicional si dentro de los noventa días siguientes a la declaración de invalidez no contrata con otra Compañía dicha renta vitalicia ni opta por alguna de las restantes modalidades de Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida ó Retiro Programado.

Pensiones de sobrevivencia causadas por un afiliado activo.

Para cualquier modalidad de pensión deberá existir un acuerdo de la totalidad de los beneficiarios. Mientras no se haya ejercido la opción, los beneficiarios quedarán afectos a la modalidad de retiros programados, en cuyo caso la compañía de seguros transferirá a la Administradora, el monto total de la aportación que es su responsabilidad de acuerdo al seguro contratado para tal fin.

Si se optase por la modalidad de renta temporal con renta vitalicia diferida, las rentas vitalicias diferidas se registrarán por lo indicado para este punto. Las rentas temporales que resulten se distribuirán entre los beneficiarios estableciendo su porcentaje de participación en base a la pensión de referencia del causante, correspondiendo un porcentaje de la renta temporal, en base a lo siguiente:

- 50% para la cónyuge o el cónyuge incapacitado con hijos comunes con derecho a pensión, incrementándose al 60% cuando los hijos dejen de tener derecho a la pensión. En el caso de la cónyuge, siempre que el matrimonio se haya efectuado a lo menos con seis meses de anterioridad a la fecha de fallecimiento (tres años si el matrimonio se verificó siendo el causante pensionado de vejez o invalidez). No se exige antigüedad del matrimonio si la cónyuge está embarazada o si sobreviven hijos comunes.
- 30% para la madre de hijos naturales reconocidos por el causante con derecho a pensión, incrementándose al 36% cuando los hijos dejen de tener derecho a la pensión.
- 50% para los padres, cuando el causante no tenga mas beneficiarios y sean causantes de asignación familiar.
- 15% para cada hijo que sea menor de 18, menor de 24 si estudia ó por toda la vida si esta invalido, siempre que la invalidez se presente dentro de alguna de las dos opciones.
- Si dos o más personas invocarán la calidad de cónyuge o madre del causante, se divide el pago que corresponda entre el número de personas que hubiere con ese derecho.
- De no existir cónyuge, se distribuye su porcentaje entre los hijos con derecho a pensión por partes iguales.

Si la suma de estos porcentajes fuere inferior o superior al cien por ciento, dichos porcentajes deberán recalcularse utilizando el resultado de la suma como nueva base de cálculo. (La renta vitalicia diferida que se contrate no podrá ser inferior al 50% del primer pago mensual de la renta temporal, ni superior al 100% de dicho pago(Art. 64)), la que se sujetará a las disposiciones establecidas para Renta Temporal y Renta Vitalicia.

Si se optare por la modalidad de retiro programado, cada uno de los beneficiarios de pensión de sobrevivencia tendrá derecho a percibir una pensión que se calculará dividiendo cada año el saldo efectivo de la cuenta por el capital necesario para pagar una unidad de pensión

de acuerdo a los porcentajes mencionados (artículo 65), excluyendo del capital necesario el pago de la pensión.

Si no quedaran beneficiarios de pensión de sobrevivencia, el saldo remanente en la cuenta de capitalización individual del afiliado incrementará la masa de bienes del difunto.

Pensiones de sobrevivencia causadas por un afiliado pasivo.

Producido el fallecimiento de un afiliado pensionado sus beneficiarios devengarán el derecho a pensión de sobrevivencia.

Si el afiliado hubiere estado pensionado de acuerdo a la modalidad de renta vitalicia, los beneficiarios deberán comunicar el fallecimiento a la Compañía de Seguros que estuviere pagando la respectiva pensión, con el fin de que ésta pague las pensiones de sobrevivencia que correspondan.

Si el causante hubiere estado pensionado de acuerdo con la modalidad de renta temporal con renta vitalicia diferida, se procederá de la siguiente manera, según sea el caso:

a) Si el afiliado hubiere estado recibiendo renta temporal, los beneficiarios deberán comunicar a la Administradora el fallecimiento, con el fin de que ésta ponga el saldo de la cuenta a su disposición para que opten, previo acuerdo de todos ellos, por anticipar una renta vitalicia diferida o distribuir la renta temporal del causante entre los beneficiarios.

Si no hubiera acuerdo entre los beneficiarios para cambiar la opción de pago, seguirá distribuyéndose la renta temporal del asegurado, correspondiéndole a cada uno un porcentaje de la renta temporal de acuerdo a la relación de parentesco directo que tenga, como se menciona anteriormente. Si la suma de estos porcentajes fuere inferior o superior a cien por ciento, dichos porcentajes deberán recalcularse utilizando el resultado de la suma como nueva base de cálculo. El primer pago de la renta temporal convenida, en este caso, deberá ser idéntico a la renta vitalicia diferida contratada, la que se sujetará a las disposiciones establecidas para renta vitalicia inmediata.

Si una vez extinguido el derecho a pensión de los beneficiarios aún quedare saldo en la cuenta de capitalización individual del causante, este remanente incrementará la masa de bienes del difunto.

Vencido el plazo de la renta temporal, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar las pensiones de sobrevivencia a que hubiere lugar, o

b) Si el afiliado hubiere estado recibiendo renta vitalicia diferida, los beneficiarios deberán comunicar el fallecimiento a la Compañía de Seguros respectiva, con el fin de que ésta proceda al pago de las pensiones de sobrevivencia que correspondan.

Si el afiliado hubiere estado recibiendo retiro programado en la Administradora, los beneficiarios deberán comunicar a dicha entidad el fallecimiento, con el fin de que ésta verifique la calidad de beneficiarios de quienes reclamen el beneficio y proceda a reconocer el derecho a las respectivas pensiones emitiendo el correspondiente certificado. Luego, la Administradora pondrá a disposición de los beneficiarios el saldo de la cuenta, quienes deberán acordar la opción de pago ya que de no ser así se mantendrá la opción vigente.

Las pensiones de sobrevivencia son iguales, tanto para el fallecimiento del personal en servicio activo como en el fallecimiento del asegurado en goce de pensión por invalidez o por vejez. En esencia, se considera que las personas que fallecen en servicio estaban invalidados a la fecha de su muerte. Los montos de las pensiones de muerte dependen de la composición de la familia sobreviviente y son las mismas proporciones de la pensión de invalidez básica descritas anteriormente. Todas las cotizaciones acumuladas por la AFP que no se necesiten para adquirir pensiones de invalidez y sobrevivencia se pagan a los herederos del afiliado fallecido en un solo monto.

Tiene derecho a la pensión de sobrevivencia en el caso de muerte de un afiliado, los beneficiarios de éste sobre las bases indicadas en la modalidad de renta temporal con renta vitalicia diferida, aplicable para la renta temporal.

Pensión mínima garantizada por el estado.

El Estado garantiza pensiones mínimas de invalidez a aquellos afiliados que sean declarados inválidos por las comisiones médicas, y que reúnan los siguientes requisitos:

- No tener derecho a la garantía estatal de la pensión mínima de vejez;
- Acreditar la invalidez mientras se está cotizando o cumplir alguno de los requisitos siguientes:
 - Registrar dos años de cotizaciones en los últimos cinco previos a la declaración de invalidez;
 - Estar cotizando si la incapacidad es producida por un accidente;
 - Registrar al menos 10 años de cotizaciones.

Los beneficiarios de pensión de sobrevivencia tendrán derecho a la garantía estatal por pensión mínima, siempre que el causante hubiere estado pensionado a la fecha de su fallecimiento o tuviere registrado a esa misma fecha, a lo menos, alguno de los puntos señalados para invalidez.

La pensión mínima de sobrevivencia será equivalente a la aplicación de los porcentajes señalados en la modalidad de renta temporal con renta vitalicia diferida, aplicable a la renta temporal sobre la pensión mínima correspondiente del asegurado. En caso de que sea por fallecimiento de una persona en activo, se considerará el supuesto, de que primero se invalido y tenía derecho a dicha pensión.

La administración de las cuentas de capitalización individual se realiza a través de organizaciones privadas denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), quienes son supervisadas directamente por el gobierno a través de un organismo especializado para tal fin, que es la Superintendencia de AFP's.

Obligaciones y derechos dentro del Nuevo Sistema

Obligaciones del trabajador:

Afiliarse a una AFP. (Si trabaja en más de un empleo, sólo podrá contar con una AFP.).
Comunicar a su patrón a que administradora se encuentra afiliado o se afiliará, dentro de los treinta primeros días.
Acreditar la existencia de sus beneficiarios.
Cubrir la cotización correspondiente a la Administradora

Derechos del trabajador:

Decidir libremente la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se suscribirá.
En caso de desearlo, cambiar de AFP y transferir sus fondos acumulados hasta ese momento, una vez al año en forma gratuita.
Ahorrar libremente en su cuenta de ahorro voluntario.
Seleccionar el beneficio de pensión, de las opciones disponibles.

Obligaciones del Patrón:

Comunicar la iniciación o la cesación de los servicios de sus trabajadores a la Administradora de Fondos de Pensiones, dentro de un plazo de treinta días.
Retener al trabajador la cotización que será cubierta a la Administradora

Obligaciones de la Administradora de Fondos de Pensiones:

Aceptar indistintamente la solicitud de afiliación del trabajador.
Realizar las acciones necesarias para el cobro de las cotizaciones obligatorias y voluntarias de los afiliados.
Otorgar y administrar beneficios.
Obtener el rendimiento mínimo necesario para mantener el valor de los recursos de sus afiliados, siguiendo los lineamientos establecidos.
Proporcionar información general al público e información y servicio a sus afiliados.
Tramitar el bono de reconocimiento para sus afiliados

Derechos de las Administradoras de Fondos de Pensiones:

Retribución por sus servicios en base a comisiones a cargo de los afiliados titulares de la cuenta

EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
LAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES.

Comisión por los retiros de las cuentas de ahorro voluntario.

Bajo estas bases de obligaciones y derechos, las Administradoras de Fondos de Pensiones deben realizar las siguientes funciones:

- Administrar las cuentas de Capitalización individual, Ahorro voluntario y Ahorro de Indemnización

A solicitud del afiliado, la administradora le abre su cuenta, en donde se registran las cotizaciones previsionales obligatorias y voluntarias (separadamente), que son recaudadas por la administradora, quien realiza las acciones necesarias para el cobro de aportaciones y la operación de las cuentas. La cuenta de ahorro de indemnización se crea en noviembre de 1990

A diciembre de 1995, se contaba con:

	Participantes.	Monto en dólares.	Saldo promedio en dólares
Afiliados CCI	5,320,913		
Cotizantes CCI	2,961,928		
Cuentas CAV	961,636	317,097,000	330
Cuentas CAI	392,344	32,205,000	82

- Invertir los Fondos Previsionales.

Las AFP's invierten los aportes después de hacer una deducción por gastos administrativos y los cargos por comisiones, cuidando los intereses de sus afiliados y buscando obtener seguridad y una adecuada rentabilidad de los fondos, cumpliendo con los lineamientos de límites de inversión, instrumentos y constitución de reservas.

- Costo por administración de servicios.

Las comisiones se establecen libremente por cada Administradora, con carácter uniforme para todos los afiliados titulares de las cuentas

La comisión por retiro voluntario aplica en caso de transferencia del saldo de la cuenta a otra Administradora y sólo pueden establecerse sobre la base de una suma fija por operación.

- Otorgar y administrar beneficios.

Otorgar a sus afiliados las pensiones establecidas por ley cuando se cumplan los requisitos que les den derecho a ellas, contratar el seguro de invalidez y sobrevivencia con una Compañía de Seguros y tramitar para sus afiliados el bono de reconocimiento.

- Proporcionar servicio e información.

Proporcionar información periódica sobre sus resultados, así como atender y resolver los problemas y las dudas de sus afiliados relacionada con la Administradora.

Su operación es auditada y los resultados de sus inversiones son publicados periódicamente para que los afiliados tengan elementos de decisión para quedarse o cambiarse.

- Realizar actividades externas.

Brindar asesoramiento sobre inversiones en el exterior para el manejo de Fondos de Pensiones, de acuerdo a su vasta experiencia en el manejo del marco chileno.

A diciembre de 1995 se operaba con 16 administradoras, de las cuales 5 (que representan el 31%), contaban con una participación de mercado de 75.5% de los fondos y el 79.4% de los cotizantes; de las cuales la mayor contaba con el 20.4% del total de los fondos y el 31.8% de los cotizantes; del grupo restante los porcentajes de participación de fondo van desde un 0.31% hasta un 7.62%

Las administradoras se rigen bajo la ley que se creó con el nuevo sistema y que delimita sus operaciones para el buen funcionamiento del sistema previsional, esta ley contiene una gama importante de normas que garantizan una adecuada seguridad de los ahorros previsionales.

Los principales resguardos previstos en la Ley son los siguientes:

1. Separación entre Sociedad Administradora y Fondo de Pensiones.
2. Normas de Inversión.
3. Rentabilidad mínima garantizada.
4. Custodia de títulos.
5. Fiscalización de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

1. Separación entre Sociedad Administradora y Fondo de Pensiones

La Ley establece una separación patrimonial total entre Fondo de Pensiones y la sociedad que administra dicho fondo. El fondo está constituido por el dinero acumulado en las cuentas individuales de los afiliados, es decir, por las cotizaciones obligatorias y voluntarias destinadas a financiar las pensiones de vejez, sus inversiones y los intereses y reajustes generados por éstas. Dichos fondos pertenecen, por lo tanto, exclusivamente a los afiliados.

Las Administradoras de Fondos de Pensiones, así mismo, son sociedades anónimas cuyo objetivo único es administrar un fondo de pensiones y otorgar las prestaciones que establece la Ley. La sociedad administradora puede cobrar comisiones por la prestación

de sus servicios, éstas son a cargo de los afiliados y se deducen de sus cuentas individuales.

La separación patrimonial es fundamental para evitar que los recursos previsionales de los ahorradores puedan ser usados con otros fines que el de otorgar las prestaciones que establece la Ley. De este modo, la sociedad administradora sólo puede invertirlo, pagar los beneficios que correspondan y cobrar las comisiones, lo que es debidamente supervisado por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. La separación patrimonial y el hecho de que el Fondo de pensiones sea inembargable implica que si una sociedad administradora eventualmente quebrase, no se verían afectados los afiliados, ya que sus ahorros se traspasan a otra Administradora de Fondos de Pensiones. Cada Administradora esta autorizada para administrar sólo un fondo de pensiones.

2. Normas de Inversión

Los dineros pertenecientes a los fondos de pensiones deben ser invertidos de acuerdo a estrictas normas establecidas en la Ley y en el reglamento. Dichas normas fueron elaboradas expresamente con el objetivo de que las inversiones que se realicen con los recursos de un fondo obtengan una adecuada rentabilidad y seguridad. La seguridad y rentabilidad se buscan mediante la diversificación de las inversiones, que significa que éstas deben repartirse entre distintos títulos y dentro de cada título, entre diferentes emisores.

Los fondos de pensiones deben ser invertidos en:

- a) Títulos emitidos por la Tesorería de la República o por el Banco Central de Chile y letras de Crédito emitidas por los Servicios Regionales y Metropolitano de Vivienda y Urbanización;
- b) Depósitos a plazo y otros títulos representativos de captaciones de instituciones financieras.
- c) Títulos garantizados por instituciones financieras.
- d) Letras de crédito emitidas por instituciones financieras.
- e) Bonos de empresas públicas y privadas.
- f) Cuotas de otros Fondos de Pensiones, y
- g) Acciones de sociedades anónimas abiertas

Las instituciones financieras a que se refiere los incisos b),c) y d), deben estar constituidas legalmente en Chile o autorizadas para funcionar en el país, las empresas referidas en los incisos e) y g) deben estar constituidas legalmente en Chile. Todos los instrumentos señalados en los incisos b),c),d) y e) deben estar clasificados en alguna categoría de riesgo, y las acciones de sociedades anónimas deben estar previamente aprobadas por la Comisión Clasificadora de Riesgo.

La Comisión Clasificadora de Riesgo esta integrada por el Superintendente de Administradoras de Fondos de Pensiones, el Superintendente de Bancos e Instituciones

Financieras, el Superintendente de Valores y Seguros, tres representantes de las Administradoras de Fondos de Pensiones y un representante del Banco Central.

Las categorías de riesgo en que se han clasificado los diversos instrumentos, determinan conjuntamente con las demás normas de diversificación, los niveles de inversión permitidos, que decrecen a medida que aumenta el riesgo del instrumento.

3. Rentabilidad mínima garantizada.

Cada administradora es responsable de que el fondo administrado por ella genere una rentabilidad promedio mensual mínima, que se calcula en base a la rentabilidad promedio obtenida por todos los fondos de pensiones en los últimos doce meses, con lo que resulte menor de restarle dos puntos porcentuales y calcular el 50%¹⁴. Con objeto de garantizar la rentabilidad mínima, existe una "Reserva de fluctuación de garantía", que es parte del fondo y un encaje de propiedad de la administradora.

La reserva de fluctuación de rentabilidad se forma con los excesos de rentabilidad del fondo, cuando ésta exceda la rentabilidad promedio de todos los fondos en más de dos puntos o en más del 50% usando la cantidad que resulte mayor entre ambas. El encaje, a su vez, corresponde a un activo equivalente, a lo menos, a un uno por ciento del fondo, que es invertido en el mismo fondo y constituye una reserva adicional.

En caso de que la rentabilidad de un fondo durante un mes sea menor a la rentabilidad mínima, se aplica la reserva de fluctuación de rentabilidad, si estos fondos no son suficientes, la administradora debe enterar la diferencia, para lo cual puede aplicar recursos del encaje. Si aplicados éstos no se logra enterar la rentabilidad mínima, el Estado complementa la diferencia. Se puede apreciar, de esta manera, que existe un triple seguro para garantizar la rentabilidad mínima.

En caso de cesación de pagos o quiebra de una Administradora, el Estado garantiza los siguientes conceptos: aportes adicionales en caso de invalidez o fallecimiento de un afiliado no pensionado, contribuciones, pensiones de invalidez originadas por un primer dictamen y una cuota mortuoria. Además, en caso de cesación de pagos o quiebra de la Compañía de Seguros, el Estado garantiza las rentas vitalicias hasta el 100% de la pensión mínima y el 75% del exceso sobre ésta, con un máximo de 45 Unidades de Fomento mensuales por pensionado o beneficiario.

4. Custodia de títulos.

Los títulos representativos de a lo menos el 90% del fondo de pensiones y del encaje deben mantenerse en todo momento en custodia en el Banco Central de Chile, con el propósito de asegurar el permanente resguardo de los títulos en que constan las inversiones de los fondos de pensiones. Con este fin, el Banco central ha desarrollado y

¹⁴ Fuente, artículos 37 y 39 del decreto de ley 3600 de Chile. Nueva Reforma Previsional.

EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
LAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES.

puesto en práctica un sistema de custodia especialmente diseñado para los fondos de pensiones, donde toda la información de entrada y salida de títulos se maneja por computadoras. Adicionalmente, ha reservado bóvedas que cumplen los resguardos internacionales aceptados sobre la materia para los títulos del fondo de pensiones.

5. Fiscalización de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones fue creada conjuntamente con el nuevo sistema de pensiones para controlar el funcionamiento de las administradoras y de los fondos de pensiones. Su responsabilidad en materia de control financiero comprende la fiscalización de las cotizaciones en las cuentas individuales, la inversión del fondo, la constitución del encaje, el cumplimiento de la rentabilidad mínima, el giro de las comisiones, etc.

**EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
INFLUENCIA DENTRO DEL SECTOR FINANCIERO.**

Dentro de los desafíos para la correcta operación de un sistema de capitalización individual está el de una competencia férrea entre las administradoras privadas que participan en el mercado, y que, hará que busquen optimizar y diversificar las inversiones, siempre con el fin de mejorar los rendimientos para sus afiliados, y a través de la preferencia y permanencia de estos, lograr sus propios fines financieros.

Dentro de lo anterior, los tres factores en que se sustenta el sistema de capitalización individual de los fondos de pensiones, son:

- Competencia.
- Libertad de elección.
- Rendimiento.

Los cuales se encuentran fuertemente entrelazados, pero el que da un carácter único al sistema de capitalización es el factor de libertad de elección, y lo más probable es que sin él, el sistema no tendría la trascendencia que a la fecha ha presentado.

Competencia.

Con la competencia se dan los siguientes aspectos:

En primer lugar, la eficiencia y la eficacia en el manejo de las inversiones son la base del sistema, por lo que es necesario que existan parámetros de referencia y acotación entre las instituciones que invierten los fondos, todo supervisado y controlado por el estado a través de la legislación respectiva y la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

En segundo lugar, el sistema necesita de la utilización de tecnología de punta para lograr una administración que debe ser sumamente económica, rápida, ágil y eficiente. Para permitir una supervisión y seguimiento por parte de las partes involucradas (principalmente autoridades), y sobre todo, que coadyuve a las mismas administradoras a contar con información oportuna para la mejor toma de decisiones.

En tercer lugar, la diversidad de instituciones y su permanente búsqueda de las mejores oportunidades de inversión, es la única forma de lograr una adecuada diversificación de los fondos y de evitar que las decisiones de una entidad central impacten de manera colosal en el resto de la economía, como ocurrió en el pasado.

Es un hecho que la competencia favorece directamente a los afiliados, ya que la eficiencia operativa lleva a menores costos que se traduce en cobros más bajos. Aquella fracción que se manifiesta en una comisión fija mensual más baja se traduce en mayores pensiones a futuro - ya que lo que se resta del saldo acumulado en la cuenta individual es menor - y las eventuales reducciones en una cotización adicional implican una mayor renta líquida para el afiliado cotizante.

La competencia que se da entre las Administradoras de Fondos de Pensiones siempre se ha considerado como el otro requisito esencial para que el sistema funcione convenientemente, ya que los cargos efectuados por las Administradoras tanto como los resultados de sus inversiones son publicados y ampliamente difundidos, de tal forma, que los afiliados en activo tengan una base para elegir la Administradora que consideren mejor. La rentabilidad de las cuentas está calculada después de los cargos efectuados por la Administradora y se expresa en Unidades de Fomento.

Libertad de elección.

En este sistema el trabajador cuenta con la libertad de elegir la institución donde desea que sean administrados sus fondos, por lo que, cualquier momento es el oportuno para el traspaso de los fondos de su cuenta individual a otra Administradora de Fondos de Pensiones. Lo anterior introduce un elemento que proporciona un dinamismo al nuevo sistema que se desconocía, ya que estando en juego el nivel de la pensión (y por ende el bienestar personal) al que puede aspirar el afiliado al momento de su jubilación, éste está incentivado para estar observando de que manera se están administrando sus fondos. Esto incluye una preocupación tanto por la rentabilidad de las inversiones, como por los costos que le significa el estar cotizando en una Administradora de Fondos de Pensiones y no en otra.

Rendimiento.

Es sin duda el factor que todos los involucrados buscan con mayor énfasis, por sus propios y particulares intereses, por ejemplo, el afiliado busca obtener una mejor pensión (y de ser posible un excedente disponible al momento de optar por su jubilación), la Administradora para ampliar su número de afiliados y el gobierno por que con ello evita el aportar para las pensiones mínimas garantizadas.

La inversión de estos capitales y la necesidad de obtener los mejores rendimientos para beneficio del sistema ha generado movimientos muy importantes para la economía de Chile en el sector financiero, trascendiendo en los siguientes ámbitos.

Mercado de capitales.

Los grandes volúmenes que se logran al conjuntar todas las aportaciones de los trabajadores afiliados requieren de una amplia gama de servicios financieros, para lograr una adecuada inversión y manejo de los recursos financieros que se incrementan mes con mes. En Chile, el mercado de capitales al inicio de la operación del nuevo sistema de pensiones, era pequeño, es decir, no estaba suficientemente desarrollado y este se fue desarrollando al mismo tiempo en que se incrementaban los fondos, los que facilitaron el desarrollo del mercado de capitales a través de su participación en él.

A las AFP se les permitió en un inicio invertir solo en títulos de gobierno y otras inversiones garantizadas por éste y en certificados de depósito de bancos. Inicialmente, sólo se podían

EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
INFLUENCIA DENTRO DEL SECTOR FINANCIERO.

comprar acciones de empresas públicas, pero gradualmente, después de seis años de operación se amplió a acciones de empresas privadas, por lo que ahora es posible efectuar inversiones limitadas en bonos de empresas de propiedad pública y privada. El monto que se permite invertir en acciones ordinarias llegó en 1986 hasta un 30% (con un límite del 5% sobre las acciones de una misma empresa), pero el incremento de los recursos existentes ha hecho que en 1995 la inversión permitida en acciones ordinarias aumente hasta un 37%.

A finales de 1984, las inversiones se dividían en igual proporción entre las obligaciones del gobierno y los depósitos bancarios, que eran los instrumentos de mayor rentabilidad y que presentaban un menor riesgo. La rentabilidad era el principal motor de la decisión de inversión en estos instrumentos, ya que la legislación obliga a dar rendimientos por arriba de inflación. Había muy pocas inversiones en bonos o en acciones, sobre todo había muy poca certidumbre de que los rendimientos fueran los óptimos. A inicios de 1995, las inversiones tenían una mayor diversificación, en obligaciones del gobierno se encontraba alrededor del 41.5% en acciones ordinarias de empresas privadas existía un 29%, en valores hipotecarios el 14.5%, en bonos el 6.5%, en depósitos bancarios el 5.5%.

En Chile, al implementarse la reforma del sistema de pensiones, no se contaba con todos los elementos y servicios. Por ejemplo, ante la ausencia de una industria clasificadora de riesgos y empresas que realizaran la custodia de valores, fue necesario establecer regulaciones iniciales en el sistema acordes con la realidad del mercado.

En el caso de la industria de clasificación de riesgos esta labor fue desarrollada en principio por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, posteriormente se desarrolló la industria al amparo de los Fondos de Pensiones. Es así como, los fondos fueron fundamentales para el inicio de un sistema de clasificación de riesgos y han impulsado el desarrollo de esta industria, elemento muy importante para el buen funcionamiento y transparencia del mercado de capitales.

El desafío que presenta la correcta operación de esta industria de clasificación es el lograr una operación eficiente del mercado de capitales, donde los precios reflejen correctamente los riesgos de las inversiones. Este desafío, que se está enfrentando en Chile por medio de las clasificaciones de riesgo de instrumento, es el que será el factor clave de éxito en los años venideros. Hasta el momento, la participación del sistema en el mercado de instrumentos de renta fija ha significado un salto brusco en el nivel de eficiencia con que opera dicho mercado.

Algo similar aconteció con la custodia de valores, labor que en los inicios del sistema se dejó en manos del Banco Central de Chile. En la actualidad esta custodia puede ser efectuada por empresas privadas de depósito de valores.

Un elemento que se ha destacado en el desarrollo, es el referente a la eficiencia en el funcionamiento del mercado de capitales. El crecimiento y desarrollo se ha dado utilizando la tecnología más avanzada y asistencia técnica de países con una mayor experiencia dentro del mundo financiero.

**EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
INFLUENCIA DENTRO DEL SECTOR FINANCIERO.**

Las reservas que se acumulan van directamente al mercado de capitales. Por lo tanto, la base de un sistema de este tipo hace que funcione bien dicho mercado. Existe toda la confianza, ya que todos estos recursos, constituyen la inversión más importante del país.

El flujo de las inversiones ha logrado desarrollar el mercado de capitales en Chile, mejorando la oferta de opciones de inversión, en instrumentos que antes no existían. El manejo de sistemas de computo ha modernizado el sistema financiero chileno, poniéndolo a la altura de otros países sudamericanos con mayor población y recursos financieros.

Las casas de bolsa de Chile, antes de la reforma, no contaban con la fuerza suficiente para ser significativas en el sistema financiero, ahora son parte importante del mercado de capitales y fuente importante de asignación de recursos para proyectos a largo plazo. Aun cuando las inversiones a través de bolsa son las más atractivas por sus rendimientos, es conocido el mayor riesgo en que se incurre y más en el sistema de bolsa Chileno, ya que, el crecimiento de las acciones ha sido debido principalmente a las inversiones de las administradoras de fondos de pensiones. Dando una situación especulativa a los resultados actuales, ya que cuando las administradoras requieran liquidar parte de sus inversiones en bolsa, ejercerán una presión a la baja sobre el precio de las acciones, situación que no se desea, considerando la experiencia que otros países han tenido con sus sistemas bursátiles.

La situación anterior obligó a tener cuidado en el mercado bursátil y que se optará por participar en forma mínima en esta opción, permitiendo que su crecimiento fuera más adecuado y con un menor riesgo a futuro.

Por lo que se abrieron las opciones de inversiones en instituciones extranjeras, que aunque el porcentaje de participación no es mayor al 10%, por lo menos permite contar con una opción adicional.

Otros aspectos del diseño del sistema que también han contribuido a su desarrollo, son:

Existencia de una industria aseguradora.

La libertad que tiene el afiliado para elegir la forma de recibir los beneficios, teniendo la opción de traspasar el riesgo a una aseguradora al contratar una Renta Vitalicia o una Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida, considerando la mejor oferta que le ofrezcan estas entidades. Y además, por el otro lado, esta la relación del contrato del seguro de invalidez y sobrevivencia que cubre dichos riesgos para los afiliados.

La interrelación existente entre un Sistema Previsional basado en la capitalización individual y la industria aseguradora, hace necesario que se cumplan una serie de condiciones en este mercado para el buen desarrollo del Sistema de Pensiones. Por lo anterior, se requiere de una industria aseguradora de vida desarrollada o, a lo menos, que ésta exista y se encuentre adecuadamente fiscalizada, de tal manera que los Fondos de Pensiones sean un aporte al mayor desarrollo de la misma. En este sentido se requiere contar con resguardos legales que

**EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
INFLUENCIA DENTRO DEL SECTOR FINANCIERO.**

permitan la interacción apropiada de ambos mercados. En relación a la regulación, el objetivo básico debe ser impedir la insolvencia; no obstante, este objetivo se debe cumplir sin obstaculizar la competencia en el sector.

En Chile, existía una industria aseguradora de vida con anterioridad a la implementación del Sistema de Capitalización Individual; no obstante, ésta se encontraba muy poco desarrollada. Es así como la creación del nuevo Sistema de Pensiones ha contribuido al desarrollo creciente de esta industria, a través de la cual se otorgan cada vez mayores beneficios. Con este objeto, se hicieron necesarias varias modificaciones legales tendientes a incentivar la competencia, con los resguardos necesarios para la interacción entre ambas industrias. Por ejemplo: se liberalizaron los precios, se permitió la participación externa en la industria, se fijó un capital mínimo en Unidades de Fomento, se establecieron regulaciones financieras transparentes y se exigió fijar en Unidades de Fomento las primas y los pagos convenidos en los contratos de pensiones.

Indexación de las inversiones y economía.

El nuevo sistema de pensiones de jubilación, incluyendo el ingreso máximo imponible, opera en base a un sistema de reajuste. Los montos monetarios de los aportes a las cuentas de los afiliados se transforman de inmediato en lo que es, en esencia, una nueva forma de moneda, la **unidad de fomento (UF)**. El valor de la UF cambia cada día de acuerdo a las variaciones del **Índice de Precios al Consumidor**. Del mismo modo, los montos acumulados para las pensiones y también los beneficios se expresan en UF. Actualmente, los aportes están invertidos, en gran parte, en valores cuyo capital e interés se expresan en UF.

En términos generales.

El sistema permitió el desarrollo de los siguientes elementos:

- Instrumentos financieros: aquellos emitidos por el Estado, el Banco Central, por bancos e instituciones financieras y por empresas. Junto con la posibilidad de invertir en el exterior.

- Bolsas e intermediarios financieros.

Soportados en los siguientes resguardos a la participación de los fondos de pensiones en el mercado de capitales:

- Organismos fiscalizadores calificados: representados por la Superintendencia de Valores y Seguros, la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras y el Banco Central. Lo que contempla la disponibilidad de leyes específicas para los entes fiscalizados.

- Una industria privada de clasificación de riesgos.

- Empresas privadas de depósitos de valores (custodia).

**EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
INFLUENCIA DENTRO DEL SECTOR FINANCIERO.**

Para 1997, las instituciones financieras relacionadas al sector financiero estaban integradas por:

INSTITUCIONES FINANCIERAS*	
Administradoras de fondos de pensiones	13
Asesoras financieras	12
Asociaciones	5
Bancos	29
Bolsas de comercio	3
Compañías de seguros de vida	32
Compañías de seguros generales	27
Clasificadoras de riesgos	4
Corredores de seguros de vida	22
Corredores de seguros generales.	22
Factorings	9
Financieras	3
Fondos inversión cap. Extranjero.	8
Fondos mutuos	7
Leasings	16
Mutuos hipotecarios	20
Sociedades de apoyo al giro	5
Superintendencias	3
Warrants	4

* Información a mediados de 1997.

Una de las cuestiones básicas que es legítimo plantear es el porque no se permite que cada ciudadano decida ahorrar¹⁵ lo que estime necesario, en vez de imponerse una cotización obligatoria. Un planteamiento como el anterior sería apropiado y lógico si el efecto de un comportamiento irresponsable o inadecuado por parte de cualquier ciudadano, en el sentido de que no ahorrará un mínimo mensual o que lo invirtiera inadecuadamente, no tuviera perjuicios sobre el resto de la sociedad. Sin embargo, el perjuicio social de dicho comportamiento existe, y precisamente esta fue la causa que originó la existencia de estos sistemas. El efecto de comportamiento irresponsable o desafortunado de las personas, termina imponiendo al resto de la sociedad, la necesidad de ayudarlo por medio de pensiones asistenciales que deben pagar trabajadores que han tenido ingresos menores pero han sido previsores, conservadores e incluso afortunados.

De lo anterior se desprende que la obligatoriedad del sistema debe imponerse a todos los habitantes que perciban ingresos, y no únicamente a los trabajadores dependientes como ocurrió antes en Chile. Además, también es legítimo cuestionar la obligatoriedad de cotizar en forma proporcional a la renta, para obtener pensiones también proporcionales a ella. Hay opiniones fundadas que proponen que sólo sea exigible una cotización igual para todos y que, consecuentemente, las pensiones sean iguales. Sin embargo, en todo el mundo ha predominado la posición de que la persona genera necesidades acordes con su ingreso durante su vida activa (lo que incluye endeudamiento y compromisos) y que un quiebre muy importante en su nivel de vida al pasar a ser pensionado le acarrearía serios problemas psicológicos y materiales.

Ahorro.

Un aspecto importante de la captación de ahorro de toda la fuerza de trabajo se refiere a la acumulación de capital en la economía. Corresponde preguntarse qué efecto tiene esta reforma sobre el ahorro y la inversión. La naturaleza misma de un sistema de pensiones basado en la capitalización de los fondos depositados en las cuentas individuales, implica una acumulación de reservas, que toma la forma de ahorro. Considerando que este ahorro tiene como contrapartida una inversión, lo que se obtiene, en definitiva, es una participación importante de capital en la economía, mucho mayor al que se logra con un régimen previsional basado en un esquema en el que tal acumulación de reservas no es necesaria, como es el caso del sistema que operó en Chile con anterioridad a la reforma previsional.

La mayor acumulación de capital que puede asociarse a un sistema basado en la capitalización de las aportaciones individuales, se traduce en el largo plazo en mayores niveles de producción y de empleo. Bajo una adecuada estrategia de desarrollo, el incremento de capital en la economía, permite aprovechar las altas tasas de retorno al capital, que tiene una economía en desarrollo como la chilena, para obtener en forma más rápida y eficiente el financiamiento requerido por el proceso de crecimiento acelerado.

Lo que ha permitido que los salarios de los trabajadores hayan tenido un crecimiento real a

¹⁵ Ahorro parte del ingreso de las personas que no se gasta ni en consumos ni en impuestos.

**EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
AHORRO INTERNO Y DESARROLLO ECONOMICO.**

tasas del orden del 2.3% anual, con una inflación estimada para 1997 del 5.5%. Esto ha permitido que la tasa de desocupación caiga a 5.4% desde un nivel de 7.8% en 1994, generando cerca de 200,000 empleos al año.

**ESTADISTICAS MACRO ECONOMICAS DE CHILE.
MILLONES DE DÓLARES DE DICIEMBRE 1996.**

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Indice de Precios al Consumidor	17.4	21.5	12.7	21.4	27.3	18.7	12.7	12.2	8.9	8.2	6.6
Tasa de Desocupación (%)	13.9	12.6	6.3	5.3	5.7	5.3	6.2	6.4	7.8	6.2	5.4
Tasa de variación del PIB %	5.7	5.7	7.3	10.2	3.3	7.3	11.0	6.3	4.2	8.5	7.2
Ahorro Nacional Bruto como % PIB	n. d.	n. d.	n. d.	22.3	23.7	22.4	24.1	24.8	23.9	25.4	27.6
Tasa de interés media del sistema Financiero	7.67	7.26	7.62	9.42	13.26	8.48	8.14	9.23	9.27	8.53	9.34
Producto Interno	30,656	32,348	40,839	42,654	41,906	44,947	49,910	53,040	55,294	60,019	64,364
Deuda externa	19,444	19,501	17,638	16,252	17,425	16,364	18,242	19,186	21,478	21,736	23,049

Ingreso per cápita: 4,764 dólares al año.
Tasa de mortalidad infantil: 11/1000 aprox.

Fuerza de trabajo: 6,600,670 a junio de 1996.
Esperanza de vida al nacer: 76 años

Desarrollo económico.

La década de los noventa, sin duda ha sido una época de grandes cambios en el escenario económico internacional. En este contexto, el comercio internacional ha crecido a tasas muy por encima al crecimiento de la producción. A su vez ambas cifras son superadas con creces por el crecimiento de los flujos de capital entre países y por el explosivo incremento en el comercio en bonos, acciones y monedas. A modo de ejemplo, mientras que el PIB mundial creció entre 1980 y 1996 a tasas superiores al 2% al año, el comercio internacional de bonos, acciones y monedas creció a tasas anuales de 25%. Más allá de los cambios políticos o de política económica, la creciente integración económica ha sido en buena medida el resultado directo de cambios tecnológicos que han reducido dramáticamente el costo de transporte, los costos de transacción y el acceso rápido a la información necesaria para operar en una economía a escala mundial.

A pesar de la importancia de este proceso y los cambios que implican para la manera de administrar una empresa o a un gobierno el hacer su política económica, es importante no perder de vista las dimensiones sobre la profundidad o grado de avance del proceso de integración: definitivamente no estamos viviendo en una aldea global, libre de fronteras y perfectamente integrada. La gran mayoría de los países mantienen aún barreras arancelarias al comercio de bienes por no hablar de los impedimentos al movimiento del trabajo.

Por otra parte, hay sectores importantes de la población mundial que se encuentran completamente excluidos de este fenómeno de creciente integración y desarrollo tecnológico. Para algunos, incluso las reformas económicas han significado deterioros en su calidad de vida. Es más, para muchos de ellos ni la economía global ni una buena parte de

los cambios tecnológicos y productivos de los últimos años han traído beneficio alguno, pero en Chile, poco a poco estos efectos negativos van disminuyéndose.

Chile lleva más de 20 años en un proceso extenso de reformas económicas. Este es un proceso que comenzó en un escenario mundial sin duda diferente al actual y que ha pasado por periodos a su vez distintos entre sí. Ahora Chile se encuentra en busca de nuevos mercados y de nuevas oportunidades de inversión para empresas chilenas en el exterior. Es así, por ejemplo, que la inversión chilena en el exterior ha superado los 12,000 millones de dólares en los últimos 6 años. El significado de este monto es aún mayor si se considera que por atraves de él se desarrollan proyectos internacionales por un total de 23,000 millones de dólares. A pesar de que el grueso de la inversión se ha concentrado en países vecinos, en la actualidad empresas chilenas producen bienes y servicios en países como Rusia, Liberia y Turquía.

Y por el otro lado, la economía chilena, al igual que muchas otras economías en desarrollo, ha observado un importante aumento en la oferta de financiamiento externo disponible, producto del éxito de sus reformas económicas. Durante el primer semestre de 1996, el país recibió capitales por un monto neto de 2,728 millones de dólares, es decir, 10 veces lo necesario para financiar el déficit en Cuenta Corriente del periodo. Es necesario destacar que los flujos de capital que ingresan al país son en su gran mayoría capitales de mediano y largo plazo y donde la Inversión Extranjera Directa representa un 25% de dichos recursos. Del resto, la inversión de cartera es la que ha mostrado un comportamiento más dinámico con un incremento en el primer semestre del 73%, excediendo así al flujo de Inversión Extranjera Directa. Los dos principales componentes de estos flujos son los ADR (American Deposit Receipt - acciones o bonos de emisores de países emergentes) y la emisión de bonos en mercados internacionales por parte de empresas privadas chilenas. Además, Chile cuenta con niveles importantes de reservas internacionales, muy superiores al nivel de deuda externa de corto plazo y los depósitos en moneda extranjera, lo que demuestra una posición muy poco vulnerable en términos de liquidez externa. Los sistemas bancario y previsional están maduros y solventes.

La apertura comercial de Chile es hoy casi completa. Al contrario de lo que ocurre en la mayoría de los países, no existen en Chile barreras arancelarias. El arancel modal se sitúa en el 11% y tiene tratados comerciales vigentes y en trámite, que hacen que la tasa de arancel efectiva sea de alrededor del 8%. Esta política de plena apertura comercial ha estado basada en el alto crecimiento alcanzado en estos años.

La situación de la Balanza de Pagos a 1997 presenta una mejoría respecto del año precedente. En efecto, se presenta una ligera disminución del déficit comercial fruto de exportaciones totales que se encuentran creciendo por sobre las importaciones medidas en dólares, en buena parte de lo acaecido en términos tanto de precio como de cantidad de las exportaciones de cobre. En el ámbito de la cuenta corriente, sin embargo, la tendencia muestra un pequeño incremento de 2,918 millones de dólares a cerca de 3,100 millones de dólares. En términos de PIB (Producto Interno Bruto) esto significa que el déficit pasaría de 4.4% en 1996 a 3.8% en 1997.

Chile tiene hoy en día una economía que puede caracterizarse en términos generales como "social de mercado" con un Estado activo. En un sistema como éste, es el sector privado el principal responsable del crecimiento, la innovación, la generación de empleos e ingresos para la mayoría de los hogares. El papel del sector público moderno no es de crear empleo en su interior por el sólo hecho de crearlo sino de cumplir una serie de funciones que el sector privado por su naturaleza no es capaz de realizar, el sector público genera empleo solo en función de lo que se requiere para lograr la adecuada eficiencia de sus políticas.

Una adecuada regulación, estabilidad institucional, un sistema judicial ágil y transparente son todas funciones en las cuales debe intervenir el estado para asegurar un adecuado funcionamiento del mercado; ya que este no funciona en un vacío institucional, puesto que su adecuado funcionamiento es responsabilidad del Estado. Aunque para ciertos sectores, cualquier intervención estatal distorsiona el funcionamiento del mercado y entorpece una adecuada asignación de recursos, cuando alguna empresa o sector abusa o comete algún error, los mismos empresarios culpan al Estado por la falta de una regulación y supervisión adecuada.

También hay un claro papel para el estado en la provisión de ciertos servicios públicos, como son el caso, principalmente de la educación y la salud. En estos casos, sujetos al libre juego de mercado, hay muchos argumentos para postular que la provisión de ellos sería insuficiente, pero aun así el Estado tiene el deber de jugar un papel activo en la provisión de educación y salud.

Con respecto al tema de la educación, el Estado promueve una educación adecuada a los tiempos que corren, de calidad y accesible para todos. La acumulación de capital humano es primordial para mantener altas tasas de crecimiento y generar una verdadera igualdad de oportunidades para las generaciones futuras. No menos importante que la educación es la salud, ya que se puede aplicar en este caso el mismo criterio que en el caso de la educación: una fuerza laboral más sana es sin duda más productiva. Esta es la explicación neoclásica sobre la necesidad de que el Estado provea los servicios de salud. Sin embargo, el gobierno postula que además hay un imperativo ético. En la provisión de la salud está en juego el valor supremo de la vida.

Otra función clave del sector público es potenciar el crecimiento económico, en primer lugar, manteniendo un marco macroeconómico estable y actuando eficazmente a nivel microeconómico, allí donde el mercado registra carencias, como por ejemplo el sector social. En términos de crecimiento económico el rol del Estado chileno en los últimos años ha sido fundamental: Bajas tasas de inflación, un compromiso firme con una situación fiscal equilibrada, estabilidad institucional, y un ambiente de paz social, son variables que sin duda han contribuido a los logros de la economía chilena, ya que si bien el motor del crecimiento es el sector privado, dicho motor no funciona o funciona mal sin un Estado que genere un ambiente propicio para ello.

EL INNOVADOR SISTEMA CHILENO DE PENSIONES.
SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE.
AHORRO INTERNO Y DESARROLLO ECONOMICO.

De lo anterior se desprende la importancia de una política fiscal y monetaria responsable, que asegure un marco macroeconómico adecuado para el crecimiento económico, esta es una área donde ha habido importantes cambios en los últimos años. La creciente apertura de la cuenta corriente, así como el regreso de Chile a los mercados financieros internacionales han alterado en forma importante la manera de hacer política macroeconómica.

Hacia fines de los ochenta, el país había logrado gradualmente recuperar su solvencia externa. Al mismo tiempo, como premio al buen desempeño mostrado por la economía chilena, y a la exitosa transición política alcanzada, la percepción que los inversionistas extranjeros tenían acerca del riesgo país involucrado en sus operaciones en Chile cambió en forma importante. La disminución del premio por riesgo implicó una caída en la tasa de retorno exigida a las inversiones en Chile, y con ello la demanda de activos domésticos por parte de extranjeros comenzó a aumentar y los agentes locales comenzaron a acceder nuevamente al mercado internacional de capitales. En consecuencia, el Banco Central comenzó a acumular reservas internacionales en cantidades importantes, lo que da a Chile una situación económica estable al mediano plazo.

Chile ofrece una economía abierta que está en un dinámico proceso de crecimiento. Sus reglas claras y sólidas favorecen los negocios y las inversiones. Una tasa baja de clasificación de riesgo (A-, de acuerdo a la firma de clasificación internacional Standard & Poors) y condiciones favorables hacen de Chile uno de los mercados más atractivos de América Latina.

El Instituto de Desarrollo Gerencial en Suiza publicó una encuesta de 'opinión ejecutiva' para el Anuario de Competitividad Mundial 1996, en la cual Chile obtuvo a nivel mundial el lugar 15, siendo el primer lugar de toda América Latina. Y 'Economist Intelligence Unit' premió a Chile en su informe de marzo de 1996 con un rating "A" por la seguridad que ofrece para inversiones extranjeras. Chile es el único país de Latinoamérica que tiene este nivel de confianza.

Actualmente Chile tiene convenios de libre comercio con: México (1992), Venezuela (1993), Colombia (1994), Ecuador (1995), Mercosur (1996), Unión Europea (1996) y Canadá (1997).

Convenios de comercio complementario con: Bolivia (1993) y Argentina (1993)

Convenios de libre comercio pendientes con: Perú, Inglaterra y el TLC (Tratado de Libre Comercio) de Estados Unidos, Canadá y México.

El sistema de capitalización individual no es inmune a los cambios que sufren los factores financieros y económicos, una caída en el nivel de actividad, el incremento del desempleo, una baja en los ingresos, inflación, etc., implican montos de pensiones menores o repercusiones sobre estos montos, pero en la mayoría de los casos, su impacto no será de ámbito general como ocurría con el sistema anterior. Además, en el sistema de capitalización el ajuste es automático, no se transmite de una generación a otra, y su afectación es a nivel individual, por lo que no se comprometen los recursos financieros del sistema y no se requiere de complicadas proyecciones y cálculos actuariales para producir los ajustes necesarios, ya que a nivel personal se darán dichos ajustes, es por ello, que esta es sin duda la ventaja más importante con que cuenta el actual sistema de pensiones.

Por otro lado, algunas otras ventajas del nuevo sistema de pensiones son:

- Monto de la pensión en relación directa al esfuerzo personal.
- Rol activo de los afiliados y libertad de elección.
- Reajuste automático de las pensiones.
- Cobertura.
- Menor impacto negativo sobre el empleo.
- Equidad del sistema.

Monto de la pensión en relación directa al esfuerzo personal.

En el nuevo sistema el monto de las pensiones está directamente relacionado a los saldos acumulados en las cuentas individuales de los afiliados, por lo que hay un claro incentivo individual a acrecentar el importe de dicho saldo. Este esfuerzo personal puede ser considerado en varios aspectos como son:

- La carrera laboral tiene un reconocimiento adicional en este sistema, ya que a una remuneración más alta, debido principalmente a desarrollo laboral, redundara en mayores recursos en la cuenta de capitalización individual.
- El buscar iniciar una vida económica productiva a una edad más temprana o el continuar trabajando en vez de optar por el retiro, también se reflejan en los recursos acumulados en el fondo de capitalización individual.
- El esfuerzo individual que significa el pago de la aportación tiene una compensación directa en el monto de la pensión a la cual puede acceder el afiliado, ya que muchas veces buscará continuar aportando en su cuenta individual, aun cuando se desempeñe independientemente. Considerando las ventajas de deducibilidad del aporte y de la propiedad de los recursos de la cuenta individual.

Rol activo de los afiliados y libertad de elección.

Como lo hemos comentado a lo largo de este capítulo, esta es una de las tres bases del sistema de capitalización individual ya que es el principal promotor de la eficiencia en todos

los aspectos de este sistema, que se traduce en que los costos de operación serán menores y por ende el costo para el afiliado sea significativamente inferior en el nuevo sistema previsional. Este menor costo que se cobra al asegurado, repercute en favor de sus recursos financieros dentro de la cuenta individual.

Reajuste automático de las pensiones.

En la medida en que al momento de jubilarse el afiliado opte por una pensión bajo la modalidad de renta vitalicia, de hecho esta accediendo a una pensión con reajuste automático, por cuanto ésta queda expresada en Unidades de Fomento. Naturalmente, esto no ocurre si el afiliado opta por la modalidad del retiro programado, en que si bien la pensión queda expresada en Unidades de Fomento por periodos anuales, ésta es eminentemente fluctuante año a año, con una tendencia decreciente en la medida en que aumenta la esperanza de vida del afiliado.

Esta opción de reajuste automático que enfrentan los afiliados constituye una ventaja fundamental del nuevo sistema de pensiones, ya que uno de los problemas más serios que presentaba el antiguo régimen previsional era el de que las pensiones podían variar en términos reales de acuerdo a un manejo discrecional sobre la materia por parte de las autoridades correspondientes. Si bien esto último obedecía a la necesidad de tener que adecuarse a los recursos disponibles, en múltiples ocasiones significó una cuantiosa pérdida de poder adquisitivo para los pensionados.

Cobertura.

Un elemento básico dentro de la Seguridad Social, es la cobertura, o sea, cuánta gente está afiliada al sistema de seguridad social y cuenta con la protección que este brinda tanto al afiliado directo como a sus dependientes económicos. Es evidente que el objetivo en este caso es tener la mayor cobertura posible.

A pesar de que en el antiguo sistema, Chile tenía una cobertura bastante alta, tomando de base los patrones internacionales de países con el nivel de desarrollo de Chile, esta no era universal, había por lo menos una tercera parte de la fuerza de trabajo que no cotizaba. De allí que entre los objetivos de la reforma se planteó que mejoraría la protección de la población, porque ahora estaría en el interés de cada uno de los trabajadores que el empleador le hiciera sus cotizaciones, ya que existiría una relación directa entre aportes y beneficios. Un elemento esencial es que, por ser fondos individuales, el trabajador estaría muy interesado en que se hicieran estos aportes y, por lo tanto, disminuiría la evasión y aumentarían la cobertura y la protección previsional.

Disminución del impacto negativo sobre el empleo.

El financiamiento de la previsión a través de una cotización periódica calculada como porcentaje de la remuneraciones de los trabajadores, implica en definitiva un impuesto. Si bien en ambos sistemas está implícito este impuesto al trabajo, hay diferencias en favor del

nuevo sistema de pensiones

En primer lugar, en el nuevo sistema el costo para el afiliado es substancialmente inferior, lo cual, de partida, reduce el impacto potencial que las cotizaciones y comisiones pueden tener sobre la contratación de mano de obra.

En segundo termino, el pago de la cotización integra corre por cuenta del empleado, ya que bajo este sistema no participan ni el patrón ni el gobierno, como era el caso del sistema de reparto. Con lo cual, el importe de la nómina no se incrementa por las aportaciones por concepto de seguridad social.

Equidad del sistema.

Tomando en cuenta que en el nuevo sistema el nivel de las pensiones esta directamente relacionado al esfuerzo individual de los trabajadores, sin tratamientos discriminatorios ni en favor ni en contra de determinados grupos de afiliados, puede señalarse que el actual sistema es, en esencia, equitativo.

Ya que en el nuevo sistema hay una relación directa entre las aportaciones realizadas y los beneficios a recibir, la noción de "impuesto" que está detrás de los pagos que debe de efectuar el afiliado no solo tiende a disminuir, sino tiende a desaparecer definitivamente. En efecto, el concepto de impuesto se suele asociar a pagos que debe realizar un individuo, sin que exista como contrapartida un beneficio a recibir que esté directamente asociado al importe de dichos pagos. Desde este punto de vista, lo que en definitiva ocurre en un sistema previsional basado en la capitalización de las aportaciones es que el afiliado esta siendo "obligado a ahorrar", pero es él quien recibirá en forma directa y total los beneficios de dicho ahorro obligatorio.

Desde la perspectiva de la proyección futura del sistema, éste es un aspecto de vital importancia, que lo hace más estable con el transcurrir del tiempo. Cuando se genera la percepción de que una determinada situación es equitativa o justa, los agentes involucrados tienden a aceptarla e incluso a defenderla, y ello ciertamente facilita su proyección a través del tiempo.

No obstante la equidad que en los términos señalados puede atribuirse al nuevo sistema previsional, es importante destacar que adicionalmente contiene ciertos elementos que implican una solidaridad con los sectores más desposeídos de la población.

En primer lugar, en tanto la legislación dispone que los afiliados que no se encuentren cotizando (cesantes) al momento de ocurrir un siniestro que pueda causarles invalidez o fallecimiento, quedan cubiertos automáticamente por el seguro respectivo - generándose el derecho a una pensión - ello significa que el beneficio respectivo es financiado en definitiva en alguna proporción por los cotizantes activos.

En segundo término, pese a que el riesgo de siniestralidad difiere entre sectores la tasa que

se cobra a los afiliados para financiar el seguro es porcentualmente igual para todos los que están propensos a estos siniestros.

Finalmente, la existencia de pensiones mínimas garantizadas por el Estado, que se financian por los contribuyentes en general, implica una redistribución del ingreso hacia los sectores de menor nivel socioeconómico, cuyas cotizaciones son insuficientes como para generar una pensión equivalente a dicho valor mínimo establecido. Si bien esto último no es una característica que puede atribuirse exclusivamente a un régimen previsional basado en la capitalización de los fondos acumulados en cuentas individuales - de hecho, en el sistema antiguo también se otorgaba este beneficio - es importante mencionarlo por cuanto forma parte de la actual legislación sobre la materia.

En suma, puede señalarse que otra de las principales fortalezas característica del nuevo sistema previsional es la existencia de equidad, en términos de que cada afiliado recibe según lo que aportó, complementándose en caso necesario con un importante grado de solidaridad hacia los sectores más desposeídos de la población.

Otras ventajas que se han dado con el nuevo sistema son:

- Disminución substancial en el porcentaje de cotización.
- Propiedad de los recursos financieros de la cuenta de capitalización individual.
- Transparencia en la administración de los fondos.
- Evita la evasión en los pagos destinados a financiar las prestaciones de salud.
- Inversiones en el área de viviendas.

Desventajas.

- Comisiones gravosas a las aportaciones menores.
- Altos costos de publicidad y ventas.
- Aumento en el costo de administración para las empresas.

Comisiones gravosas a las aportaciones menores.

Una debilidad del nuevo sistema con respecto a la acumulación de aportes en las cuentas individuales es que el cargo por gastos administrativos está basado, en parte, en un monto mensual fijo. El resultado de esto es que los de menores ingresos queden con una contribución neta menor que la de los de mayores ingresos. Aunque es lógico cobrar los gastos de esta forma, esto parece producir el resultado no deseado de que el beneficio será proporcionalmente mayor para aquellos de ingresos altos que para los de ingresos bajos.

Desde el punto de vista social, sería mejor tener un cargo de gasto administrativo sólo sobre el volumen de la cuenta individual, es decir, una pequeña porción del porcentaje de retorno de la inversión se utilizaría para gastos administrativos. La dificultad con este punto de vista es que las Administradoras de Fondos de Pensiones tenderían sólo a buscar afiliados de altos ingresos y las Administradoras de Fondos de Pensiones que tuviesen afiliados de bajos

ingresos aparecerían teniendo peor resultado operativo y no podrían pagar un porcentaje de interés tan alto sobre las cuentas individuales.

Altos costos de publicidad y ventas.

No obstante lo señalado, en ciertas ocasiones se critica la competitividad del sistema, indicándose que los gastos por conceptos de comercialización y ventas - que no están presentes en un régimen de reparto - podrían dar origen a un mayor costo para los afiliados. Al respecto, cabe precisar que los gastos de comercialización y ventas que se observan en el régimen vigente son de la misma naturaleza que aquellos que tienen lugar en cualquier actividad que se desenvuelve en un esquema en que los recursos son asignados por el mercado y que, están afectos a la competencia. Ciertamente estos gastos no se encuentran presentes en un régimen de reparto, puesto que en estos casos las decisiones son tomadas por una autoridad central, sin que los consumidores puedan manifestar libremente sus preferencias. En un sistema descentralizado, por el contrario, en que las decisiones son tomadas individualmente, la información es vital para llegar a la mejor decisión. Y dado que está no se genera espontáneamente, por cuanto hay costos asociados a la difusión entre los agentes participantes en el mercado, ello da origen a los gastos de comercialización y ventas.

Aumento en el costo de administración para las empresas.

Por un lado, existe la ventaja para las empresas de que ya no tienen que participar en el pago de la seguridad social, ya que ahora solo están obligados en este aspecto los trabajadores, como hicimos referencia antes. Pero, por el otro lado, esta el adecuado control del pago de los aportes a la administradora correspondiente y de la retención que hace la empresa para el pago de la aportación a la administradora respectiva.

El control es ahora mayor, ya que debe de considerar los posibles cambios que el afiliado tenga a lo largo de su vida laboral.

Problemática.

Actualmente coexisten los dos sistemas de pensiones, en lo que se podría considerar como una etapa de transición, la que va desde los inicios del sistema de capitalización individual y que se extenderá hasta que se extinga completamente el sistema antiguo y se terminen de pagar los beneficios a los afiliados que optaron por permanecer en él.

El sistema antiguo continúa funcionando, a través del Instituto de Normalización Previsional (INP), institución que agrupó las principales cajas de este sistema y es el encargado de administrar los regímenes de prestaciones que tenían a su cargo dichas instituciones.

La existencia, aún del sistema antiguo y el traslado que se produjo de la mayoría de sus afiliados hacia el sistema de capitalización individual, provocó que el déficit que venía arrastrando el primero se hiciera aún más profundo, debiendo el Estado de asumir el costo de cubrirlo. Además, en el caso de los trabajadores que se trasladaron de sistema, el Estado

es responsable de pagar una compensación equivalente a las cotizaciones efectuadas en el régimen de Cajas de Previsión, lo que se hace a través de instrumentos financieros llamados Bonos de Reconocimiento (BR) y también el gobierno deberá enfrentar la garantía de una pensión mínima a los futuros beneficiarios del nuevo sistema. Lo anterior implica un significativo costo financiero para el Estado, el que ha debido hacer un esfuerzo para cumplir con los compromisos previsionales. Durante los primeros 15 años contados desde que se implementó la reforma previsional, el Estado ha usado recursos para financiarla, los que han alcanzado un promedio anual de alrededor de un 3.3% del PIB.

En resumen, las principales repercusiones del proceso de transición están relacionadas con el ámbito del sector público y en particular con el presupuesto fiscal. El mayor aporte fiscal al Sistema de Pensiones está relacionado con el déficit del sistema antiguo, debido a la pérdida de ingresos de éste y al pago de los Bonos de Reconocimiento.

Inversiones de los fondos.

Anteriormente los fondos equivalían al 40% del PIB y al cierre del año 2000 alcanza a ser aproximadamente el 60% del PIB. La economía chilena ha crecido en la última década conservadoramente un promedio del 6% anual, lo que equivaldría a decir que los fondos están creciendo a una tasa aún superior.

Como hemos comentado, los fondos han sido impulsores del Mercado de Capitales chileno y como no es posible que estos puedan continuar con el mismo dinamismo que han tenido en los años anteriores, ya se está buscando (y actualmente se permite en parte) invertir en otros mercados de capitales, ya que la deuda emitida por el gobierno a través de diferentes instrumentos es aproximadamente del 40%, lo que significa una deuda mayor de lo deseado para cualquier economía pues implicaría una insolvencia del Estado cuando estos recursos tengan que ser liquidados al momento en que los futuros pensionados comiencen a cobrar sus respectivas pensiones.

Este fenómeno se presentó en las casas de bolsa chilenas, ya que las inversiones eran demasiado importantes y la economía chilena realmente no tiene la capacidad para invertir los recursos dentro del país, manteniendo los niveles de rendimiento. Por lo que el valor de las acciones están sobrevaluadas y a ninguna administradora de fondos de pensiones le conviene esto, ya que podrían perder millones.

Se considera que este sistema alcanzará su madurez aproximadamente en el año 2010, equilibrando los ingresos y los egresos. Pero para entonces, el tamaño de los fondos de pensiones habrán rebasado el PIB.

Punto de comparación entre los sistemas de pensiones.

Sin duda, un problema fuerte dentro de la sociedad chilena, es la polémica existente ya de años, de que si el sistema actual es realmente mejor al anterior. Existe el desacuerdo y la

opinión dividida de la comunidad chilena si el cambio fue para mejorar, aunque la mayoría de gente, considera que el nuevo sistema otorga mayores pensiones que el anterior.

En el sistema actual, la pensión depende de múltiples variables, como son:

- Nivel y evolución de la remuneración imponible.
- Nivel y evolución de la tasa de rentabilidad de la cuenta individual.
- Duración de la vida laboral.
- Continuidad de las aportaciones (lagunas).
- Monto de las comisiones pagadas (administración y servicios) de la cuenta individual.
- Modalidad de retiro.
- Potenciales beneficiarios y su expectativa de vida.

Con lo cual se llega a la conclusión, de que probablemente es necesario analizar grupos de casos con similitudes para llegar a una adecuada evaluación y comparación, pero sobre una base de veinte años de cotización y un rango de ingresos que presente cierta homogeneidad en dicho período de tiempo, el resultado que se obtiene en el nuevo sistema es satisfactorio basándose en:

La obtención de una pensión aproximada del 40% al 85% del ingreso final, en función al nivel de ingreso.

La actualización de la pensión en Unidades de Fomento.

La garantía de la pensión mínima garantizada, para quién no alcance dicho importe.

Y aun cuando los resultados en el sistema de capitalización individual no fueran altamente satisfactorios, sería cuestionable si esto es debido al poco tiempo que tiene funcionando.

Lo que es una realidad es que este sistema cumple con el objetivo social del Estado, favorece la economía, el ahorro y soluciona la imposibilidad de que el Estado continúe financiado un esquema no viable y aún es sujeto de optimización.

CAPÍTULO III.

Los motivos del cambio del Sistema de Seguridad Social en México.

TEMAS.

1. Objetivos del cambio.
2. Aspectos demográficos de México.
3. Ineficiencias en la prestación de los servicios de salud.

En noviembre de 1995 se presentó la propuesta obrero empresarial para el fortalecimiento y modernización de la seguridad social, como respuesta a la convocatoria lanzada por la Presidencia de la República. La propuesta fue el resultado de la participación de organizaciones obreras y empresariales, con asistencia de expertos en la materia y con los propios usuarios y prestadores de los servicios.

La propuesta considera los lineamientos señalados por la Presidencia de la República:

- El IMSS debe permanecer como instrumento de la seguridad social integral.
- No a la privatización de la seguridad social.
- No afectar la generación de empleo manteniendo las cuotas.
- Contar con el consenso de la comunidad del IMSS.

A lo largo de más de 50 años el IMSS ha sido:

- Un instrumento de redistribución del ingreso.
- Una expresión de solidaridad social.
- Un auténtico baluarte de la justicia.
- Un apoyo a la estabilidad económica del país.

Estos son los principios que deben permanecer inalterables, para que el IMSS permanezca y se fortalezca como garante de la seguridad social del país.

Objetivos.

La propuesta contempla tres grandes objetivos generales:

1. "El IMSS debe renovarse para evitar un colapso financiero y garantizar en el futuro su capacidad para brindar protección, elevar la calidad de sus servicios, ampliar su cobertura bajo el principio de universalidad y mejorar las prestaciones así como las condiciones en que se otorgan."
2. "El IMSS debe reformar a profundidad sus esquemas de financiamiento, partiendo del reconocimiento de la vulnerabilidad de su situación y de que en estos tiempos es claramente inconveniente incrementar las cuotas obrero patronales, siendo necesaria una mayor participación de recursos fiscales. El sistema de financiamiento debe transformarse a fin de garantizar a largo plazo la viabilidad de las prestaciones que otorga, de resolver las inequidades que el actual sistema presenta y de atender los reclamos de una sociedad cada vez más amplia, compleja y demandante."
3. "El IMSS debe trascender los límites de la protección al trabajador y a las empresas ya instaladas, para pasar a promover activamente la generación de empleos y el crecimiento económico. Reconociendo la magnitud de recursos que maneja, y los efectos de su regulación en el mercado de trabajo, el Instituto debe contribuir a incrementar el ahorro interno, y promover con decisión la creación de nuevas fuentes de trabajo. Se afirma así

que sin empleo no hay seguridad social, éstos son conceptos permanentemente vinculados y es por ello que su crecimiento es propósito central de esta propuesta.”

Para alcanzar los objetivos, se dieron 30 puntos para la reforma al IMSS, que de manera resumida son:

1. No es posible sustentar la estabilidad financiera del IMSS en el incremento de cuotas, es primordial proteger el ingreso del trabajador y evitar que las contribuciones a la Seguridad Social limiten la creación de empleos.
2. Se deberá incrementar la aportación gubernamental a la seguridad social.
3. Garantizar la autonomía real y permanente de los recursos de cada ramo de seguro y dar fin a los subsidios entre ellos.
4. El financiamiento del ramo de Enfermedades y Maternidad deberá replantearse para resolver su déficit crónico y establecer bases para ampliar la cobertura. El financiamiento de las prestaciones en dinero se separarán de las prestaciones en especie. Para el primero se aportaría una cuota proporcional a los salarios de cotización, para el segundo, el gobierno deberá aportar una mayor contribución distribuyéndola de manera equitativa y apoyando proporcionalmente más a los de ingresos más bajos.
5. Disminuir el déficit financiero en los esquemas modificados de aseguramiento, siendo cubiertos por el Gobierno Federal o los gobiernos de las propias entidades beneficiadas y no por las cuotas obrero patronales del régimen obligatorio.
6. Establecer un nuevo esquema de financiamiento para la afiliación voluntaria de los trabajadores no asalariados, a través de una cuota fija que garantice el equilibrio, ampliando la cobertura. Para ello, se deberá crear un nuevo Seguro de Salud para la Familia a costos accesibles y con procedimientos sencillos para su obtención.
7. El nuevo esquema de financiamiento considerará la reversión de cuotas con el IMSS, bajo un esquema que garantice la estabilidad financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad, brindando mayores opciones a trabajadores y empresas.
8. El seguro de Enfermedades y Maternidad deberá garantizar la prestación de servicios médicos con mejor calidad, oportunidad y trato humano.
9. La libre elección del médico familiar por parte del asegurado, es el eje de la propuesta de atención en el primer nivel, introduciendo esquemas de competencia en beneficio de los usuarios, premiando al buen médico.
10. Hacer un esfuerzo adicional para bajar los costos de atención del servicio médico, sin detrimento de la calidad y calidez.

11. Establecer controles efectivos para la expedición de incapacidades.
12. Que el sector público reintegre al IMSS los recursos erogados por las acciones de salud pública en beneficio de la población abierta, como son las campañas de vacunación y atención en urgencias
13. Diseñar un nuevo sistema de abastecimiento que permita la satisfacción oportuna de las necesidades de medicamentos y materiales de curación para los derechohabientes.
14. Replantear el sistema de pensiones con el fin de hacerlo más justo y resolver el déficit actuarial existente que atenta contra el cumplimiento de las prestaciones en el corto plazo, permitiéndoles ser inmunes a los efectos de las crisis económicas.
15. A fin de promover la máxima transparencia en el manejo de los fondos, se deberá definir adecuadamente la propiedad de los trabajadores sobre las aportaciones que se recauden del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
16. Reformar el sistema para contar con pensiones dignas y con certidumbre financiera. Se propone la creación de un nuevo sistema de pensiones a partir de un fondo individual por trabajador, que genere un rendimiento atractivo. El Gobierno Federal aportará una cuota social uniforme a todos los trabajadores.
17. Es necesario que en la transición se respeten los derechos adquiridos de los pensionados y cotizantes actuales, estos derechos deberán ser respaldados por el Gobierno Federal.
18. El Estado debe garantizar una pensión mínima para los trabajadores, cuidando que los requisitos sean equitativos.
19. Los fondos acumulados en este nuevo sistema de pensiones deberán incrementar el ahorro interno.
20. Será necesario que se creen las Administradoras de Fondos para el Retiro como sociedades especializadas de inversión. Cada trabajador tendría la libertad de elegir cuál administradora le manejaría su fondo individual. El Estado, a través del IMSS, fiscalizaría el cumplimiento del pago de las aportaciones y a través de las autoridades financieras se establecería una regulación para garantizar el buen manejo de los fondos.
21. Invalidez y Muerte por ser un riesgo social, debe ser fortalecido en el IMSS, transformándose en un nuevo Seguro de Invalidez y Vida que incluya los gastos médicos de pensionados. Este Seguro debe proteger al trabajador a lo largo de su vida laboral activa.
22. En el ramo de riesgos de trabajo, es imperativo promover una nueva cultura de salud y previsión en el trabajo, con base en incentivos concretos, como son: reducir cuotas en base a mejoras en la prevención de accidentes y modernización de su planta.

23. Se deberán eliminar las clases de riesgo y ajustar las cuotas a la siniestralidad de cada empresa en particular, a fin de que las contribuciones de cada empresa estén directamente vinculadas a las condiciones de riesgo de su actividad. Esto generará un incentivo inequívoco a invertir en la prevención de riesgos y redundará en la reducción de accidentes.

24. Las empresas tendrán que garantizar el que las Comisiones de Seguridad e Higiene cumplan con sus funciones, estableciendo programas para un mayor control de los factores que propician una mayor incidencia de riesgos de trabajo.

25. Al ramo de guarderías, es necesario impulsarlo como premisa de justicia para las mujeres trabajadoras.

26. Debe terminar la transferencia de fondos del ramo de Guarderías al de Enfermedades y Maternidad.

27. Las prestaciones sociales que otorga el Instituto, son elemento central en la promoción de la salud y el bienestar comunitario, apoyando el desarrollo integral de la sociedad, unificando las prestaciones sociales y el servicio de guarderías a través del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

28. Consolidar el Programa de Reorganización Administrativa, a fin de dar plena vigencia a la regionalización y la desconcentración que fortalezca la productividad, la autonomía de gestión y la calidad total.

29. Continuar la modernización y sistematización del IMSS a fin de hacer más eficiente la operación e incrementar la productividad en busca de la calidad y calidez.

30. Es necesario disminuir el excesivo personal de confianza y solicitar al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social comprensión integral del problema de viabilidad financiera que tiene el IMSS y requerirle flexibilidad y colaboración efectiva.

En síntesis, la Seguridad Social mexicana debe transformarse para fortalecer sus principios, brindar mayor bienestar, con certidumbre financiera y convertirse en motor específico del incremento del ahorro interno.

Estos puntos y objetivos debieron de reflejarse en la nueva Ley del IMSS, o por lo menos parte de ellos, ya que era la propuesta de los sectores más vinculados al Instituto Mexicano del Seguro Social, además de ser el aval que el gobierno requería para poder hacer cambios a la Ley, cambios que se postergaron por años, ya que estaban identificados desde la campaña presidencial de Carlos Salinas.

En la medida en que el crecimiento de la población no este previsto y planificado, los problemas poblacionales se tornan cada vez mas complejos, dando como resultado una mayor demanda de recursos y presionando a una solución. En el año 2000 se espera que la población de México alcance los cien millones de personas, con un crecimiento aproximado de 1.8 millones de habitantes por año¹.

Esta situación es resultado del rápido crecimiento que tuvo la población hasta los años setenta, cuando comenzó a disminuir la tasa de crecimiento, pero ha seguido aumentando en números absolutos. Esta tendencia seguirá teniendo lugar en el futuro próximo, continuando el crecimiento de la población en números absolutos, aunque a tasas de crecimiento poblacional cada vez menores.

El comportamiento de la mortalidad y la fecundidad determinan no solo el ritmo de crecimiento de la población, sino también marcados cambios en su composición de edades. Por un lado, la disminución de la mortalidad, reflejada en la pirámide de la población por un número cada vez mayor de personas que llegan con vida hasta edades avanzadas². Por otro lado, la disminución de la fecundidad se traduce en un estrechamiento de la base de la pirámide.

Estos sucesos poblacionales están conduciendo a un gradual proceso de envejecimiento de la población, caracterizado por una menor proporción de niños y jóvenes, así como un aumento paulatino del peso relativo de las personas de edades adultas y avanzadas. (Ver cuadro 3).

El rápido crecimiento de los 60's propicio una distribución por edades de la población marcadamente joven. De ellos resulta en gran medida la actual inercia del crecimiento de la población. Así, mientras en los últimos años el número de hijos por mujer se redujo a la mitad - de 6.0 a 3.0 hijos -, el número de mujeres en edad reproductiva se duplico, lo que explica los incrementos absolutos de la población.

Los distintos grupos de edades evolucionan con diferentes tendencias de crecimiento y modifican las necesidades sociales.

Un ángulo revelador de los rápidos cambios por los que atraviesa la composición por edades de la población lo constituye el examen de las tendencias del crecimiento de los distintos grupos de edad.

El grupo en que más se ha reflejado la reducción de la fecundidad es el de la población en

¹ Sobre la base de que ocurren alrededor de 2.2 millones de nacimientos y cerca de 420 mil defunciones resulta 1.8. El saldo neto migratorio internacional de México es negativo actualmente, y asciende aproximadamente a 290 mil personas por año, si se descuenta este, el crecimiento neto en números absolutos asciende a cerca de 1.5 millones de personas.

² Incrementando la esperanza de vida al nacimiento, en 1930, los hombres tenían una esperanza de vida de 35 años y las mujeres de 37 años, seis décadas más tarde, este indicador se duplicó: 69 y 75 años, respectivamente (Programa Nacional de Población de 1995 a 2000).

LOS MOTIVOS DEL CAMBIO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE MÉXICO.

edad preescolar (entre 0 y 5 años), que desde mediados de los 80's, se ha mantenido casi constante en poco más de 13 millones y los incrementos anuales han disminuido progresivamente hasta volverse nulos en 1992, y los años posteriores, mostrando un comportamiento de una tasa de crecimiento negativa.

Cuadro 1. Población en grandes grupos de edad. México 1930 - 2000. En miles.

Grupo de Edad	Año 1930	Año 1940	Año 1950	Año 1960	Año 1970	Año 1980	Año 1990	Año 2000
Total	16,902	20,259	26,219	35,609	49,735	66,559	83,480	99,160
0-14	6,943	8,495	11,128	16,339	23,712	29,986	32,798	32,875
15-64	9,514	11,200	14,280	18,110	24,341	34,231	47,558	61,695
65 +	445	564	811	1,160	1,682	2,342	3,124	4,590

Fuente: Consejo Nacional de Población. Conapo.

Cuadro 2. Proyección de la población en grandes grupos de edad. México 2000 - 2030. En miles.

Grupo de Edad	Año 2000	Año 2010	Año 2020	Año 2030
Total	99,160	111,671	121,750	130,329
0-14	32,875	30,371	27,068	24,955
15-64	61,695	74,628	84,848	90,143
65 +	4,590	6,672	9,834	15,231

Fuente: Consejo Nacional de Población. Conapo.

Los grupos de edad que demandan la educación básica y a nivel secundaria (entre 6 y 14 años) siguen un patrón marcado también por la disminución de la fecundidad y ambos con una tasa de crecimiento actual nula. Así, se estima que la demanda histórica más alta a la que tendrá que hacer frente la impartición de educación primaria es de poco más de 13 millones de niños, así como de 6.3 millones de jóvenes para la instrucción secundaria³.

Se estima que hasta el año 2010 los incrementos anuales de la población entre 15 y 64 años serán superior a 1.2 millones de personas. Entre 1960 y 1995 el número de personas en este grupo de edades paso de 18 a 55 millones, es decir, se triplico en un lapso de 35 años y que en el año 2000 llegó a poco más de 61 millones. Estrechamente vinculada con la población entre 15 y 64 años está la población económicamente activa (PEA).

Los retos primordiales dentro de este grupo de edad residen en poder satisfacer la demanda creciente de educación en los niveles medio y superior (para el subgrupo de 15 a 24 años); y la generación de por lo menos 1.3 millones de nuevos trabajos por año. Al analizar la ocupación en México, destaca la magnitud del desempleo abierto, que afecta principalmente a las personas del grupo de edad entre los 50 y los 64 años, frente a la expectativa de no conseguir empleo.

Actualmente, la población de 65 años y más representa hoy alrededor del 4.6 por ciento de la población - con 4.6 millones de personas -, pero su crecimiento es muy marcado, ya que pasó de menos de 1.0 por ciento anual en 1960 al 4.2 por ciento en 1990, y se ha mantenido

³ Pero esto no significa que se concluya la construcción de escuelas, ya que la nueva población esta lejos de los actuales centros educativos, dando un fenómeno de dispersión en el suministro de la educación básica, por lo que los costos tienden a incrementarse.

**LOS MOTIVOS DEL CAMBIO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE MÉXICO.**

en este nivel desde entonces. Mientras en 1960 los incrementos anuales eran de menos de 20 mil individuos, actualmente ascienden aproximadamente a 180 mil.

Los insuficientes recursos económicos entre la población, su perfil epidemiológico y los altos costos por padecimiento, conforman las condiciones para estimar que habrá una creciente demanda de servicios de seguridad social y salud en general, por parte tanto de población joven como envejecida, misma que se encontrará incorporada a procesos de recuperación económica poco alentadoras a corto plazo. En general, se espera que los viejos tengan dificultad para acceder a las instituciones públicas junto con una deficiente asignación de los recursos financieros lo que provocará la persistencia de la mala calidad en los servicios, situación que se intensifica en las localidades más pobres y los grupos marginados.

Cuadro 3. Distribución porcentual en grandes grupos de edad. México 1960 - 2030.

Grupo de Edad	Año 1960	Año 1970	Año 1980	Año 1990	Año 2000	Año 2010	Año 2020	Año 2030
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0-14	45.88	47.68	45.05	39.29	33.15	27.20	22.23	19.15
15-64	50.86	48.94	51.43	56.97	62.22	66.63	69.69	69.16
65 +	3.26	3.38	3.52	3.74	4.63	5.97	8.08	11.69

Fuente: Consejo Nacional de Población. Conapo.

Por otro lado, existe la posibilidad de que las instituciones privadas de naturaleza no lucrativa tengan una mayor demanda de servicios médicos y de atención a población envejecida, particularmente para población que necesite de cuidados prolongados. La impresión de que las instituciones privadas atienden al anciano funcional, las de asistencia privada al anciano inválido que no puede pagar su atención y las de seguridad social ha ancianos extrabajadores con una amplia variedad de enfermedades, plantea la necesidad de crear una mayor cantidad de instituciones de cuidado prolongado particularmente para ancianos pobres con el fin de evitar el maltrato social.

Desde la perspectiva de la seguridad social se han observado las siguientes situaciones:

- 1) Más de la mitad de la población económicamente activa de México no está afiliada a alguna institución de seguridad social que le permita jubilarse y que casi el 60 por ciento de la población entre 40 y 64 años de edad, es decir, aquella que se va a retirar en el corto plazo, no está cubierta por ninguna institución de seguridad social.
- 2) El 96% de las pensiones del IMSS se encuentran en un salario mínimo y sólo el 18% de la población mayor de 60 años de edad tiene algún tipo de pensión.
- 3) Insuficiencia de recursos que han limitado su capacidad de respuesta y adecuación.

La población transita hacia una nueva situación de atención en servicios de salud.

México se caracteriza actualmente por un perfil de salud - enfermedad en evolución, caracterizado por una constante reducción de las defunciones atribuibles a padecimientos infecciosos (debido principalmente al aspecto de atraso económico y educativo de la

población), contra la tendencia creciente de defunciones debidas a enfermedades crónico - degenerativas y por lesiones.

La mortalidad debida a enfermedades no transmisibles representó en 1979 el 53.4 por ciento del total de las defunciones: para 1993, su peso relativo aumento a 67.8 por ciento de la mortalidad total. En este grupo se incluyen cinco de las diez principales causas de muerte del país: las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos, la cirrosis y la diabetes mellitus.

La prevalencia de enfermedades crónicas entre la población envejecida es mayor entre las mujeres (hipertensión arterial y artritis), mientras que en ambos sexos cerca del 90 por ciento tienen limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria. El perfil de la salud de esta población apunta hacia una situación donde la combinación de varias enfermedades crónicas y algunas infecciosas parecen condicionar la fragilidad de la población envejecida actual. Por otro lado, la incidencia de accidentes entre los ancianos, muestra que son aquellos con edades muy avanzadas los que tienen mayor riesgo de sufrirlo, sobre todo las caídas, accidentes con herramienta y atropellamientos.

El aspecto más sobresaliente es que a los niveles de mortalidad más altos corresponden las mayores proporciones de fallecimientos causados por enfermedades transmisibles, mientras que las enfermedades no transmisibles y las lesiones y accidentes inciden casi por igual en todas las entidades federativas. Ello significa que gran parte del rezago de la mortalidad puede y debe ser evitado, pues resulta de enfermedades infecciosas y parasitarias, que son las más factibles de evitar mediante intervenciones adecuadas de salud y nutrición. Por ejemplo, entre 1973 y 1993, la disminución del riesgo de fallecimiento por enfermedades transmisibles contribuyó al incremento de la esperanza de vida en 2.9 años para los hombres y 3.2 para las mujeres⁴.

En México, la atención especializada para la población en edad avanzada recae en los médicos generales. Existen en la actualidad pocos hospitales con personal especializado en geriatría y gerontología y la mayoría de estos hospitales se encuentran ubicados en el Distrito Federal. La ausencia de personal capacitado para atender a la población adulta y anciana, puede propiciar problemas contradictorios en la atención, por ejemplo, en muchos casos se dan egresos prematuros o estancias prolongadas, tratamientos tecnificados y agresivos, limitación en el acceso a los servicios de salud o una alta prescripción de medicamentos que en ocasiones hace que el paciente empeore. Estas situaciones generan complicaciones, reingresos y alta probabilidad de morbilidad.

Impulsar la reducción del crecimiento demográfico.

El progreso y el bienestar no pueden fincarse sobre bases sólidas si el crecimiento de la población constantemente erosiona la acumulación de los beneficios del desarrollo. Por esto, existe una política de población dentro de un marco de derechos y libertades individuales.

⁴ Programa Nacional de Población de 1995 a 2000. Capítulo sobre Situación demográfica nacional.

Las metas de la política de población persiguen una importante intensificación de la planificación familiar en el medio rural y marginal urbano, dirigida particularmente a las regiones y sectores marginados y pobres. Por ejemplo, atendiendo al uso de métodos anticonceptivos, mientras en el medio urbano 70 por ciento de las parejas usan algún método, en el medio rural la protección anticonceptiva alcanza sólo el 44 por ciento de las parejas. Se requiere además ampliar la gama de los métodos anticonceptivos, para adecuarlos a las necesidades específicas de los diferentes grupos sociales y satisfacer su demanda, lo que refleja deficiencias de los servicios de planificación familiar.

La educación de las mujeres sobresale como un factor estratégico por ser el elemento medular de la familia, fomentar su afán de logro y de superación personal. La inversión en educación y capacitación de la mujer repercute no sólo en su propio provecho, sino también en el de su familia, pues contribuye a romper el círculo de la transmisión intergeneracional de la pobreza, aumentando las posibilidades de que los hijos reciban una mejor educación, salud y bienestar. Se requiere, además, estimular la participación de las mujeres en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas.

La descentralización es básica para el logro de las acciones en materia de población, por lo que a través de ella, la política de población debe impulsar la integración de los criterios demográficos en los planes y programas de desarrollo económico y social de los estados y municipios, sensibilizando a las autoridades de esos órdenes de gobierno acerca de la importancia de considerar las relaciones entre población y desarrollo.

En nuestro país existen diversas instituciones que proporcionan los servicios básicos de atención a problemas de salud, pero son escasas las que proporcionan servicios integrales de salud. Algunas de las instituciones que proporcionan un servicio integral de salud están vinculadas principalmente a los sistemas de seguridad social, destacando el IMSS, cuya nueva Ley busca fortalecer su participación en acciones preventivas en la salud dentro de la comunidad sin verse afectado económicamente, dado que se busca cobrar al gobierno federal o local los servicios que realice este instituto a favor de la comunidad beneficiada.

No obstante, el mismo IMSS presenta diversos problemas en la prestación de servicios a sus afiliados, incluyendo los servicios de atención a problemas de salud, los cuales se agravan al profundizar en la necesidad de una atención médica de mayor especialización en áreas con poca población o poblaciones en regiones remotas, debido a que muchas ocasiones, no existe la presencia de clínicas del instituto.

Como hemos referido, son importantes los logros que el IMSS ha tenido en el pasado, pero al igual, son grandes los retos y deficiencias que presenta en la actualidad. Los primeros objetivos de la reforma general en la propuesta obrero patronal, contienen un concepto básico que se ha solicitado a lo largo de la historia del IMSS, que es el lograr elevar la calidad de los servicios de salud que proporciona.

Los principales problemas pueden ser englobados del siguiente modo:

- Déficit financiero del seguro de Enfermedades y Maternidad.
- Deficiencia en la calidad y rapidez del servicio, así como en la asignación de recursos.
- Alto costo en los servicios de salud y medicina especializada de poco impacto social.
- Centralismo.
- Inadecuada atención a cambios demográficos y epidemiológicos

Déficit financiero del seguro de Enfermedades y Maternidad.

Desde el momento de su creación en 1943, el ramo de enfermedades y maternidad ha enfrentado una insuficiencia financiera, esto fue debido a que la cuota inicial del 6% sobre el salario base de cotización fue calculada originalmente solo para dar protección al trabajador, pero por decisión de último momento, se protegió a los familiares directos sin realizar un ajuste a la cuota técnicamente calculada.

El déficit fue solventado por medio de la transferencia de recursos financieros del seguro de Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte y a partir de 1973 del ramo de Guarderías.

La cuota del seguro de Enfermedades y Maternidad ha evolucionado pero siempre de forma insuficiente. La cuota inicial del 6% de 1943 aumento al 8% en 1948. En 1959 la cuota se incremento a 9%. Para 1989, después de varios años de inflación, se incrementó al 12% para finalizar en 1993 en 12.5%. En 1993 también se amplió el tope máximo del salario base de cotización, pasando de 10 a 25 salarios mínimos de Distrito Federal.

Otro factor que ha afectado al seguro de Enfermedades y Maternidad, ha sido la inclusión de grupos de trabajadores, que no obstante a sus condiciones irregulares de ingresos, han quedado cubiertos bajo los esquemas modificados de aseguramiento. Ejemplo de estos grupos son: los trabajadores estacionales, miembros de sociedades locales de crédito ejidal, productores de caña de azúcar, etc.

Por otro lado, si los ingresos del seguro de Enfermedades y Maternidad están vinculados en forma directa a la situación de empleo y salario y sus egresos mantienen una relación inversa al empleo y el salario, será sencillo deducir, que en situaciones de crisis económica del país, el déficit del IMSS es aun mayor.

Deficiencia en la calidad y rapidez del servicio, así como en la asignación de recursos.

El IMSS se desarrolló en la total ausencia de competencia, que fuera el incentivo intrínseco en la búsqueda de calidad y eficiencia en los servicios que proporciona, principalmente en el aspecto salud. Al tener los recursos económicos asegurados, daba como resultado, que no importara si el aportante o sus familiares estaban satisfechos con la atención recibida. Por años, los trabajadores han visto al IMSS como un beneficio que les proporcionaba el gobierno de forma gratuita y por ello, no se pedía una mejor atención, por miedo a perder la atención o sufrir maltrato por parte del personal.

En la atención primaria, debido a la simplicidad de la morbilidad atendida en la mayoría de casos, es posible realizar un promedio de 10 consultas por hora (con excepción de la primera consulta), por lo que se han establecido un promedio de consultas por hora en el IMSS de 4 a 6 consultas por hora. Esta situación ha provocado, que los médicos cubran todas sus consultas del día en menor tiempo. A muchos médicos no les importa si la brevedad de la consulta proporcionada deteriora la calidad del diagnóstico, en realidad esto se ha vuelto un círculo vicioso, dando como resultado que los asegurados recurran a los servicios particulares, donde muchas veces son atendidos por los mismos médicos, pero donde aquí si les atenderán con un servicio más profesional⁵.

Este mismo personal que proporciona el servicio de salud a primer nivel, por otro lado, no cuenta con incentivos adecuados a sus intereses. Esto es debido a que se ha privilegiado a un grupo de médicos especialistas y se ha desatendido la necesidad del médico general, que es el contacto inicial de las personas aseguradas que buscan atención médica a primer nivel. Aspectos fundamentales como la capacitación y actualización para garantizar la calidad de los servicios que se ofrecen a este primer nivel no han sido una prioridad.

Lo que ha dado como resultado un menor énfasis en las acciones preventivas, provocando que la atención esté dirigida hacia las acciones curativas en detrimento de la salud de los asegurados elevando los costos y deteriorando la calidad del servicio. Estudios relacionados con el tema señalan que, por ejemplo:

⁵ La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Fondo de cultura económica. Pág. 144.

- La prevención de una muerte infantil a través de la vacunación oportuna tiene un costo aproximadamente de 130 pesos, mientras que los costos de tratamiento previos al fallecimiento de un niño por esta causa rebasan los 3,000 pesos.
- El costo de divulgación de medidas de prevención en el caso del SIDA es irrisorio contra el costo del tratamiento de un paciente que ha adquirido el virus.

Por lo que es necesario encontrar la manera de incorporar en nuestros esquemas de atención, los elementos que motiven:

1. El cuidado de la salud individual y colectiva, como el futuro de los servicios de salud.
2. La prestación de servicios de mayor calidad, para que el diagnóstico de cualquier enfermedad sea el adecuado y que su atención sea lo más integral posible.
3. Que los usuarios de los servicios recurran a su médico familiar con una frecuencia adecuada y no solo en casos de enfermedad. Y esto se debe de dar a partir del médico familiar, que deberá de programar las citas de manera periódica a sus pacientes.
4. Abatir los costos e incrementar la capacitación del personal en sus diferentes disciplinas.

El actual sistema de atención se debe principalmente a la falta de una concepción específica de prevención.

Y por último, tampoco se ha contado con mecanismos adecuados, para que los recursos se orientaran hacia las acciones de mayor efectividad en relación con su costo. Lo que dió como resultado que los usuarios del IMSS recibieran una atención cuya calidad fue significativamente inferior a la que sería capaz de proveer el sistema. Es sabido que más de la mitad de los usuarios del sector consideran que los servicios que reciben son de calidad regular o mala.

Alto costo en los servicios de salud y medicina especializada de poco impacto social.

En México, como en otros países de Latinoamérica, los inicios de la seguridad social coincidió cuando los países eran todavía agrícolas y el número de trabajadores del sector industrial era pequeño. Casi la totalidad de los trabajadores que eran susceptibles de ingresar al IMSS radicaban en las principales ciudades de México. Por lo que el IMSS inicio en las áreas urbanas. Los recursos disponibles y las necesidades políticas del momento hizo que se construyeran los grandes hospitales de alta tecnología y al intercambio de recursos entre ramos, por lo que las reservas que debieron de constituirse en el anterior sistema de pensiones, no se lograron constituir debido al subsidio que existía bajo la Ley anterior del IMSS y que fue utilizada para apoyar al seguro de enfermedades y maternidad y sus hospitales.

Con la creación de los hospitales, se fue gestando un grupo de médicos especialistas, que fueron obteniendo todas las ventajas, como era la capacitación y actualización constante y mejores condiciones de trabajo. Los especialistas recibían lo último en tecnología médica, que significaba altos costos de adquisición, operación y mantenimiento. Se ha comentado que las tecnologías modernas tienen muy poco que ver con las necesidades básicas de los problemas de salud en México. Por otro lado, estos equipos tan sofisticados no son casi utilizados, en contraposición de lo que serían equipos básicos de atención básica. El elevado costo de los hospitales fue una causa de que se fueran frenando la construcción de clínicas o centros de salud a lo largo de la república, dejando sin atención básica a miles de personas. De modo que la mayoría de la población que habita en las zonas rurales, sufren de muerte por causas previsibles que tendrían un bajo costo.

Los grandes hospitales no contribuyen a una mejora apreciable de las condiciones de salud de las mayorías y no permiten una eficaz medicina preventiva a nivel nacional. Al mismo tiempo, se hacen cargo de enfermedades y pacientes que deberían ser tratados en centros de cuidado primario. Creando una competencia por los recursos entre los niveles de la pirámide de salud. De acuerdo a lo experiencia del programa IMSS - Solidaridad, el 85% de la demanda de atención médica se resuelve en el primer nivel, que requiere una tecnología sencilla. En el segundo nivel se atiende al 12% de la demanda y comprende servicios de especialidades en medicina familiar, interna, pediatría, gineco - obstetricia, cirugía y anestesiología⁶.

Por otro lado, los especialistas trabajan por un número mínimo de horas al día para el IMSS, lo que les permite poder tener consultas particulares, muchas veces con sus mismos pacientes del instituto, que tienen posibilidades económicas y desconfían de la disponibilidad adecuada de los recursos del IMSS, por ejemplo, la toma de una radiografía y su diagnóstico, que en ocasiones llegan a tardar hasta 3 semanas.

Centralismo.

En el IMSS, al igual que otras instituciones de salud del país, encontramos un centralismo que limita la eficiencia de su operación. Ni la realidad epidemiológica ni los profundos cambios políticos que experimenta el país, dan viabilidad a una estructura centralista de tan grande magnitud. La descentralización de la toma de decisiones constituye uno de los retos más grandes. Para lograr una adecuada descentralización, es necesaria la coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud, debido a que la coordinación ha sido históricamente inadecuada, generando baja eficiencia en las decisiones de hacia donde deben orientarse los recursos. Debido a que las condiciones respecto de la asignación de los recursos se toman en el centro, en donde no siempre se conocen los problemas y las prioridades de salud regionales, se ignoran los recursos disponibles y se duplican esfuerzos innecesariamente.

Es un hecho, que los estados con mayores ingresos propios y menor peso de la enfermedad obtienen un mayor presupuesto que los estados de menores ingresos y un peso de la

⁶ Lineamientos generales del Programa IMSS - Solidaridad 1999. Operación de servicios.

enfermedad mayor, debido principalmente a que en esos estados hay una mejor organización social y política, que provoca dicha distorsión, ya que la toma de decisiones se toma en forma política y no por las necesidades de cada entidad.

Hay además una indefinición precisa de responsabilidades. Las autoridades locales (o regionales) no tienen manera de hacerse plenamente responsables, mientras que las autoridades centrales sólo lo hacen limitadamente dado el gigantismo de su espacio de influencia. Lo que hace necesaria la consulta a las áreas de decisión, burocratizando las acciones y los procesos. La operación centralizada hace que los procesos sean complejos y que tomen más tiempo del necesario. Esto limita la efectividad y oportunidad de las acciones que podrían ejecutarse de manera más eficaz si las decisiones se tomaran de manera local.

Como se ha señalado, el IMSS cubre aproximadamente el 38% de la población, pero en la actualidad aun hay millones de mexicanos sin acceso a servicios de salud. La mayor parte de esta población se encuentra ubicada en las zonas rurales dispersas y en cinturones urbanos marginados⁷. No ha existido una estrategia coordinada y bien definida para hacerle llegar servicios a esta población por lo que los criterios y los instrumentos han sido aislados y dispersos debido a que la toma de decisiones esta centralizada.

La descentralización de los servicios que prestan, tanto la Secretaria de Salud como el programa IMSS - Solidaridad, evitará que persistan sistemas paralelos para atender a una misma población. La descentralización permitirá, asimismo, hacer una distribución más racional del gasto federal en salud al tomar en consideración indicadores de mortalidad y marginación, y equilibrar el gasto per cápita en salud. Al mismo tiempo, guiándose los recursos hacia las acciones altamente costo-efectivas, a saber, aquellas que de manera comprobada traducen los recursos en mayor bienestar para más población.

Inadecuada atención a los cambios demográficos y epidemiológicos

Pese a los grandes avances logrados, aun hay grandes diferencias entre los estados, que están ligados a los niveles de desarrollo económico. Es por ello, que en los estados con menor desarrollo económico, aun persisten las enfermedades transmisibles en primer lugar como causa de muerte, las cuales son las más sencillas de controlar y erradicar.

El cólera es una enfermedad que ejemplifica el retraso educativo y económico existente en algunos estados de nuestro país. El cólera es una enfermedad fácil de controlar a través de medidas mínimas de control sanitario, sin estas la mortalidad es superior al 50%, pero no llega al 1% con el tratamiento adecuado. Dado que el cólera es una enfermedad transmitida a través del agua y los alimentos contaminados, las actividades de prevención y mejora de las condiciones de saneamiento básico, como es la higiene individual y colectiva, los sistemas de distribución de agua potable, alcantarillado y el adecuado manejo de los alimentos, logran disminuir su impacto.

⁷ El programa IMSS - Solidaridad atiende una población beneficiaria que reside en 14 000 localidades, de la cuales el 96% tiene menos de 2500 habitantes. El 20% de estas localidades sólo se puede acceder por helicóptero, el 95% carecen de drenaje y el 62% no cuentan con agua potable.

LOS MOTIVOS DEL CAMBIO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.
INEFICIENCIAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Por otro lado, los cambios en el aspecto demográfico que han incidido en el incremento de la población adulta y anciana, que necesitan en su mayoría otro tipo de atención, debido a las denominadas enfermedades no transmisibles (o enfermedades del desarrollo), los accidentes no laborales y las lesiones. Los retos para mejorar las condiciones de salud de esta población son más complejos, en virtud de que los riesgos de enfermedad y de muerte para algunos padecimientos se han incrementado al aumentar la longevidad como es el caso de los problemas cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus, cuya incidencia será progresivamente mayor.

La inminente transición hacia el envejecimiento requerirá adaptar el sistema de salud y el modelo de atención médica, clínica y hospitalaria a la incidencia en aumento de las enfermedades crónicas cuyo tratamiento y consecuencias son a largo plazo en cuanto a sufrimiento, costos y necesidades de apoyo. No se tratará de un cambio inmediato, pero sí del reconocimiento y acción sobre la demanda ya existente.

Los factores que intervienen en los padecimientos crónicos están relacionados íntimamente con el estilo de vida, por lo que la promoción de una vida más sana, ayudaría a el retraso en la aparición de los padecimientos crónicos. Pero las acciones emprendidas en materia de prevención para estos problemas no han sido convincentes para producir el cambio. Para las personas envejecidas, las dificultades económicas y de salud nunca pueden predecirse con exactitud y la actitud (casi en forma) general es de no considerarlas ni prevenirlas a tiempo, lo que agrava aun más los problemas de este grupo de personas.

CAPÍTULO IV.

Servicios de salud.

TEMAS.

1. Alcances que pretende la reforma del IMSS en la salud.
2. Seguro de enfermedades y maternidad.
 - 2.1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.
 - 2.2. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro.
3. El seguro de riesgos de trabajo.
 - 3.1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.
 - 3.2. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro.
4. Ventajas y desventajas.

La privatización de los servicios de salud: caso chileno.

Hasta finales de los 70's el sector público de salud chileno era de carácter universal y se financiaba por medio de aportación fiscal, la aportación previsional de los empleadores, trabajadores activos y el pago directo de otros usuarios. Este era el Servicio Nacional de Salud (SNS) fundado en 1952 y era una réplica del sistema inglés de salud. Las familias tenían acceso a tratamientos médicos y quirúrgicos (incluyendo la asistencia en el embarazo y el parto de la cónyuge), atención dental, un subsidio por incapacidad laboral (que era calculado en base al promedio del salario de los últimos seis meses), siempre que la incapacidad por enfermedad fuera de tres días mínimo.

El SNS coexistía con los programas médicos de índole privada llamados Cajas de Previsión, existentes desde 1930, que ofrecían atención médica para cierto tipo de público (el que podía financiar directamente sus prestaciones) y para algunos grupos de empleados privados; su financiamiento principal era por medio de aportes de empleados y patrones.

En Chile, la reforma al sector salud se da al mismo tiempo que se suceden transformaciones estructurales profundas en diferentes áreas de la sociedad, tanto de índole político, como social y más aún económico.

En el año 1979 se produce una primera gran reforma en materia de salud, con el Decreto Ley N°2.763, vigente a partir de enero de 1980, que creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), de acuerdo a la ley, el SNSS está constituido por las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas, que laboran en salud coordinadamente dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que este apruebe. Dentro de las instituciones que conforman el SNSS se destaca el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que realiza principalmente dos funciones: actuar como ente financiador de prestaciones de salud y administrar la Modalidad de Libre Elección

A inicios de los 80's, y de acuerdo a la nueva legislación, se creó el Instituto de Salud Previsional (ISAPRE) de libre adhesión y administración privada, cuya base se apoya en la libertad de elección para todos los trabajadores del país, excepto para los de las Fuerzas Armadas. Dando como resultado una clara separación entre las funciones del sector público y el sector privado.

El incremento de la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud se da, principalmente en tres niveles. El primer nivel es el de la administración del financiamiento y el desarrollo de sistemas de atención médica privados; el segundo nivel es el de la administración de la estructura ambulatoria y el tercero es el proyecto de administración de hospitales.

La justificación fundamental para permitir el ingreso al mercado de los servicios de salud fue el supuesto de que el sector privado distribuye los recursos, salarios, bienes y servicios con mayor calidad y eficiencia que el sector público. Esto basado en la teoría económica neoclásica de la "mano invisible" dentro del libre mercado que sumerge a las empresas

privadas en un ambiente de competencia que las obliga a ser competitivas en todos los aspectos, lo que conlleva a beneficiar a toda la sociedad en que se desempeña.

Otros supuestos fueron:

- Los cambios tecnológicos y la aparición de tecnología compleja de alto costo, que obliga a realizar importantes inversiones.
- Cambios en la estructura del trabajo formal (aumento del trabajo informal), la temporalidad y la contratación a destajo desfinancia progresivamente los servicios de atención en salud, principalmente a los sistemas de Seguridad Social.
- El cambio de la estructura demográfica, por el envejecimiento de su población.
- Altos costos de los servicios de salud públicos con aportación de beneficiarios directos e indirectos vía impuestos generales. Desperdicio de recursos. Mayor gasto en administración que en los servicios.
- Calidad deficiente en la prestación y administración de los servicios, con una creciente dificultad en el acceso a los servicios para los sectores de la población de menores recursos y el deterioro de la infraestructura física.

El ISAPRE comienza a funcionar en 1981 y está conformado por un lado por empresas privadas y por otro un sistema público. La afiliación es obligatoria a alguno de los dos prestadores de servicios. Esta nueva modalidad ofrece a los trabajadores la alternativa de afiliación por elección. Los diferentes planes de salud que son ofrecidos bajo contrato tienen un precio que es fijado libremente entre las partes. La cotización base es del 7% del salario tanto para trabajadores activos como para pensionados.

La idea inicial era que ambas partes compitieran y así mejorar y expandir los servicios de salud a un menor costo, además de corregir los problemas antes referidos. Además de buscar que el sector privado fuera más solidario y el sector público fuera cada vez más autónomo y sólido financieramente.

Sin embargo los resultados del proceso de la reforma chilena no fueron los planeados, la expansión no se dio con la participación de la iniciativa privada y el sector público ha tenido que financiar no solo la parte pública, sino de manera indirecta subsidia al sector privado.

Desde la llegada de los gobiernos civiles, los cambios legislativos al sistema de salud chileno han sido varios y aun continúan¹, buscando disminuir el costo social del actual sistema de salud, ya que se han tenido que implementar otros programas especiales o subsidios para asistir a diversos grupos afectados por las reformas.

¹ Estas reformas han sido detenidas por los senadores vitalicios provenientes del régimen militar, que continúan negándose a cambios en la legislación de tipo social.

Para poder equilibrar el gasto social, en 1990 se da a conocer una reforma tributaria donde los impuestos suben y se incrementa el IVA del 16% al 18%. Ya que la situación de los salarios no permite considerar al ISR una fuente adecuada, puesto que una parte importante de la población se encuentran entre uno y dos salarios mínimos². Ese mismo año, se dicta la Ley N°18.933, que reorganiza el sistema privado de salud, creando la Superintendencia de ISAPRES estableciendo nuevos derechos y garantías para sus usuarios, buscando mejorar los servicios y la atención de las instituciones privadas.

Pero el concepto de elección ha sido solo teórico, las instituciones privadas evalúan dos aspectos antes de acceder a la aceptación, el primer aspecto es de tipo socioeconómico y el segundo esta constituido por la evaluación del estado de salud del trabajador y del grupo familiar a incorporarse. Como son sociedades con fines de lucro, se rigen por criterios de rentabilidad. Por lo que su selección se basa principalmente en la población trabajadora joven y con historiales médicos sin antecedentes de enfermedades crónicas.

Otro punto importante que hay que destacar, es que los contratos tienen una duración de un año, por lo que, el plan que se contrato en un año determinado, puede sufrir un fuerte incremento al año siguiente, de acuerdo a los resultados de la Isapre. Por lo que, la cotización base del 7% del salario no es suficiente para contratar el plan que la persona desea para su familia, debiendo pagar un costo adicional.

Por otro lado, los asegurados de 65 o + años no llegan a ser el 6% del total dentro del sector privado, lo que no incentiva a la iniciativa privada a invertir en nueva tecnología ya que no le es rentable.

Actualmente, el sector privado solo cubre el 24% de la población total y esta participación es probable que disminuya, ya que el gobierno esta por suspender un subsidio que se esta otorgando a ciertos trabajadores, para que logran alcanzar a cubrir su cuota con las instituciones privadas, Este subsidio consiste en financiar directamente un 2% a los trabajadores que con ello alcanzan un mejor nivel de atención. Lo que demuestra que la reforma solo ha beneficiado a la parte de población solvente, mientras la otra parte de la población se acoge al concepto solidario tradicional. Además, muchas personas afiliadas al sector privado, debido a que existen gastos que su seguro privado no cubre, recurren a la atención pública.

Por último, la utilidad obtenida por las ISAPRE's abiertas en el año de 1995, fue superior al promedio anual de inversión pública en salud durante 1990-94. La utilidad fue de 54 millones de dólares. debido principalmente a que del total de las aportaciones previsionales para la salud el sector privado recibió el 65% de los ingresos.

Por lo cual, los especialistas sugieren una revisión del funcionamiento del sistema nacional de salud, particularmente por la insatisfacción de la población con respecto a la atención recibida, buscando cambios en el financiamiento en donde las facturas se expidan no por las acciones prestadas sino por las enfermedades resueltas, también mayores compromisos de

² Se considera que para cubrir las necesidades básicas de una familia chilena son necesarios 2 salarios mínimos.

gestión entre el Ministerio de Salud, los Servicios y los hospitales; y por último, se plantea conocer con cierta periodicidad los costos de los principales prestadores de servicios de salud.

El banco mundial y su papel en la reformas.

El Banco Mundial (BM) ha impulsado una serie de reformas profundas de ciertos sectores público - sociales en América Latina, en particular, en los sistemas de seguridad social, salud y educación, (conocida como las reformas de la segunda generación), que tienen como bandera el abatimiento de la pobreza en los países en desarrollo a través de una reestructuración del gasto público y la reducción de la participación del estado.

El caso chileno es una ejemplificación clara de lo que le puede suceder a México, ya que el BM ha buscado imponer a nuestro país este modelo de expansión de servicios de salud a través de la competencia con el sector privado. Para lo cual el BM otorgó al gobierno federal un préstamo de 700 millones de dólares, el cual se dividió en dos partes, la primera parte se entregó en junio de 1998 y la segunda parte en el 2000. Con el préstamo se busca lograr dos objetivos básicos que son:

- Contener costos para no presionar las finanzas públicas.
- Introducir la lógica de mercado para la asignación de los recursos de salud, primero dentro del IMSS, y una vez fortalecido el sector privado, en las demás instituciones de seguridad social de México.

En el convenio se exponen los pasos del tránsito de un sistema público y solidario a otro plenamente mercantil e individualizado.

El préstamo esta siendo aplicado en ampliar la infraestructura de clínicas y hospitales a nivel nacional, pero sobre todo en los 18 estados más rezagados en salud. Siguiendo la estrategia del BM.

Aun cuando el tono de los documentos del BM dan una apariencia de apoyo a los intereses de México en una autonomía en salud, lo cierto es que, el BM ha logrado que otros países de América apliquen estas reformas como es el caso de Chile, Argentina, Costa Rica, Uruguay, Guatemala y Perú.

Por otro lado, el BM sabe que las reformas han traído consigo impactos adversos en otros países latinoamericanos, además de que los resultados no han sido los esperados o deseados, por lo que han requerido intervenciones adicionales y específicas. Por eso, se plantean programas compensatorios de corto plazo, encaminados a aminorar algunas consecuencias desfavorables del ajuste sobre la población de bajos recursos y en parte de la población trabajadora, incrementando el gasto social en vez de disminuirlo con el inconveniente de que estos programas no suelen ser de aplicación temporal.

El camino que se sigue.

Todo proceso de privatización de las instituciones públicas lleva una estrategia, la cual se da en diferentes etapas, y aunque lleva su tiempo, ha demostrado ser eficiente.

Primero se emprende una campaña de desprestigio contra la empresa o el organismo público, culpándolo de diversos males, los cuales fueron propiciados en algunos casos por el mismo gobierno. Lo que provoca que la opinión pública juzgue dicha institución como un problema que requiere una rápida solución.

Después se inicia la división de la institución en partes menores, a pretexto de dar a esta una mejor actuación, lograr un acercamiento a sus usuarios finales y mejorar sus resultados en general, lo cual se va haciendo de diversas maneras.

Se procede después, a realizar un ajuste del personal, con jubilación o sin ella, a fin de que el futuro comprador no cargue con derechos laborales que puedan ser financieramente inaceptables y se finaliza con la venta de cada una de las partes rentables a la iniciativa privada nacional o extranjera, a precios muy por debajo de su valor real.

En México se ha tenido ya experiencia en la privatización de compañías del estado, como ha sido el caso de Ferrocarriles Nacionales, Teléfonos de México y los bancos, los cuales han pasado más o menos por el proceso arriba citado.

Ahora le toca al IMSS en la parte de salud. El gobierno, como ya citamos, ha firmado convenios con el BM para llevar a cabo los cambios, pero el mismo BM ha pedido cautela en esta privatización y la ha considerado a muy largo plazo, para evitar que esta sea detenida.

El posible modelo de salud.

El modelo de salud propuesto para la reforma, mismo que no pudo ser implementado, pero que es visualizado por la autoridad, parte de la separación de las funciones de financiamiento, la prestación de los servicios y normatización, que hasta ahora ha desempeñado el IMSS, para que en adelante la administración central del instituto sólo recaude las cuotas y norme las actividades de otras instituciones tanto privadas como públicas.

Las cuotas del seguro de salud serán transferidas a un organismo autónomo, el Fondo Solidario de Salud (FSS), con dos funciones básicas:

- 1) Fijar y mantener un techo financiero, y
- 2) Pagar al administrador de la salud.

El primer punto, significa establecer el gasto máximo permitido y cuidar que no sea rebasado. Es decir, el FSS tiene la facultad de establecer el monto a gastar por

derechohabiente. Debe además amortiguar las fluctuaciones en los ingresos del IMSS, acumulando reservas cuando hay ingresos por arriba del techo financiero para garantizar el pago cuando bajan los ingresos o suben los egresos.

La segunda función del FSS es transferir recursos financieros con el método de pago por afiliado al administrador de salud, público o privado, y eventualmente compensar sus gastos extraordinarios.

Definiendo los servicios cubiertos por el seguro obligatorio de Enfermedades y Maternidad y el seguro voluntario de Salud para la Familia, así como su costo.

Se establece un "paquete de servicios de salud" correspondiente a la cuota obligatoria, que cubre la atención mínima que no contempla los servicios especializados y de cirugía mayor, por lo que se tendrá que pagar un seguro adicional para contar con esos servicios o pagar por estos al momento de requerirlos. Con la posibilidad de adquirir el seguro adicional estarían sólo el 30 por ciento de los trabajadores asegurados en el IMSS.

Fijando los costos en base al gasto del IMSS en 1996. Dada la exclusión de servicios de el Paquete Básico de Salud se requiere de un seguro voluntario adicional para cubrirlos.

A largo plazo, se pretende que el IMSS sea el organismo financiero dedicado a la recaudación y distribución de recursos económicos, mientras el grueso de los servicios médicos prestados se privatizan junto a los prestados por el ISSSTE y Pemex.

Por su parte, la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) se transformará en la coordinadora del sistema de salud a nivel nacional, con funciones de supervisión y programación. La mayor parte de los servicios médicos que otorga actualmente la SSA se traspasarán al programa IMSS solidaridad junto con los sistemas estatales de salud para la población no asegurada.

La responsabilidad de organizar la atención a la población asegurada, prestando directamente los servicios o subrogándolos, corresponde a las Organizaciones Administradoras de Servicios de Salud (OAS) que recibirán una cantidad de dinero del FSS. la cantidad a recibir será determinada sobre la base del número y tipo de sus afiliados. Las OAS deberán ser empresas financieramente autosuficientes y deberán de competir entre ellas por los asegurados. En un inicio estas empresas son las 135 Zonas Médicas (ZM) del IMSS que prestarán servicios de primer y segundo nivel y contratarán servicios especializados con los 41 Hospitales de Especialidad del IMSS, que también deberán de ser concebidas como empresas autosuficientes. Sin embargo, se impulsarán activamente a las OAS privadas y algunas deben de estar en el mercado para cuando la reforma se plantee en su etapa final.

Las OAS privadas tendrán el mismo derecho de competir por los afiliados, recibir fondos del FSS y contratar servicios con los Hospitales de Especialidad. Se transitará así rápidamente de la fase de atención solidaria al mercado libre, donde los asegurados se afiliarán a la OAS de su elección.

Las OAS, sean éstas las ZM del IMSS o las privadas, tendrán autonomía administrativa para hacer eficiente la operación y abatir costos. Las únicas reglas son proporcionar los servicios del paquete y cumplir con algunas normas de calidad. En el caso de las ZM esto significa que pueden prestar los servicios directamente o subrogarlos parcial o totalmente con terceros; hacer reajustes de personal, cambios de adscripción o introducir estímulos de productividad, etcétera.

La condición de sobrevivencia es atraer afiliados y no sobrepasar el techo presupuestal, no quedando claro de dónde provendrán los recursos para la construcción y equipamiento para resarcir el déficit de infraestructura del seguro social.

La reversión de cuotas y subrogación de servicios.

La prestación indirecta de servicios de seguridad social está establecida en el artículo 89 de la ley. Acota claramente las condiciones y temporalidad en la cual puede haber la participación de la iniciativa privada para la prestación de algún servicio médico. Esto permite garantizar al derechohabiente que tendrá acceso a los servicios de salud aun cuando el IMSS no pueda proporcionarlos directamente. Este punto ha sido una aspecto de la legislación que durante 57 años ha estado presente y que se ha utilizado discrecionalmente, en el mismo artículo se plantea la posibilidad de reversión de las cuotas, que también se encontraba ya prevista desde la primera legislación y que actualmente incluye a menos del 2% de los asegurados³. Este artículo ha sido considerado como la base de la futura privatización de los servicios del IMSS, ya que varios especialistas ven en el impulso de estos dos aspectos la forma de desfinanciar y desviar los recursos del IMSS, beneficiando a la iniciativa privada. Ya que consideran que las modificaciones que se dieron a finales de diciembre de 1999, cuando el Senado aprobó una reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en donde se crea la figura de las instituciones de seguros especializadas en salud, las ISES, son un complemento a lo establecido en la legislación del IMSS. La creación de la figura legal de las ISES, da mayor certidumbre a los grandes grupos financieros sobre sus posibles inversiones en este ramo, lo que parece favorecer particularmente a las grandes aseguradoras extranjeras que tienen gran experiencia en este campo.

Uno de los casos de reversión de cuotas más importante es por ejemplo, el servicio médico que reciben los trabajadores del sector bancario, que siempre ha sido privado. La reversión actual de cuotas esta alrededor del 70%. El asunto es si este mecanismo se extenderá a otras empresas. Lo que sería atractivo para aquellos cotizantes que podrían obtener un beneficio mejor sin tener que pagar más. Bajo la ley anterior, se estimaba que el 30% de los cotizantes al IMSS, aportaban un poco más del 50% del total de los fondos del Seguro de Enfermedades y Maternidad y la mayoría de ellos no hacen uso de los servicios médicos del instituto.

Por último, en abril del año 2000, su director general en ese momento, Mario Luis Fuentes, en una conferencia de prensa declaró lo siguiente:

³ La reforma contra la salud y la seguridad social. Pág. 53.

"El IMSS no será privatizado. Su funcionamiento, por lo que significa, es responsabilidad del Estado. Sin embargo, con el fin de atender la creciente demanda de servicios, está abierta la posibilidad de que parte de sus afiliados reciban atención médica particular a través de la subrogación de servicios".

El seguro de salud para la familia.

Habían quedado al margen de la seguridad social los trabajadores en industrias familiares, profesionales independientes, artistas, artesanos y comerciantes. Ellos en teoría podían acceder a las prestaciones médicas del IMSS por medio de la incorporación voluntaria al régimen obligatorio de la Ley anterior. No obstante, los elevados costos, los prerequisites de acceso y la falta de promoción, no hicieron de esta una opción viable.

Dentro de la nueva Ley, al Régimen Voluntario se adiciona el Seguro de Salud para la Familia, buscando hacer posible la incorporación de los trabajadores antes mencionados, de los trabajadores de la economía informal y los trabajadores mexicanos que laboren en el extranjero y que quieran proteger a su familiares residentes en México.

La creación del Seguro de Salud para la Familia fue planteado entre los objetivos para incrementar la cobertura de los servicios de salud a otros sectores de la población con capacidad de pago, buscando a su vez, lograr otra fuente de financiamiento alterna (punto 6 de la reforma, pág. 114). Este seguro tiene como propósito el otorgar los servicios en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad (artículo 240).

Bajo este seguro se incrementa la aportación del Gobierno Federal, aportación que de alguna manera estaría de todos modos comprometida en la atención de la población abierta.

Se considera que la población potencial que podría interesarse por este seguro es de medio millón de familias. Hay que considerar, que esta población potencial debe estar determinada entre 1 y 5 salarios mínimos, lo que indica que sería poco probable que estén interesados en el pago de las cuotas por estos servicios, quedando únicamente los que tuvieran una ventaja inmediata (y quizá no de forma permanente, ni toda la familia), lo que probablemente produciría un déficit, por lo que no resulta evidente ni la ampliación de la cobertura ni el incremento de recursos.

Por otro lado, la calidad de la atención y los servicios actuales no son atractivos a una población cuyos ingresos sean superiores a cinco salarios mínimos, que puede optar por la atención privada eventual.

La elección del médico familiar.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido proveedor único de un servicio médico obligatorio, que no ha dado ninguna alternativa en la selección del proveedor inicial, lo que se ha traducido en ineficiencias, baja calidad y altos gastos. Por lo que, el nuevo modelo de sistema de seguridad social mexicano debe lograr los puntos 8 y 10 de la reforma por medio

del cumplimiento del punto 9 (pág. 114) que es la posibilidad de elegir (por lo menos) al médico familiar

La introducción del esquema de elección de los médicos debe reconocer el derecho de los usuarios de elegir a su médico familiar. Esta elección deberá incentivar a los prestadores de primer nivel a otorgar servicios de mayor calidad y una mejor atención, que además de la atención de las enfermedades, busquen el cuidado y la prevención de la salud, dando a la consulta un trato más integral y humano, para continuar gozando de la preferencia de sus usuarios y lograr con ello premiar a los mejores prestadores de servicio.

La otra cara de la moneda.

En el IMSS se reconocen los derechos constitucionales de la seguridad social a la protección de sus riesgos, esto es en razón de que las contribuciones al IMSS se hacen en proporción a los ingresos de los asegurados y los beneficios se otorgan en base a sus necesidades y las de sus dependientes económicos.

Las prestaciones médicas a las que está obligado el Instituto en el Seguro de Enfermedades y Maternidad requieren de una importante infraestructura física: hospitales, clínicas, sanatorios, almacenes, laboratorios, centros de convalecencia y demás inmuebles propios para los fines de atención y prevención de la salud. Y por otro lado, los equipos médicos, instrumental, ambulancias, medicamentos, muebles y enseres necesarios para otorgar diariamente sus servicios. Los cuales se han logrado a través de más de 50 años de existencia del IMSS.

En los últimos 5 años el Gobierno Federal ha realizado importantes inversiones en ampliar los servicios de salud pública, (la fuente de estos recursos, bien pueden ser el préstamo otorgado por el BM), buscando cubrir en forma asistencial y solidaria a la mayor parte de la población que carece de servicios de salud mínimos.

De acuerdo a lo anterior, existe en este momento en México una estructura básica de salud suficiente, que solo requiere mejorar la calidad en el servicio, la eficiencia en el diagnóstico, la empatía con los enfermos y asegurados, además de una adecuada calidez y trato humano.

Por lo que las necesidades a satisfacer por el IMSS, pueden quedar cubiertas ampliando la cobertura de la población asegurada, asegurando una calidad adecuada al momento de proporcionar los diferentes servicios a través de un fortalecimiento financiero y una mayor aportación, de tal manera que no se compara el costo de su mantenimiento con la pérdida que representaría su desmantelamiento y con ello la pérdida del derecho y acceso a la atención médica de la mayoría de la población.

Alcances.

Hacer de enfermedades y maternidad un ramo autosuficiente, elevando la calidad del servicio y logrando la universalidad del mismo a todos los mexicanos o a la mayor parte de ellos, cumpliendo así con el compromiso social fijado por la institución.

Para lo cual se modifican las bases del ingreso captado por este ramo, con objeto de que el mismo sea menos costoso para trabajadores y patrones y se establece una aportación adicional del Gobierno Federal, actualizada a la inflación, para compensar ese diferencial y continuar apoyando al fortalecimiento de la Institución en este ramo, favoreciendo la generación de empleo.

Adicional a esto y como medida alterna que permita incrementar el número de afiliados que no están inscritos a un servicio de salud, por los altos costos que este representa en el sector privado, se establece como objetivo que aún cuando todo el soporte de la institución lo brinda el grupo de asegurados afiliados por la relación laboral, se impulse fuertemente la participación de la población abierta, contratando el servicio médico tan necesario a un costo módico que les permita pagarlo y asegurar la atención médica necesaria en caso de un imprevisto.

Con esto se daría inicio a un proyecto de largo plazo de diversificar la captación de ingresos, lo que le permitiría al ramo reducir el impacto de los ajustes que se presentan en la economía y en el sector laboral formal (cuando se reduce personal), apoyando a la estabilidad del Instituto para mantener y mejorar la calidad del servicio, capacitando y actualizando al personal humano, seguir creciendo en la adquisición de aparatos de mayor desarrollo tecnológico y técnicas mas avanzadas de tratamientos y cirugía, redundando en beneficio de todos los derechohabientes.

Este último punto, es muy necesario ya que la transición epidemiológica observada en nuestro país, requiere que se cuente con los elementos para el tratamiento de cada vez mayor número de casos de enfermedades crónico degenerativas, lo que establece la necesidad de garantizar los recursos financieros y materiales para hacer frente a las necesidades cambiantes de la atención médica.

Cobertura.

1. Al personal afiliado y sus dependientes económicos a través de relación laboral.

Cubre por enfermedad no profesional la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria, al trabajador y a sus beneficiarios reconocidos en el Instituto y por maternidad cubre durante el embarazo, el parto y el puerperio, la asistencia obstétrica, ayuda en especie para la lactancia (por seis meses) y canastilla al nacer el hijo (sólo para trabajadoras).

En caso del trabajador, la cobertura de enfermedad se otorga desde el inicio de la misma y durante un plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento, no computando

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

en ese plazo los períodos en que el trabajador continúe laborando; si continuará enfermo, se puede prorrogar el tratamiento hasta por cincuenta y dos semanas más, mediante dictamen médico.

Para efecto del subsidio económico a que tienen derecho los trabajadores, en caso de que la enfermedad lo incapacite para el trabajo se considera como fecha de inicio de la enfermedad, la fecha en que el Instituto certifique el padecimiento y tiene derecho a un subsidio en dinero a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas (la invalidez, en su caso, debe determinarse dentro de este periodo).

Este subsidio se otorgará siempre que el asegurado tenga por lo menos cuatro cotizaciones semanales cubiertas inmediatamente anteriores a la enfermedad, en caso de trabajadores eventuales el requisito es de seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad y en ambos casos es por el 60% del último salario diario de cotización

En el caso de embarazo, al certificar el Instituto este estado, se señala la fecha probable del parto para el cómputo de los 42 días anteriores a aquél, para los efectos del disfrute del subsidio que, en su caso, se otorga y que es del 100% del último salario diario de cotización y lo recibirá durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, para lo cual debe cubrir el requisito de treinta cotizaciones semanales en los doce meses anteriores a la fecha de inicio de pago del subsidio.

Las prestaciones que se otorgan están sujetas a que el asegurado, el pensionado y los beneficiarios se sujeten a las prescripciones y tratamientos médicos indicados por el Instituto y para el caso del subsidio por maternidad, que el instituto certifique el embarazo y la fecha probable de parto, en tanto que la asegurada no reciba retribución por trabajo alguno durante el periodo del subsidio.

Por fallecimiento del pensionado o asegurado con doce cotizaciones semanales en los nueve meses anteriores al fallecimiento, el Instituto cubrirá la ayuda de gastos de funeral, equivalente a dos meses el salario mínimo general del Distrito Federal que rija a la fecha del fallecimiento.

Este ramo cubre a:

- Asegurado(a).
- Pensionado(a) por incapacidad permanente, invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez.
- Pensionado(a) por viudez, orfandad o ascendencia (dentro de viudez incluye al esposo o concubinario), siempre que los mencionados en este punto, reúnan el requisito de dependencia económica del titular asegurado.

**SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO**

Para la pensión de viudez se considera a la esposa o a falta de ella, a la mujer que haya tenido vida marital por un mínimo de cinco años o que tengan hijos y se encuentren libres de matrimonio. En caso de existir más de una concubina, no se otorga el beneficio.

Para orfandad se consideran los hijos menores de 16 años ó mayores de 16 y hasta 25 años si estudian en planteles del sistema educativo nacional o si están incapacitados, por todo el tiempo que permanezca este estado.

El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste.

Prestación de los servicios.

El compromiso del instituto en la prestación de los servicios que se otorgan en este ramo, es ofrecerlos:

- Directamente, a través de su personal e instalaciones ó
- Indirectamente, mediante convenios con:
 - Organismos públicos o particulares, para proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del seguro de riesgos de trabajo,
 - Patrones que cumplan lo establecido en el reglamento para la reversión de cuotas, con la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa, tomando en cuenta el riesgo de la población cubierta, el salario de cotización de la misma y los gastos de administración del instituto para los efectos de la determinación de los montos de la cuota a revertir.

Siempre que se garantice para los trabajadores y sus familias todas las prestaciones del seguro de enfermedades y maternidad.

Bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto, sujetándose para ello a los requisitos, instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia fijadas por el mismo.

Conservación de derechos.

Siempre que el asegurado haya cubierto un mínimo de ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, al quedar privado de trabajo remunerado, conservará él y sus beneficiarios registrados en el instituto, durante las ocho semanas posteriores a la desocupación, el derecho a recibir asistencia: médica y maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria. Los trabajadores que se encuentren en estado de huelga, quedan cubiertos durante el tiempo que esta dure.

Medicina preventiva.

Dentro de este ramo queda considerada la cobertura de medicina preventiva, la cual tiene un carácter de atención y apoyo generalizado a toda la población en los programas de difusión para la salud, estudios epidemiológicos, producción de inmuno - biológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico - sociales. Este servicio lo realiza coordinado con la Secretaría de Salud y otras dependencias y organismos públicos, para proteger la salud y prevenir las enfermedades, contribuyendo así a los servicios de salud comunitaria.

2. Del seguro de salud para la familia.

Ofrece cobertura de enfermedades y maternidad al titular, a sus dependientes económicos (cónyuge e hijos y los padres) y los familiares adicionales (abuelos, nietos, hermanos, primos hermanos y hermanos de los padres del titular que vivan en el hogar del titular y dependan económicamente de él), sobre la base de un seguro de gastos médicos, con gastos cubiertos, no cubiertos, períodos de espera, exclusiones y quedando excluidos del seguro, aquellos solicitantes con padecimientos preexistentes, principalmente con enfermedades crónico - degenerativas.

No maneja ningún concepto de límite o restricción fuera de los mencionados.

Su vigencia es por un año y esta puede cancelarse anticipadamente por la institución, en caso de falsas declaraciones del solicitante. El seguro se cancela automáticamente si no es renovado dentro de los últimos 30 días de vigencia del período anterior y sólo en caso de que el asegurado este recibiendo atención médica por algún padecimiento al llegar al vencimiento, se tiene contemplado el posible pago extemporáneo dentro de los 60 días siguientes al vencimiento.

Cuando no se renueve a tiempo, excluyendo el caso anteriormente mencionado, se considera como nuevo ingreso, para la aplicación de cobertura.

Los períodos de espera y exclusiones señalados, se eliminan en caso de traspaso por baja del régimen obligatorio o por cambio del seguro voluntario al seguro de salud.

La cobertura aplica únicamente en la unidad médica adscrita, por lo que el instituto no esta obligado a cubrir el traslado del paciente, ni a efectuar visitas médicas y para su inscripción se requiere llenar un cuestionario médico, así como someterse a los exámenes médicos y estudios que el instituto determine.

Método de financiamiento

1. Personal afiliado y dependientes a través de relación laboral.

El financiamiento del ramo, se compone de dos aportaciones:

a) Para las prestaciones en especie y

b) Para las prestaciones en dinero

a) Para las prestaciones en especie.

Con esta cuota se cubre la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria por enfermedad no profesional, así como el embarazo, parto y puerperio de trabajadores y sus beneficiarios.

Y se estructura de la siguiente forma:

- Participación estatal.

Una cuota fija mensual por trabajador expresada en porcentaje del salario mínimo general del Distrito Federal a julio 1997, actualizada trimestralmente al INPC, equivalente a \$165.53 a septiembre 2000; con esto se incrementa fuertemente la participación del Estado en el ingreso de cuotas de este ramo.

- Participación patronal.

Se integra de dos partes:

Una cuota fija mensual por trabajador expresada en porcentaje del salario mínimo general del Distrito Federal, equivalente a \$160.15 mensuales para el año 2000, actualizada en función al salario mínimo, y

Una contribución adicional proporcional al salario, aplicable sobre los trabajadores con ingreso mayor a tres salarios, cubriendo el 6% sobre el ingreso en exceso de este tope y hasta el salario base de cotización.

Con esto, el efecto global de la aportación en proporción al ingreso es decreciente, para el rango de uno a cuatro salarios, representando el 13.9% sobre los trabajadores de salario mínimo (en donde se alcanza el porcentaje más alto), hasta 4.8% para ingreso entre más de 3 y hasta 4 salarios y a partir de este rango se incrementa paulatinamente, hasta llegar a representar el 5.8% del salario base de cotización para ingreso de más de 24 y hasta 25 salarios.

- Participación trabajador.

La participación del trabajador aplica para ingreso de más de 3 salarios, considerando el porcentaje correspondiente sobre el ingreso en exceso de 3 salarios y hasta el salario base de cotización.

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

Con esto, la participación del trabajador en función al salario base de cotización se establece en un rango de .2857% para ingreso de más de 3 salarios y hasta 4, y se incrementa hasta 1.76% para el rango de ingresos de más de 24 y hasta 25 salarios.

Los porcentajes aplicables a cada una de las partes son:

Aportación	Cuota	Aplicación
Patronal	13.9% SMGDF	general
	6% (SBC - 3 SMGDF)	ingreso > 3 SMGDF
Trabajador	2% (SBC - 3 SMGDF)	ingreso > 3 SMGDF
Estado	13.9% SMGDF $_{97.07}(1 + (fia_{t,m}/INPC_{97.06}))^4$	general

Con:

ingreso	Ingreso mensual del trabajador
SMGDF _{t,m}	Salario mínimo mensual general del Distrito Federal en el año t y mes m.
SBC	Salario base de cotización
fia _{t,m}	Factor de inflación acumulada en el año t y mes m.
SMDDF	Salario mínimo diario del Distrito Federal
INPC _{t,m}	Índice nacional de precios al consumidor en el año t y mes m

y	fia _{t,m} = INPC _{t-1} para m=1, 2, 3
	fia _{t,m} = INPC _{t-3} para m=4, 5, 6
	fia _{t,m} = INPC _{t-6} para m=7, 8, 9
	fia _{t,m} = INPC _{t-9} para m=10, 11, 12

Aún cuando en este ramo se cubre a pensionados, la cuota correspondiente para su financiamiento, esta incluida dentro del ramo de invalidez y vida, por lo que se señala dentro del capítulo V del presente trabajo.

b) Para las prestaciones en dinero.

Los subsidios económicos cubiertos por la incapacidad para el trabajo, así como por maternidad, continúan manteniendo su relación en función al salario base de cotización en los siguientes porcentajes:

Aportación	Cuota
Patronal	0.70% SBC
Trabajador	0.25% SBC
Estatal	0.05% SBC
Total	1.00% SBC

2. Del seguro de salud para la familia

Para el financiamiento de este seguro, el gobierno federal brinda un subsidio igual tanto para trabajadores de la economía formal como para los que deseen integrarse al programa de

⁴ La actualización es trimestral, el pago se cubre en mensualidades iguales, en base a la estimación de este rubro por SHCP, si en un cuatrimestre existiese una variación de 4 puntos a la inflación prevista, se ajusta. El ajuste definitivo se realiza con el dato de inflación anual en enero de cada año.

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

población abierta; los inconvenientes en este ultimo están representados porque existen límites y restricciones y el pago del seguro se realiza por anualidad anticipada.

Aportación	Cuota
El titular.	$A = 22.4\% \cdot (365 \cdot \text{SMDDF})$
Cada beneficiario o familiar adicional.	$65\% \cdot A$
Estatat por núcleo familiar.	$13.9\% \text{ SMGDF}_{97.07} (1 + (fia : m / \text{INPC}_{97.08}))$

Los importes equivalentes de estas cuotas a septiembre del 2000, son:

Aportación	Cuota
El titular	3,098.70
Cada beneficiario o familiar adicional	2,014.15
Estatat por núcleo familiar	1,987.45

Por lo que el SSF resulta más caro que el establecido sobre cuota única para el personal afiliado mediante relación laboral, a nivel individual en un 61.15% y para el caso de familias, esta diferencia se hace muy significativa, ya que mientras el afiliado sigue cubriendo la misma cuota, el SSF se incrementa un 65% sobre la cuota básica por cada integrante adicional indistinto de edad y sexo, lo que representa una inversión mayor de recursos para tener acceso al beneficio.

El ramo de enfermedades y maternidad, aún cuando aparentemente no presenta cambios importantes, entre la anterior y la nueva ley en cuanto a cobertura y alcance. si se establecen las bases para un cambio fundamental al orientar a la institución como un órgano regulador y de servicio médico encaminado a brindar servicio a los grupos más necesitados, olvidando su razón de ser y los grandes logros alcanzados hasta la fecha, siendo el principal redistribuidor y garante del derecho a la salud de los trabajadores y sus familias.

Los aspectos que presentan cambios son:

Asegurados y beneficiarios.

En la definición del grupo cubierto se modifica la cobertura para el caso de esposo o concubinario, quién anteriormente estaba cubierto con el requisito de ser esposo o concubino, en tanto que ahora sólo tiene derecho si reúne adicionalmente la condición de estar incapacitado y depender económicamente de la asegurada o pensionada.

En los casos de irregularidades en el registro y pago de cuotas por parte del patrón al instituto, el trabajador recibe los servicios a que tiene derecho, cobrando el instituto de manera adicional al capital constitutivo y accesorios más un costo administrativo del 5% adicional.

En las prestaciones en especie.

Anteriormente se cubría por enfermedad (indistintamente), un periodo de 52 semanas, con la posibilidad de prorrogar el tratamiento hasta 52 semanas más mediante previo dictamen médico, con el cambio a la ley, cuando se trate de enfermedad no profesional, la prórroga de 52 semanas no se considera como semanas cotizadas, este aspecto afecta al trabajador para su contabilización de antigüedad en el instituto para todos los efectos de derecho a prestaciones. Aunque estos casos no deben de presentarse ni fomentarse, por la restricción señalada en prestaciones en dinero.

En las prestaciones en dinero.

Se reduce el subsidio por enfermedad no profesional a un máximo de 52 semanas, debiendo en este periodo determinar la procedencia de la invalidez.

El subsidio en dinero se modifica del 60% del promedio de cada rango (hasta el grupo V) a el 60% del último salario diario de cotización.

El derecho al subsidio en dinero de la asegurada durante el embarazo y el puerperio, se modifica del 100% del salario promedio de su grupo de cotización (hasta el grupo V) a el 100% del último salario diario de cotización.

En el régimen financiero.

La cuota de enfermedades y maternidad establecida en la ley anterior, cubría todas las prestaciones, en tanto que la nueva ley establece de manera separada dentro del ramo la

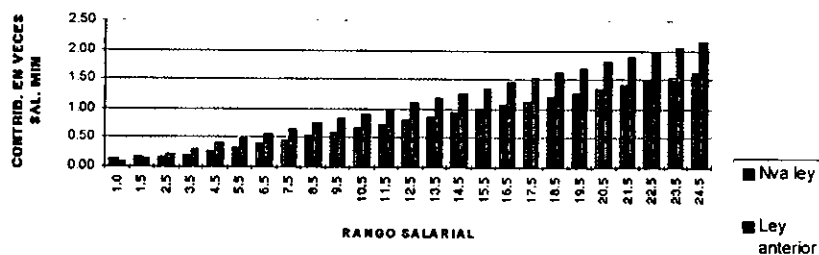
SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO

cuota para cubrir las prestaciones en dinero y en especie, manteniendo para las prestaciones en dinero el criterio anterior, expresando la cuota en función al salario base de cotización, en tanto que para las prestaciones en especie, se modifica el esquema de cuotas obrero - patronal y gubernamental, pasando de un porcentaje del salario base de cotización a una cuota única por trabajador, fijada como un porcentaje del salario mínimo del Distrito Federal más una cuota en porcentaje del ingreso excedente, aplicable para trabajadores con mas de 3 salarios de ingreso (referencia capitulo IV, tema I).

Las implicaciones de este cambio, desde la perspectiva de cada uno de los participantes, considerando la cuota anterior comparativamente con las aportaciones de prestaciones en especie más las prestaciones en dinero para este ramo, por rango salarial de la población asegurada, presenta los siguientes resultados:

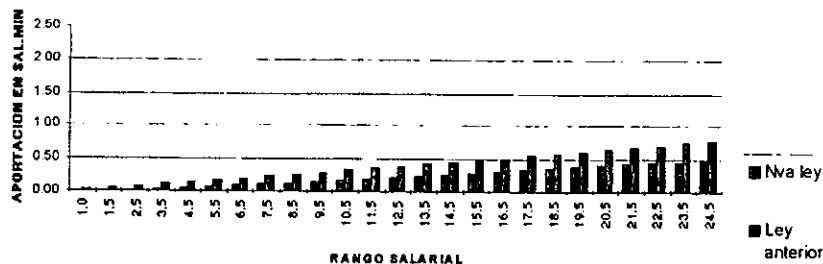
La cuota patronal tiene un comportamiento de incremento en los primeros dos rangos salariales y un beneficio de reducción para ingreso de más de dos veces el salario mínimo.

CUOTA PATRONAL POR RANGO SALARIAL



En el primer rango se incrementa la cuota un 66,86%, para el segundo rango un 13.9% y a partir del tercero en adelante disminuye de entre un 36.8% hasta un 25%, pasando en el último rango de una cuota de 2.14 a 1.60 (expresando las cuotas en veces el salario mínimo del D.F.).

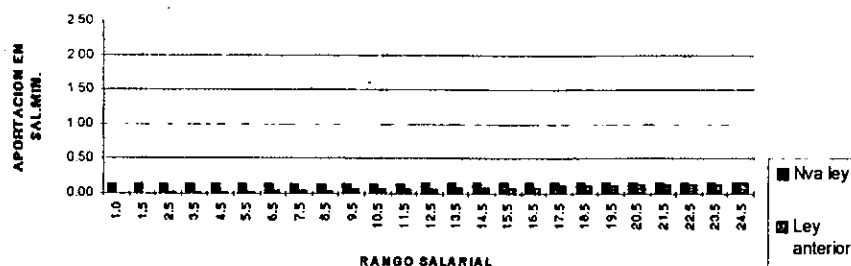
CUOTA OBRERA POR RANGO SALARIAL



**SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
COMPARACIÓN ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO**

La cuota obrera disminuye en todos los rangos, desapareciendo la cotización para prestaciones en especie en el rango de hasta 3 salarios mínimos y beneficiando a todo el grupo de asegurados, presentando una reducción en la cotización que va desde el 92.5% para 2 y 3 salarios, hasta una reducción cercana al 36% para el último rango de ingresos.

CUOTA ESTATAL POR RANGO SALARIAL



En tanto que la participación gubernamental se incrementa del .625% del salario base de cotización a una cuota única por trabajador que representa este mismo porcentaje aplicable sobre el rango máximo de salario base de cotización.

Análisis de las cuotas en captación de recursos para el ramo.

Considerando la captación estimada bajo las dos diferentes leyes en un momento específico de tiempo, para visualizar el efecto presentado con el cambio y tomando como fuente de información, el cuadro de cotizantes por rango salarial de las modalidades 10,13 y 17 a septiembre de 1999 del IMSS, aplicamos la cuota establecida en la ley anterior y la nueva ley, obteniendo los siguientes resultados:

**Comportamiento de la participación en cuotas para enfermedades y maternidad.
(Cifras en miles de pesos).**

Ley anterior	Patronal	Trabajador	Estado	Total	Cuota en % del SBC	Proporción del Ingreso NL/LA
(a)	3,762,613	1,343,790	268,764	5,375,168	12.50%	
	70.00%	25.00%	5.00%	100.00%		
Nueva ley						
Prestaciones en especie	2,756,575	343,014	1,795,485	4,895,073		
	56.31%	7.01%	36.68%	100.00%		
Cuota para GM de jubilados	451,514	161,255	32,251	645,019		
	70.00%	25.00%	5.00%	100.00%		
Total (b)	3,208,088	504,269	1,827,736	5,540,092	12.88%	103.07%
	57.91%	9.10%	32.99%	100.00%		
Efecto: (b/a - 1)	-14.74%	-62.47%	580.05%	3.07%		

Una reducción de 12 puntos porcentuales en la cuota patronal, y de 16 puntos porcentuales para los trabajadores, quedando casi cubiertos estos diferenciales con el incremento otorgado por el estado, de casi 28 puntos, todo esto para alcanzar los mismos niveles de aportación para el instituto (considerando el 1% del salario base de cotización considerado para prestaciones en dinero).

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO

Reversión de cuotas.

En lo que respecta a los servicios que presta el instituto, el texto no muestra modificaciones significativas, pero se presentan las condiciones para que en el corto y mediano plazo se incentive la opción patronal de otorgar el servicio indirectamente, a través de brindar atención médica privada, apoyado en la reversión de cuotas; tomando en cuenta el riesgo de la población cubierta, el salario de cotización de la misma y los gastos de administración del instituto, para los efectos de la determinación de los montos de la cuota a revertir y respetando la opinión de los trabajadores, quienes a través de sus órganos representativos deben estar de común acuerdo en la aplicación de esta opción.

El soporte mencionado, esta apoyado en los cambios aprobados a la LGISMS⁵ al cierre de 1999, permitiendo la creación de aseguradoras para que dentro de este sector quede incluido y normado el registro de un nuevo ramo de seguro denominado "seguro de salud", el cual opera a través de la iniciativa privada (aseguradoras, hospitales y clínicas que se regularizarán y conformarán el nuevo sector en seguros de salud), denominadas como ISES (Instituciones de seguros especializadas en salud), con lo cual se busca regir y controlar este servicio, dando seguridad y seguimiento al servicio que brindarán, para que los asegurados sean los principales beneficiados en calidad y servicio, teniendo estas instituciones la capacidad de captar el mercado que se genere con la apertura que se brindará, al incentivar la reversión de cuotas.

El objetivo de las aseguradoras que conformarán el sector, buscará orientar recursos a la prevención y capacitación de la población asegurada, buscando así optimizar sus recursos, al invertir en cuidados para la salud, en lugar de esperar a que la enfermedad se encuentre avanzada, lo que actualmente origina grandes gastos y severas desviaciones, dependiendo del padecimiento y su etapa de evolución.

Con esto se abren mayores opciones de servicio médico para la fuerza laboral, ampliando las opciones y posibilidades de atención y servicio, dentro de una red médica cerrada.

Redistribución de cuotas .

Ley anterior	PATRONAL		PATRONAL TOTAL	TRABAJADOR	ESTADO	TOTAL	DISTR.
HASTA 3 SM			1,226,860	438,164	87,635	1,752,659	32.60%
+ DE 3 SM			2,535,753	905,626	181,129	3,622,509	67.40%
Total			3,762,613	1,343,790	268,764	5,375,168	100.00%
Nueva ley	Cuota única	Excedente					
Prestaciones HASTA 3 SM	1,179,440	0	1,179,440	0	1,225,832	2,405,272	48.50%
en especie + DE 3 SM	548,093	1,029,041	1,577,134	343,014	569,652	2,489,800	40.90%
GM de jubilados			451,514	161,255	32,251	645,020	10.60%
Total	1,727,533	1,029,041	3,208,088	504,269	1,827,736	5,540,092	100.00%

⁵ LGISMS Ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros

Con la redistribución de la cuota bajo la nueva ley puede observarse que el impacto que tendría el instituto al aplicar la reversión de cuotas es menor al que se obtendría bajo la ley anterior, ya que la participación del grupo de hasta 3 salarios pasa del 33% al 48% de participación de la aportación total, y la cuota diseñada para cubrir a pensionados representa el 10.5%, siendo la parte más susceptible de pasar al esquema de reversión de cuotas, la que aporta el 41% del total, cifra que continua siendo importante para satisfacer las necesidades de financiamiento del ramo en el instituto.

Seguro de salud para la familia (SSF).

Como se plantea en la nueva ley, este seguro representa la esperanza del instituto para convertirse en la opción que permita mantener su nivel de ingresos y su continuidad en el marco actual, ya que como se analizó previamente, los ingresos por cuotas del sector laboral no presentan un aumento de ingresos al instituto y por tanto no resuelven el problema de desfinanciamiento existente en este ramo; el costo del SSF esta basado en el ingreso de cuota fija establecido de manera general para los trabajadores asalariados en la nueva ley, con la modificación del porcentaje (aplicando el 22.4%).

El perfil de las personas dispuestas a adquirir este seguro voluntario sería:

- Ingreso cercano o superior a tres salarios mínimos mensuales
- Que se encuentren sensibilizados al beneficio y servicio contratado (porque han vivido alguna situación de atención médica extrema de alguna persona cercana: familiar, amigo, etc.)
- Personas con alto sentido de responsabilidad con sus dependientes económicos (personas que contraen matrimonio, o programan tener hijos, o incluso tienen hijos pequeños)
- Aquellos que se encuentren enfermos.
- Personas de más de 40 años, cuyo ingreso no les permite contratar un servicio médico particular (por su alto costo) y no cuentan con una relación laboral formal.

Lo extraño dentro del análisis, es que ante la expectativa de captar este mercado y estar en posibilidad de incentivar la contratación con individuos sanos que no sienten la necesidad de invertir en este servicio (personas menores de 40 años), se establecen las condiciones del seguro voluntario con los criterios que norman al sector asegurador privado, esto es:

Excluye a los individuos que tengan padecimientos preexistentes

Establece periodos de espera de 6 meses, un año y hasta dos años para la atención de algunos padecimientos que se presenten antes de alcanzar la antigüedad mencionada.

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO

Contiene exclusiones en la cobertura y el pago es anual anticipado.

Bajo estos criterios, ¿Cuál sería el objetivo de la seguridad social?, si parte de excluir a todos los individuos enfermos, ya que los que acuden a esta opción son los que no tienen capacidad de cubrir el costo de atención médica privada, lo que resulta en que quedan excluidos del derecho a la salud y a la atención médica por no contratar el seguro cuando su estado físico y mental era saludable; por lo tanto, el seguro de salud para la familia se contrapone a los principios y naturaleza de la institución que lo promueve y esto favorece notablemente el fracaso de este seguro, a menos que se promueva sin dar a conocer su alcance en la cobertura, situación que iría en detrimento de la imagen de la institución. (Cabe señalar que las restricciones no aplican para quienes se encontraban asegurados a través del régimen obligatorio o voluntario y pasan a este seguro.)

La cuota que se establece al personal asalariado se cubre por trabajador e incluye a sus dependientes económicos, en tanto que en el seguro de salud la cuota que paga el titular es por integrante, en ambos casos la cuota estatal se aplica por titular o trabajador.

Alcances.

Incentivar a las empresas a ofrecer mejores condiciones de trabajo en beneficio directo de la seguridad de los trabajadores, redundando en mejores resultados para la empresa.

Beneficiar al trabajador, orientando el ramo a una mejora continua en medidas de seguridad, higiene y capacitación del personal para reducir la incidencia de casos y el daño severo e irreparable que sufren los trabajadores en el desempeño de su actividad, esto, a través de incentivar a las empresas a invertir en modernizar su planta productiva, ya que como consecuencia del cambio, la expectativa es que reduzcan el costo de la cuota de este ramo al presentar menor número de casos y cada vez con menor deterioro al disminuir la peligrosidad implícita del ramo en que se labore.

Adicionalmente, garantizar al trabajador la actualización de su pensión en función a la inflación anual registrada y con el beneficio de que el importe a recibir no será menor a la pensión mínima garantizada.

Con la aplicación de este procedimiento, la variación en cuotas va a estar representada por la eficiencia lograda en el índice de siniestralidad, de tal manera que las empresas que obtengan los mejores resultados serán premiadas, pudiendo alcanzar al paso del tiempo, hasta una cuota mínima de .25% del salario base de cotización, o incrementar hasta alcanzar la cuota del 15% del salario base de cotización, lo que lleva a que cada empresa afronte una mayor participación en la siniestralidad directa que presente en este ramo.

Cobertura.

Cubre los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Considerando el accidente como toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste, incluyendo en esta clasificación el accidente que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo, o de éste a aquel.

Y como enfermedad, todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. Se toman como enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

Debiendo el trabajador someterse a los exámenes médicos y tratamientos que determine el Instituto, salvo cuando exista causa justificada. Avisando al patrón de la calificación profesional del accidente o enfermedad sufrido.

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

La cobertura de riesgos de trabajo del IMSS, hace que el patrón quede relevado de la responsabilidad (con el trabajador) que por esta clase de riesgos establece la Ley Federal del Trabajo, en los términos de la ley del IMSS.

Los riesgos de trabajo cubiertos son:

- I. Incapacidad temporal.
- II. Incapacidad permanente parcial.
- III. Incapacidad permanente total.
- IV. Muerte.

Incapacidad temporal: Es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.⁶

Incapacidad permanente parcial: Es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.⁶

Incapacidad permanente total: Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.⁶

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo, tendrá derecho a lo siguiente:

- **Prestaciones en especie.**

Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
Hospitalización.
Aparatos de prótesis y ortopedia.
Rehabilitación.

- **Prestaciones en Dinero.**

Por Incapacidad.	
Temporal	100% del salario en que estuviere cotizando al momento de ocurrir el riesgo (máximo por 52 semanas).
Hasta del 25% ⁷	Indemnización global equivalente a 5 anualidades de la pensión que le hubiese correspondido.
Superior al 25% y hasta 50% ⁷	Indemnización optativa o pensión
Superior al 50% ⁷	Pensión
Permanente total	Pensión del 70% del salario, aplicando por: Accidente: el salario en que estuviere cotizando. Enfermedad: Promedio del salario cotizado en las últimas 52 semanas o las que tuviere si son menos.

⁶ Definiciones contenidas en la Ley Federal del Trabajo, artículos 478, 479 y 480.

⁷ La pensión se calculará conforme a la tabla de valuación de incapacidad contenida en la LFT, tomando como base el monto de la pensión que correspondería a la incapacidad permanente total.

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

Por muerte	
Ayuda para gastos funerarios	60 días de salario mínimo vigente en el D.F. a la fecha de ocurrencia.
Viuda ⁸	40% de la pensión que le correspondería al trabajador tratándose de incapacidad permanente total hasta su fallecimiento ó hasta que contraiga nupcias. en este último caso. otorgándose un finiquito equivalente a 3 anualidades de la pensión otorgada.
Huérfanos ⁹	20% de la pensión que le correspondería al trabajador tratándose de incapacidad permanente total. para cada uno: al fallecer el otro progenitor 30%: cubriendo hasta los 16 años. 25 si estudia o si esta incapacitado. por el tiempo que dure dicho estado: siempre que no sea sujeto del régimen de seguro obligatorio. Al término del pago de esta pensión se le da un finiquito por 3 mensualidades de su pensión.
Ascendientes	En caso de no existir viuda y/o huérfanos, 20% de la pensión que le correspondería al trabajador tratándose de incapacidad permanente total. para cada uno
Muerte una vez incapacitado:	Si reúne 150 semanas cotizadas y la causa de muerte es distinta al riesgo de trabajo, quedan cubiertos los beneficiarios bajo la pensión de invalidez. Por la causa que origino la incapacidad quedan cubiertos como se establece en la cobertura por muerte.

Al declararse la incapacidad permanente, sea parcial o total se concederá al trabajador asegurado la pensión correspondiente con carácter provisional por un periodo de adaptación de 2 años, durante este periodo ambas partes podrán solicitar la revisión de la misma con objeto de modificar la cuantía; después de los dos años la pensión es definitiva.

Cuando el trabajador presente dos o más pensiones parciales que sumen un importe de pensión mayor al que corresponda a la incapacidad permanente total, el instituto cubra como máximo la pensión por incapacidad permanente total.

Mínimos de pensión por incapacidad permanente total.

Pensión por incapacidad permanente total (incluyendo asignaciones familiares ⁹ . ayuda asistencial ¹⁰ y cualquier otra prestación en dinero).	>=	Pensión por invalidez.
Pensión por viudez, originada por incapacidad permanente total.	>=	Pensión de viudez originada por invalidez.

⁸ La suma de las pensiones de viudez y orfandad no excederán de la que correspondería al asegurado, si hubiere sufrido incapacidad permanente total, y en caso de que así sea se reducirán proporcionalmente, cuando concluya el pago de la pensión de alguno o algunos de los beneficiarios, se recalcularán aplicando el mismo criterio.

⁹ Conceptos detallados en el capítulo V, tema I, cobertura.

¹⁰ Conceptos detallados en el capítulo V, tema I, cobertura.

Suspensión del beneficio.

Por rehabilitación, siempre que el trabajo le proporcione una remuneración cuando menos equivalente al 50% de la remuneración habitual que hubiere percibido de continuar trabajando, dejará de recibir el pago de la aseguradora y el saldo de la reserva se regresará en la proporción en que se constituyó a la Afore y al IMSS, con objeto de que el trabajador continúe cotizando.

Contratación y administración del pago de la pensión con una Aseguradora.

El pensionado por incapacidad permanente parcial, superior a 50%, por incapacidad permanente total o pensionados sobrevivientes del trabajador fallecido, deben contratar la pensión o pensiones que les correspondan en base a la Ley con una institución de seguros privada, autorizada para la operación de pensiones, para lo cual, aplicará su libre elección a través del análisis previo de las propuestas presentadas por cada una de las aseguradoras, integrando cada una su propuesta con los siguientes conceptos:

- La pensión o pensiones establecidas por ley.
- El seguro de sobrevivencia (cuando corresponda).
- Beneficios adicionales (opcionales).

Al operar la nueva ley con este esquema, el pensionado podrá evaluar del grupo de aseguradoras autorizadas, la que considere la mejor propuesta en relación a beneficios adicionales, prestación de servicios, imagen y soporte administrativo, ya que todas le(s) ofrecerán la pensión o pensiones que procedan por ley, por lo que los otros factores son parte importante en la decisión del pensionado, quién puede obtener un mejor beneficio de manera garantizada, ya que los beneficios adicionales están soportados en el rendimiento adicional esperado sobre la inversión de la reserva de estos planes de seguro.

• La pensión o pensiones establecidas por ley.

Son las pensiones que determina el IMSS una vez establecido el estado de incapacidad ó el fallecimiento, en base al salario cotizado por el trabajador, calculando el monto constitutivo de la misma en base a su edad, composición familiar y edades de sus dependientes económicos reconocidos ante el Instituto, con derecho a beneficios.

En caso de que el saldo constituido en la cuenta individual sea mayor al monto constitutivo requerido, el excedente se puede utilizar para incrementar la pensión, recibir el saldo sobrante en un sólo pago o incrementar el seguro de sobrevivencia (cuando existan dependientes económicos); en todos los casos, la pensión o pensiones que se contraten se actualizarán anualmente al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta(s) pensión(es) cuenta(n) con todo un esquema de apoyo para garantizar su pago, ya que además de las bases demográficas utilizadas para personas activas e incapacitadas (según sea el caso, estimando para cada tabla de mortalidad la posible supervivencia del

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

grupo hasta los 110 años y una tasa de interés real del 3.5% anual) se establece a cada aseguradora la obligación de constituir reservas adicionales, así como contribuir a un fondo de contingencias para cubrir desviaciones (por variaciones en mortalidad o por obtención de rendimientos menores a los establecidos como mínimos para la constitución de reservas) de todo el sector asegurador exclusivo para pensiones derivadas de las Leyes de Seguridad Social.

Las reservas adicionales que se establecen para las aseguradoras en el ramo de pensiones son las siguientes:

Reserva Matemática Especial.- Se constituye únicamente para las pensiones de los beneficios básicos que no sean originados por muerte. Constituyéndose anualmente por el 100% de la siniestralidad favorable excedente calculada sobre los planes básicos.

Reserva de Previsión.- Se realiza sobre beneficios básicos y adicionales, aplicando el 2% de la reserva matemática de pensiones sobre beneficios básicos y a la de riesgos en curso de beneficios adicionales.

Reserva para Fluctuación de Inversiones.- Para cubrir posibles pérdidas derivadas de una fluctuación en los valores en que se inviertan las reservas técnicas.

Reserva de obligaciones pendientes de cumplir.- Se constituye sobre los riesgos asegurados que la aseguradora tenga obligación de pagar o de reembolsar, y que a la fecha no se haya comprobado su pérdida de derecho o muerte.

Fondo Especial.- Todas las aseguradoras deben constituirlo a través de un fideicomiso, cuya finalidad es contar con recursos financieros que apoyen el adecuado funcionamiento de los seguros de pensiones, sujeto a inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (constituyéndose con los flujos de liberación de la reserva de previsión y liberación de la misma por cambios en el nivel de reserva matemática y por los montos excedentes de la reserva de fluctuación de inversiones básica). Este fondo podrá ser utilizado por el IMSS, previa instrucción de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para cubrir a las aseguradoras los recursos que requieran en caso de haber proporcionado un monto constitutivo insuficiente para cubrir las pensiones, en virtud de cambios en la composición y características familiares del pensionado y las ayudas asistenciales a las que tuviere derecho.

Adicionalmente, este fondo puede ser afectado bajo las siguientes bases:

- Por desviación en la siniestralidad de una mutualidad respecto a las hipótesis demográficas adoptadas.
- Desviación generalizada en la siniestralidad del mercado respecto a las hipótesis demográficas para determinar los montos constitutivos.

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

- Variación en los mercados financieros que impida obtener los productos financieros necesarios para incrementar las reservas y contar con los recursos suficientes para cumplir las obligaciones con los asegurados.
- Cuando existan problemas que pongan en peligro la estabilidad o solvencia de alguna de las aseguradoras, teniendo como único propósito salvaguardar los intereses de los asegurados. (En caso de quiebra).

Seguro de sobrevivencia.

Este seguro permite garantizar el pago de la pensión a los dependientes económicos del pensionado a partir de su fallecimiento, de acuerdo a las bases señaladas por la Ley del IMSS, de tal manera que al hacer efectiva su pensión por riesgo de trabajo, el pensionado adquiere este seguro que se calcula sobre su esperanza de vida conjunta con sus dependientes económicos sujetos de este seguro; calculando sobre cada uno un porcentaje de la pensión del titular, quedando amparados en los porcentajes y de acuerdo a las características que se establecen en la sección de prestaciones en dinero por muerte.

Asimismo, el pensionado originalmente soltero puede optar por casarse o vivir en unión libre e incluso tener hijos. Todos estos cambios en la composición familiar reajustan el costo del seguro al momento en que el IMSS determina su procedencia.

Este seguro incluye la adquisición de las pensiones, ayudas asistenciales y demás prestaciones en dinero previstas en el respectivo seguro, garantizando así la pensión que se les asignará a los beneficiarios después del fallecimiento del pensionado y hasta su extinción legal.

Beneficios adicionales.

Bajo las expectativas de mortalidad y rendimiento, establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que para el primer caso es conservadora, en tanto que para el rendimiento exige una correcta y adecuada inversión de los recursos con objeto de garantizar el beneficio, la rentabilidad y supervivencia del negocio de seguros, las aseguradoras tienen la oportunidad de ofrecer beneficios adicionales sujetos al rendimiento excedente que puedan obtener en la inversión de sus reservas y que estén dispuestos a destinar al pensionado o pensionados, reduciendo directamente su utilidad; con esto se pone en competencia a las instituciones participantes no sólo en servicio y administración sino también en beneficios, lo que hace más atractivo el esquema para el pensionado o pensionados, quienes estarán en posibilidad de obtener un beneficio económico y/o de protección, adicional al beneficio garantizado por ley.

Los criterios establecidos por CNSF para otorgar uno o varios beneficios adicionales son los siguientes:

- Las coberturas deben basarse en riesgos del pensionado o de sus beneficiarios en calidad de asegurados, esto es, que sean acordes con el beneficio original.

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

- Rentas o aumentos de rentas basadas en supervivencia del grupo de asegurados, basados en los siguientes tipos de riesgo:
 - Vejez.
 - Orfandad Total o Parcial.- Pérdida de alguno o ambos padres o tutores.
 - Gastos Funerarios sobre la vida de los asegurados - pensionados.
 - Supervivencia del asegurado - pensionado.

Algún otro riesgo distinto que se desee asegurar se puede someter a registro.

Dejando a criterio de cada aseguradora, el que elijan proponer los beneficios fijos, con opción de revalorización al INPC o alguna otra alternativa.

Es importante mencionar que todos los beneficios que otorgue la aseguradora deben ser previamente registrados y demostrada su capacidad de suficiencia por cada aseguradora ante la entidad reguladora, con los criterios de constitución de sus reservas a una tasa de interés técnico real del 1% anual y con opción de otorgar préstamos con garantía de la reserva de riesgos en curso del beneficio adicional (opcional), considerando una tasa de interés sobre el préstamo mayor o igual a la tasa de interés técnico aplicada para la determinación del costo del beneficio.

Financiamiento.

El seguro de riesgos de trabajo es parte del nuevo sistema de pensiones, por lo que el ahorro en la nueva cuenta individual se complementa con el pago de la Suma Asegurada en riesgo por el IMSS para la adquisición de la pensión, por lo tanto, el importe de la pensión se integra de:

- La cuenta individual.
- La cuota de riesgos de trabajo.
- El diferencial aportado por el Gobierno Federal para la pensión mínima garantizada.

La cuenta individual.

Es la cuenta conformada por cada trabajador a partir de la entrada en operación de la nueva ley, la cual esta integrada con el saldo que se forma de las cuotas de retiro, cesantía en edad avanzada, vejez y cuota social del Gobierno Federal (información detallada en el capítulo VI) y los intereses que estas aportaciones generen, más el saldo de la subcuenta de Infonavit, formando así el capital disponible del trabajador a la fecha en que se presente el riesgo amparado.

Dependiendo del período cotizado, el cual transcurre desde su ingreso a laborar hasta la ocurrencia de la contingencia cubierta, puede ocurrir que el trabajador tenga un fondo muy pequeño, o que crezca en una proporción tal que este único concepto sea satisfactorio para

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

cubrir la pensión por el riesgo presentado y el seguro de sobrevivencia, en este último caso las otras fuentes mencionadas no aplican.

La cuota de riesgos de trabajo.

La suma asegurada que cubre este seguro, la determina el IMSS en base al monto de la pensión, la esperanza de vida del incapacitado y/o de los beneficiarios y al saldo de la cuenta individual, cubriendo el instituto el diferencial correspondiente de la cuota establecida para este seguro.

La cuota de este seguro y los gastos administrativos, son cubiertos integralmente por las aportaciones del patrón.

Determinándose las cuotas en relación con la cuantía del salario base de cotización, y con los riesgos inherentes a la actividad de que se trate.

Las empresas de primer ingreso y las que cambian de actividad, calculan sus cuotas conforme a la prima media de la clase que corresponda y en la anualidad inmediata posterior empiezan a cubrir la prima de acuerdo a su propia peligrosidad.

Primas como porcentaje del salario base de cotización para empresas que inician o cambian de actividad.			
CLASE DE RIESGO	PRIMA MINIMA	PRIMA CON LA NUEVA LEY	PRIMA MAXIMA
I	0.25000	0.54355	
II		1.13065	
III		2.59840	
IV		4.65325	
V		7.58875	15.00000

Fuente: Ley del Seguro Social de 1997

Para el calculo se establece una formula que tiene dos componentes: Una prima mínima y el grado de siniestralidad. La prima mínima cubre los gastos de administración del seguro. El grado de siniestralidad se obtiene considerando la frecuencia y gravedad de los accidentes y enfermedades de trabajo; los accidentes en transito no se consideran como parte de la siniestralidad de la empresa.¹¹

El indice de frecuencia esta representado por: $I_f = n/(N*300)$

Con

n = Número de casos de riesgos de trabajo terminados sin incluir accidentes en trayecto.

N = Número de trabajadores promedio expuestos a los riesgos.

300= Número estimado de días laborables al año.

¹¹ Artículo 72, Nueva Ley del Seguro Social

SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO

El índice de gravedad esta dado por: $Ig = 300 * ((S/365) + V*(I+D))/n$

Con:

V = 28 años, duración promedio de vida activa de un individuo que no haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total.

S = Total de días subsidiados a causa de incapacidad temporal

I = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales, divididos entre 100

D = Número de defunciones

El índice de siniestralidad es: $Is = If * Ig = ((S/365) + V*(I+D))/N$

La prima a aplicar sobre los salarios de cotización es:

$$\text{Prima} = ((S/365) + V*(I+D)) * (F/N) + M$$

donde:

F = Factor de prima

M = .0025 prima mínima de riesgo

El criterio es que cada empresa revisa anualmente su siniestralidad para determinar si la prima a pagar sufre modificación, en caso de variación, esta podrá aumentar o disminuir en una proporción no mayor al 1% del salario base de cotización con respecto a la del año inmediato anterior, sin rebasar los topes.

Se establece una revisión del factor cada tres años o antes, si la situación lo amerita, por el H. Congreso Técnico del IMSS y se obtendrá con el cálculo de riesgo de todas las empresas.

El diferencial aportado por el Gobierno Federal para la pensión mínima garantizada.

Cuando al ocurrir el riesgo de trabajo del asegurado, la cuantía de la pensión que sirve de base para él o los beneficiarios, resulta menor al salario mínimo del Distrito Federal, vigente al 1o. de julio de 1997 y actualizado por inflación a febrero de cada año, el Gobierno Federal participa, una vez descontado el saldo de la cuenta individual y la Suma Asegurada en riesgo, con la cantidad faltante para integrar el monto constitutivo sobre la base de la pensión mínima garantizada.

Los cambios que presenta este seguro son:

- El criterio para el establecimiento de cuotas y el rango de las mismas
- El esquema de constitución y pago de la pensión
- La actualización de la pensión

El criterio para el establecimiento de cuotas y el rango de las mismas.

La prima del seguro de riesgos de trabajo para una empresa bajo la ley anterior dependía primero de la clasificación de su actividad económica, quedando en una de cinco clases de riesgo y en esa clase se daba una banda dentro de la cual podía variar la prima de la empresa según su historia de accidentes y enfermedades (entre la prima mínima, media y máxima); en la práctica se daban aglomeraciones de empresas en las partes más bajas y más altas de las bandas, lo que indicaba que algunas eran mucho más seguras y otras mucho más peligrosas que el promedio de su actividad y el criterio para evaluar la actividad estaba condicionado a que todas y cada una de las empresas de la actividad consiguieran reducir el resultado de su siniestralidad durante cada uno de los tres últimos años, por abajo del grado mínimo de la clase en que estaban consideradas, para realizar su reclasificación, pasando a la clase inmediata inferior, lo mismo sucedía si el resultado excedía el grado máximo de la clase asignada, pasando a la clase superior, quedando topadas las actividades clasificadas en las clases mínima y máxima: de esta manera, la empresa corría el riesgo de sus competidores y sus esfuerzos o tropiezos no eran fuente de frutos o castigos en lo particular.

Con la reforma se mantiene la prima promedio de la ley anterior, en condiciones similares de siniestralidad, las empresas continúan con la misma prima que tenían en la ley anterior, y los efectos del cambio empiezan a reflejarse a partir de 1999.

Aun cuando se parte de la base anterior, al modificar el criterio de valuación para cada empresa de manera particular en base a resultados, representará cambios importantes en el largo plazo para las empresas que modifiquen notablemente la valuación que se hacía por la peligrosidad que representaba la actividad, alcanzando en el tiempo un punto en que cada empresa pagará una prima conforme al comportamiento predominante de su propia siniestralidad.

La regla de aplicación anual, consiste en que la prima se modifica sólo hasta en un punto porcentual de los salarios de cotización hacia arriba o hacia abajo. Así, la empresa podrá gradualmente lograr primas más bajas sin importar su rama de actividad o elevar el costo del seguro, si sus resultados no son los adecuados, ganando así en la reducción del costo de este seguro o perdiendo aquellas que lo incrementen.

Las fórmulas para calcular los índices de frecuencia y gravedad, que se utilizan para determinar el índice de siniestralidad, se adecuan para dar un criterio técnicamente más sostenible y equitativo.

**SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO**

La prima a pagar por empresa se revisa cada año para confirmarla, reducirla o aumentarla de acuerdo con los cambios en sus factores de riesgo. Reconociendo y premiando a quienes inviertan para disminuir riesgos de trabajo y busquen la competitividad y aquellas que presentan constantemente una alta siniestralidad serán penalizadas, con esto participa en mayor proporción quien genere mayores erogaciones, eliminando los topes por clase y llegando a un nivel de costo acorde a sus resultados.

Los rangos de prima mínima y máxima se modifican, alcanzando la prima mínima una reducción del 28% con respecto a la cuota anterior y la máxima un incremento del 50%, manteniéndose la aplicación del criterio de prima media para empresas que se inscriben por primera vez o que cambien de actividad.

Primas como porcentaje de los salarios base de cotización.

CLASE DE RIESGO	Ley anterior (4.2.1)			Nueva ley (4.2.2)		
	PRIMA MINIMA	PRIMA MEDIA	PRIMA MAXIMA	PRIMA MINIMA	PRIMA MEDIA	PRIMA MAXIMA
I	0.34785	0.54355	0.73925	0.25000	0.54355	
II	0.64140	1.13065	1.61990		1.13065	
III	1.32635	2.59840	3.87045		2.59840	
IV	3.18550	4.65325	6.12100		4.65325	
V	5.14250	7.58875	10.03500		7.58875	15.00000

4.2.1.Fuente: Ley del Seguro Social de 1973

4.2.2.Fuente: Ley del Seguro Social de 1997

El esquema de constitución y pago de la pensión.

El cálculo del monto constitutivo se realiza sobre las mismas bases que la ley anterior, modificando a los participantes responsables que lo cubren.

Anteriormente, esta responsabilidad estaba totalmente a cargo del patrón, de tal manera que si se cubría la cuota respectiva, el IMSS era responsable de solventar el pago de los beneficios correspondientes sobre las bases estipuladas en la ley del IMSS y cuando no se había cubierto la cuota correspondiente o esta no correspondía al ingreso real percibido por el trabajador, el instituto hacia el cálculo estimado de todas las prestaciones con derecho que serían ejercidas por el pensionado a fin de que el patrón cubriese el monto constitutivo calculado.

Ahora se modifica el esquema de tal manera que la parte del capital constitutivo correspondiente al pago de la pensión, establecido bajo las reglas y normas señaladas en la ley vigente se constituye del saldo de la cuenta individual (propiedad del trabajador) más la suma asegurada que ampara el IMSS (monto constitutivo - saldo en la cuenta individual) y en caso de que dicho importe sea menor a la pensión mínima garantizada, el importe restante a cargo del Gobierno Federal.

La actualización de la pensión.

La actualización anual de la pensión en función al INPC, comparativamente con la actualización anterior en función al salario presenta dos aspectos importantes:

- La pensión mínima garantizada establecida como límite inferior.
- La actualización anual en función al INPC.

La pensión mínima garantizada establecida como límite inferior trae consigo una mejoría del nivel de las pensiones por aplicarse la actualización acumulada de la inflación a partir de julio de 1997, lo cual en la medida que exista un incremento menor en el salario que en la inflación (experiencia vivida durante las últimas dos décadas), este ajuste se refleja de manera acumulada para todos los que ingresan al grupo de pensionados independientemente del momento en que esto ocurra.

La actualización anual en función al INPC representa una ventaja indistintamente del comportamiento del crecimiento anual de los salarios, es la situación de mantener el valor adquisitivo de la pensión con el paso del tiempo, permitiéndole al pensionado mantener el poder adquisitivo de la pensión original en la medida en que las variaciones del INPC correspondan al incremento real de los bienes y servicios.

Ventajas y desventajas del seguro de enfermedades y maternidad.

Las ventajas que representa esta opción con el posible incremento en la subrogación de servicios son:

- Mantener la garantía establecida por Ley de continuar con una cobertura igual a la proporcionada por el IMSS, esto es, sin límite de cobertura y sin exclusiones, de tal manera que resulte transparente el cambio, porque su alcance continúa siendo el mismo.
- Opción de elegir médico, dentro de un grupo cerrado (red médica) de alternativas.
- El costo del seguro, en exceso de la cuota del IMSS, debe ser cubierta por el patrón (en caso de que así se norme o con participación del trabajador), por lo tanto, debe ofrecer un nivel de satisfacción al grupo asegurado, mayor al alcanzado por la institución de seguridad social.
- Liberación de la saturación existente en los servicios que brinda el instituto, el cual actualmente atiende aproximadamente a 40 millones de personas.

Las desventajas de que opere esta modificación, son:

En lo que respecta a incentivar la reversión de cuotas:

- Pérdida del sentido de derecho e igualdad de los derechohabientes al servicio. Cada grupo obtendrá un servicio acorde a sus posibilidades económicas de contratación, ya que no todos los prestadores estarán en posibilidad de ofrecer todos los servicios, ni a los mismos niveles, incrementando significativamente los costos del servicio en la medida en que los grupos presenten desviaciones en sus resultados, por el tipo de actividad o giro de la empresa o por contar con personal que presente deterioro en su estado de salud y requiera atención médica especializada por períodos prolongados.
- Los sectores financieros, representan principalmente los grupos asegurados de mayores ingresos, con lo que serán los más susceptibles de incursionar en el nuevo esquema. afectando la captación de cuotas al instituto, (por ser la parte que permanecería como apoyo para redistribución del ramo en la seguridad social), ya que se quedará con los grupos de menores ingresos y con mayor frecuencia de acceso al servicio, al constituir el sector en donde el patrón cumple su obligación legal, pero no está dispuesto a cubrir un mayor gasto en el servicio médico.
- Deterioro severo del instituto en el ramo, al verse afectados todos los elementos materiales y humanos involucrados en la operación.
 - La inversión del instituto en médicos especialistas bien capacitados y conocedores de los últimos avances para atender a la población asegurada.

SERVICIOS DE SALUD
VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

- El nivel de experiencia alcanzado por el personal médico especializado, lo que les permite en adición al trabajo que se realiza en el instituto, trabajar de manera particular, con un reconocimiento sobresaliente en el medio.
- Pérdida de los logros obtenidos en beneficio de la sociedad, ganados con el esfuerzo de más de 50 años y aplicados al beneficio común, sin importar edad, ingreso o posición social.
- Apoyo en el intercambio de conocimientos y avances médicos a través de acuerdos entre gobiernos, con países más avanzados en el tratamiento o técnicas de atención para padecimientos específicos.
- Avance tecnológico, inversión en equipos médicos de altos costos y eficiencia.

El cambio en la estructura de cuotas afecta a:

- Los pequeños y medianos empresarios que cuentan con grupos pequeños de trabajadores en el rango de 1 a 3 salarios y que son quienes están más expuestos a los vaivenes de la economía, se les incrementa la participación para este ramo, con lo que no se incentiva su crecimiento en el sector laboral formal, ni la creación de empleos, en tanto que para las grandes empresas con fuertes estructuras en nivel gerencial se reduce la cuota, lo que resulta inconsistente ya que son los que tienen mayor capacidad de inversión, de recursos y de participación de mercado, por lo tanto, son quienes sin verse afectados, aportaban más al sistema (bajo la ley anterior) en beneficio de todo el grupo asegurado.
- El nivel de aportación del Gobierno Federal para el ramo hace que el estado comprometa más recursos para otorgar un beneficio parcial al sector obrero-patronal que podría haberse mantenido, ya que el beneficio aplica directamente sobre ingresos de más de 2 veces el salario mínimo y hasta 25 veces, y no así para empresas cuyo personal se encuentra concentrado en rangos de 1 a 2 veces el salario mínimo, con lo cual no se da solución al problema, sino que se lleva al instituto a un proceso de desgaste y severa limitación en alcance de servicios, mediante la alternativa de incentivar la reversión de cuotas.

Al incentivar la reversión de cuotas, se reducirán significativamente los ingresos del instituto, y esto afectará la plantilla de médicos, enfermeras, personal administrativo, servicios de mantenimiento, distribución de medicamentos e inversión en desarrollo tecnológico. redundando en un desmantelamiento del instituto, el cual se vería obligado a reducir sus costos, reduciendo gastos e inversión, dirigiendo sus ingresos a cubrir las necesidades básicas y más inmediatas de los derechohabientes que se mantengan en este esquema.

Finalmente, esto llevará a la pérdida del derecho ganado para todos los trabajadores, ya que el derecho a la salud se pierde a través del servicio médico privado, el cual se rige por el pago de los servicios (los cuales se incrementan por los insumos, medicamentos, tratamientos, especialidades, servicio hospitalario, estudios, etc.), lo cual repercutirá en un

incremento periódico del seguro, que va más allá del incremento al salario y que puede manifestarse posteriormente en limitaciones en la cobertura o en los servicios a que se tenga acceso, estratificando el derecho a la salud y ofreciendo mayores y mejores oportunidades de atención médica a los individuos o grupos con mayor capacidad económica.

Se desincentiva el beneficio actual de carácter general o voluntario con costo compartido, otorgado por algunos patrones, del seguro de gastos médicos mayores, que le da al trabajador la opción de seleccionar al médico especialista, así como el procedimiento quirúrgico idóneo para atender el padecimiento, este seguro actualmente se brinda a un costo accesible al trabajador y es adicional al recibido por el IMSS. (representando una segunda alternativa, que de no existir, estaría fuera de las posibilidades económicas del trabajador).

Ventajas y desventajas del seguro de riesgos de trabajo.

Ventajas:

El nuevo sistema de clasificación y cotización, evaluando a cada empresa en lo particular, sin importar a que rama industrial pertenezca y de acuerdo con su propia historia de seguridad hace que desaparezca la clasificación basada en clases y grados de riesgo, lo que representa un importante aliciente para las empresas que tienen resultados favorables de siniestralidad y que se encuentran clasificadas en las clases de mayor peligrosidad.

El mantener la clasificación de riesgos en base a clases para empresas que inician o que cambian de actividad es benéfico para el sistema, ya que este costo se sustenta en la estadística de los riesgos de trabajo sufridos en el grupo de empresas evaluadas en los diferentes tipos de actividades y ramas industriales catalogadas por peligrosidad, excluyendo los accidentes por traslado.

Estimula a las empresas a modernizar la planta productiva, al reconocer su esfuerzo en cuanto a la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, ya que anteriormente las empresas que invertían en la disminución de su siniestralidad pagaban las mismas cuotas que aquellas de la misma rama de actividad industrial que no lo hacían e implícitamente se beneficia al trabajador, reduciendo la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

Con esto, el procedimiento es más equitativo en el pago de primas e incentiva a los empresarios a invertir en la prevención de riesgos de trabajo, ya que si no lo hacen, en el largo plazo les redundará en mayores costos.

Impulsa la productividad y competitividad de las empresas mediante la disminución de erogaciones en materia de seguro de riesgos de trabajo, beneficiando a las que sean efectivas en la prevención de los mismos.

Esta medidas propiciarán el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a las comisiones mixtas de seguridad e higiene de cada centro de trabajo.

**SERVICIOS DE SALUD
VENTAJAS Y DESVENTAJAS.**

Se redistribuye la carga de este seguro entre las empresas, tomando como parámetro para fijar la prima, la siniestralidad particular de cada una y adecuando la cuota en función a sus propios resultados.

Desventajas

Desaparece la aportación de apoyo y de carácter redistributivo, terminando así con el esquema solidario, de tal manera que las empresas más atrasadas y con menores recursos continuarán deteriorando sus condiciones de seguridad e higiene, por lo que continuará presentándose el ocultamiento de los casos de riesgo de trabajo, en perjuicio del trabajador.

La participación del trabajador en la integración del monto constitutivo para el pago de la pensión, a través del saldo de la cuenta individual, situación que debería ser cubierta por la cuota del seguro de riesgos de trabajo.

CAPÍTULO V.

Seguro de invalidez y vida.

TEMAS.

1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.
2. Principales diferencias existentes con respecto al sistema chileno.
3. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro.
 - 3.1. Las prestaciones que otorga este seguro.
 - 3.2. Funcionamiento.

Dentro de los cambios mas significativos en la nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, encontramos la separacion y reagrupación de los sistemas de pensiones manejados por el Instituto. Desaparece la clasificación de los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte para dar paso a únicamente dos seguros: a) Seguro de invalidez y vida y b) Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, cuya división se da porqué el primero cubre el riesgo, en tanto que el segundo es de carácter previsional.

La clasificación de invalidez y vida hecha por su característica de cubrir las contingencias correspondientes al trabajador durante su vida activa, tiene como objetivo afrontar estos riesgos a través del IMSS. Esta parte entró en operación inmediatamente con el cambio de ley y consiste en utilizar el fondo constituido en la cuenta individual, el cual representa una parte medular en este nuevo esquema, ya que al momento de ocurrir la invalidez o el fallecimiento, se calcula el monto constitutivo necesario para contratar los beneficios de pensión y seguro de sobrevivencia (cuando proceda) y se le descuenta el saldo constituido en la cuenta, para que el IMSS afronte la diferencia, ya que es quién recibe las cuotas por este concepto, las administra y absorbe ambos riesgos; el monto constitutivo se determina en base al monto de la pensión a que tiene derecho el trabajador de acuerdo a las bases de cálculo establecidas en la nueva ley, a la composición familiar y edad o edades del trabajador y/o sus beneficiarios.

A partir del momento en que entró en vigor la nueva ley, todos los casos presentados se rigen por las nuevas bases, aunque para los asegurados inscritos con anterioridad, al momento de cumplirse los supuestos legales para el disfrute de cualquiera de las pensiones, podrán optar por acogerse al beneficio de la ley anterior o la nueva, estando obligado el IMSS, a solicitud del trabajador, de calcular el importe de su pensión para cada uno de estos regimenes, para que el (los) afectado(s) decidan el que más le(s) convenga.

El IMSS participa de manera activa dentro de este ramo de seguro al seguir fungiendo como administrador de las cuotas, absorbiendo el riesgo por la cantidad necesaria y no constituida por el fondo para contratar la pensión y continúa siendo la autoridad al evaluar y determinar la procedencia de los estados de invalidez que se presentan.

Alcances.

El alcance de los cambios a este ramo es beneficiar al principal involucrado que es el trabajador, quedando protegido bajo las contingencias amparadas al garantizarle una pensión mínima y crear el esquema que permita disminuir la participación del IMSS en el riesgo y adiciona la del Gobierno Federal en su función de complementar la pensión mínima garantizada; dándole así al trabajador el mecanismo para acceder a una pensión mayor a la mínima, en la medida en que su fondo o su nivel de ingreso así lo permita.

Se busca también, mejorar las condiciones del beneficio económico otorgado por este seguro mediante la actualización por inflación del salario base de cotización del periodo utilizado para determinar el salario con el cual se calcula la pensión.

El Seguro Social participa en el riesgo cubriendo la suma asegurada necesaria, que es la diferencia entre el monto constitutivo requerido (valor presente del pago de las pensiones y el seguro de sobrevivencia) menos el saldo de la cuenta individual, por lo que la participación del IMSS en el riesgo es decreciente, ya que en la medida en que el trabajador genere antigüedad, su fondo se incrementará, hasta llegar a un punto en que la Suma Asegurada sea nula y las pensiones que se obtengan sean más acordes al ingreso que venía percibiendo a la fecha de la ocurrencia o determinación del riesgo amparado, con lo que la cuenta individual busca cubrir en el largo plazo el objetivo de autosuficiencia para cualquiera de los motivos de salida del grupo laboral.

Con esto se continúa otorgando la protección del ingreso cuando por algún evento fuera del control del trabajador se origine una invalidez total y permanente o su muerte, mientras se encuentre inscrito al IMSS en el régimen obligatorio o en el régimen voluntario (cuando a petición expresa del trabajador dado de baja, el mismo continúe cubriendo las cuotas).

En cuanto a la participación del patrón y el Estado, el primero mantiene la misma aportación que realizaba bajo el sistema anterior, cubriendo la cuota respectiva. el Estado también cubre este aspecto en la misma proporción que en la ley anterior, pero se incrementa su participación al afrontar el diferencial de los montos constitutivos de las pensiones que se determinen bajo la nueva ley cuando la cuantía de la pensión que sirve de base para el pago, sea menor a la pensión mínima garantizada (para que se constituyan sobre esa base) o el pensionado (antes trabajador) obtenga un importe menor a esta y adicionalmente, participa de manera inmediata absorbiendo el pago de las pensiones en curso de pago regidas por la ley anterior, cubriendo el costo total de las mismas, desde ese momento y hasta su extinción.

Con este nuevo esquema y la participación del gobierno asumiendo la carga de las pensiones en curso de pago, se da solución al problema de inviabilidad financiera del Seguro Social, quien cubre el riesgo amparado a través de la cuota captada para tal efecto, que a partir del cambio queda definida para estos ramos. (Art. 146 de la Nueva Ley del Seguro Social)¹

Cobertura.

El rubro de invalidez y vida cubre al asegurado la invalidez por enfermedad o accidente no profesional, así como en caso de muerte, a sus beneficiarios, esto es a la cónyuge o concubina e hijos bajo ciertos lineamientos, al cónyuge (dependiente económico) y en ausencia de todos ellos, a sus ascendientes, garantizando el pago de la(s) pensión(es) al ocurrir la muerte, la invalidez o la muerte estando inválido.

¹ Artículo 146. Los recursos necesarios para financiar las prestaciones y los gastos administrativos del seguro de invalidez y vida así como la constitución de las reservas técnicas, se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir los patrones, los trabajadores y demás sujetos obligados, así como de la contribución que corresponda al Estado.

Invalidez.

Todo accidente o enfermedad no profesional que presente el asegurado activo, queda cubierto bajo el rubro de invalidez.

Este estado da derecho al otorgamiento de las prestaciones de pensión temporal y pensión definitiva; la pensión temporal corresponde a la pensión que se otorga al asegurado por periodos renovables cuando existe posibilidad de recuperación para el trabajo o cuando se termina el subsidio y la enfermedad persiste. La pensión definitiva corresponde al estado de invalidez total y permanente.

Pensión temporal.

Una vez agotada la cobertura de subsidio de enfermedades y maternidad que cubre a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por un máximo de 78 semanas, opera esta pensión por periodos renovables, siempre que exista posibilidad de recuperación para el trabajo o termine el subsidio y la enfermedad persista.

Pensión definitiva.

El instituto considera la invalidez total y permanente como un daño físico o mental que le impida al trabajador procurarse mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de las percepciones habituales que recibió durante el último año de trabajo, siempre que se estime de naturaleza permanente.

El beneficio a que tiene derecho es una pensión equivalente al 35% del promedio del salario base de cotización de las últimas 500 cotizaciones semanales anteriores a su otorgamiento, actualizadas conforme a la variación del índice nacional de precios al consumidor, más las asignaciones familiares y ayuda asistencial que proceda según el caso; la cuantía de la pensión, incluyendo las asignaciones familiares y ayuda asistencial no podrá exceder del 100% del salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía de la pensión, así como tampoco podrá ser inferior a la pensión mínima garantizada por el Estado, en este último caso, el Gobierno aportará la diferencia para la contratación de esta pensión.

Los requisitos para el otorgamiento de la prestación del ramo de invalidez son:

- Que al declararse ésta, el asegurado tenga acreditado el pago de 250 semanas de cotización.
- En caso de que el dictamen respectivo determine 75% o más de invalidez sólo requiere acreditar 150 semanas de cotización.

Cuando no se reúnen las semanas de cotización, el asegurado puede retirar el saldo de su cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada, vejez e infonavit en una sola exhibición.

Tanto los asegurados solicitantes del otorgamiento de la pensión como los inválidos que se encuentren disfrutándola, deben sujetarse a las investigaciones de carácter médico, social y económico que el IMSS considere necesarias para comprobar la existencia o subsistencia del estado de invalidez.

Asignaciones familiares y ayuda asistencial.

Las asignaciones familiares consisten en una ayuda por concepto de carga familiar, se conceden a los beneficiarios del pensionado por invalidez y terminan con la muerte del familiar que la originó y en el caso de los hijos, aplicando los criterios señalados para el pago de la pensión por orfandad.

La ayuda asistencial se brinda de manera automática al pensionado cuando no existen dependientes económicos o cuando sólo existe un ascendiente con derecho a asignación familiar, exceptuando estos casos, tiene derecho a ella el pensionado por invalidez cuando su estado físico requiera ineludiblemente, la asistencia de una persona de manera permanente, en base a dictamen médico y puede representar hasta un veinte por ciento de la pensión de invalidez.

Beneficiario.	Asignación familiar.	Ayuda asistencial.
(a) Esposa o concubina	15%	
(b) Cada hijo	10%	
Cada ascendiente (a falta de (a) y (b))	10%	
Pensionado		c)10% con un ascendiente con derecho a asignación familiar. d)15% sin beneficiarios
		Hasta 20% al requerir asistencia personal permanente.(excepto c) y d))

Porcentajes aplicables sobre la pensión del inválido.

Las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales que se otorguen no son tomadas en cuenta para calcular el aguinaldo anual (de 30 días del importe de la pensión) o las pensiones de viudez, de orfandad o de ascendientes.

Suspensión del pago del beneficio.

Durante el tiempo que el pensionado desempeñe un trabajo en un puesto igual a aquél que desarrollaba al declararse la invalidez.

Por rehabilitación del pensionado por invalidez con derecho a pensión, se suspende el pago de la misma por parte de la aseguradora, devolviendo al Instituto la reserva del seguro contratado y deduciendo los gastos administrativos incurridos, y el IMSS, a su vez, devuelve los recursos no utilizados a la Afore que operaba la cuenta del trabajador, a efecto de que se vuelva a abrir la cuenta correspondiente.

Muerte.

Para que los dependientes económicos del trabajador tengan derecho al beneficio de pensión, es necesario que al fallecer el trabajador tenga reconocidas en el Instituto el pago de ciento cincuenta cotizaciones semanales y se encuentre laborando o disfrutando de una pensión de invalidez.

El importe que se toma de base para aplicar los porcentajes correspondientes a cada beneficiario es la pensión por invalidez que le hubiere correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez o la que venía percibiendo si se encontraba pensionado por invalidez, los porcentajes de todos los beneficiarios se suman y en caso de rebasar el 100% se redistribuyen para que en total no excedan el importe de la pensión que les dio origen; cuando se extinga el derecho de alguno de los pensionados se realiza una nueva distribución de las pensiones que queden vigentes, entre los restantes, sin que se rebasen las cuotas parciales ni el monto total de la pensión original.

Los beneficiarios con derecho son:

- La esposa del asegurado o pensionado, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la muerte, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio, igualmente el esposo de la asegurada o pensionada, a falta de éste el concubino que dependa económicamente de ella.
- Los hijos menores de dieciséis años del asegurado o del pensionado, cubiertos hasta esa edad o hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en los planteles del sistema educativo nacional y siempre que no sean sujetos del régimen obligatorio.
- Los hijos del asegurado o pensionado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo, por una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta que desaparezca la incapacidad que padecen.

A falta de los beneficiarios anteriores:

- El padre y la madre del asegurado o pensionado que vivan en el hogar de éste, siempre que dependan económicamente de él.

Las prestaciones que otorga este seguro a los beneficiarios son:

- El pago de una cantidad igual a sesenta días de salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha de fallecimiento del asegurado o pensionado, con el propósito de cubrir los gastos de funeral.
- Pensión de viudez y pensión de orfandad ó
- Pensión a ascendientes.
- Ayuda asistencial al pensionado por viudez, en caso de que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule.

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO**

- Asistencia médica

La pensión de viudez se pagará independientemente de que la viuda desempeñe un trabajo remunerado.

Los porcentajes correspondientes a cada beneficiario, aplicables sobre la pensión del asegurado o pensionado por invalidez son:

PENSION DE:	PENSION POR INVALIDEZ DEL TRABAJADOR.		
VIUDEZ	90%		
ORFANDAD: (cada hijo)	20%	30%	
	(CON UN PROGENITOR SOBREVIVIENTE)	(SIN PROGENITOR SOBREVIVIENTE)	
ASCENDENCIA: (cada uno)			20%

No se tendrá derecho a la pensión de viudez:

- Si el asegurado muere antes de cumplir seis meses de matrimonio;
- Si el asegurado se casa después de haber cumplido los cincuenta y cinco años de edad o cuando a esta edad recibía una pensión de invalidez, a menos que alcance un año de matrimonio, o
- Cuando la viuda sea menor de treinta años, sólo gozará de la pensión durante los cinco años siguientes al otorgamiento de la misma.

Estas restricciones no aplican si al morir el asegurado o pensionado por invalidez, la viuda comprueba haber tenido hijos con él.

Cesación de los beneficios.

El pago de las pensiones mencionadas cesará con la muerte del beneficiario.

Al alcanzar los límites de edad o condiciones señaladas para los hijos en la pensión por orfandad, en este caso, con la última mensualidad se otorga al huérfano un pago finiquito equivalente a tres mensualidades de su pensión

Por matrimonio o concubinato de la viuda, al contraer matrimonio recibe una suma equivalente a tres anualidades de la pensión otorgada, devolviéndose al IMSS la reserva de las obligaciones futuras pendientes de cubrir, previo descuento de la suma que se otorga.

Opción de continuación voluntaria en invalidez y vida, en caso de baja del régimen obligatorio.

El asegurado con un mínimo de 52 cotizaciones semanales acreditadas en el régimen obligatorio, al ser dado de baja, tiene el derecho a continuar cotizando voluntariamente, en los seguros de invalidez y vida quedando inscrito con el último salario o superior al que tenía en el momento de la baja y cubriendo las cuotas por mensualidad adelantada de la manera siguiente:

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
ALCANCES, COBERTURA Y MÉTODO DE FINANCIAMIENTO**

Cubriendo las cuotas obrero patronales y el Estado la parte que le corresponda de acuerdo a los porcentajes señalados en la Ley del Seguro Social

Contratación y administración del pago de la pensión con una aseguradora.

Aplica en los terminos descritos en el capitulo IV, tema 3.1, calculándose para invalidez o vida, segun sea el caso.

Método de Financiamiento.

El financiamiento establecido bajo el ramo de invalidez y vida, en la estructura de las cuotas establecidas por la nueva ley cubre dos aspectos:

- A) Personal activo y sujeto al riesgo.
- B) Enfermedades y maternidad de pensionados y sus beneficiarios.

A) Personal activo.

El financiamiento de este ramo de seguro cubre por invalidez la pensión temporal y la pensión definitiva y por fallecimiento, la ayuda para gastos funerarios y la pensión a los beneficiarios.

Los importes reclamados por pensión temporal y la ayuda para gastos funerarios son cubiertos por la cuota de invalidez y vida, en tanto que la pensión definitiva de invalidez y las pensiones de los beneficiarios por fallecimiento, de acuerdo a las circunstancias, se integran de tres fuentes de recursos:

- La cuenta individual
- La cuota de invalidez y vida
- El diferencial aportado por el Gobierno Federal para la pensión mínima garantizada

La cuenta individual.

Aplica en los mismos términos del Capítulo IV, tema 3.1, método de financiamiento para el seguro de riesgos de trabajo.

La cuota de invalidez y vida.

Las cuotas destinadas a este ramo que permiten al IMSS cubrir la pensión temporal, la ayuda para gastos funerarios y la suma asegurada en riesgo de los trabajadores inscritos bajo el régimen obligatorio son las que se detallan a continuación:

Ramo Invalidez y vida.	Aportación.	Cuota %	% sobre el salario base de cotización.
Invalidez y vida	patronal	1.750	2.5%
	trabajador	0.625	
	estatal	0.125	

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
ALCANCES, COBERTURA Y METODO DE FINANCIAMIENTO**

Esta cuota se aplica sobre el salario base de cotización con limite superior el equivalente a veinticinco veces el salario minimo general que rija en el Distrito Federal y como limite inferior el salario minimo general del área geográfica respectiva

A la ocurrencia de la invalidez permanente o el fallecimiento, la pensión y el seguro de sobrevivencia se contratarán por el asegurado o beneficiarios con la institución de seguros que se elija. Para la contratación de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia, el IMSS calculará el monto constitutivo necesario para su contratación, restándosele a este, el saldo acumulado en la cuenta individual del asegurado y la diferencia positiva será la suma asegurada que el Instituto deberá entregar a la aseguradora para su contratación.

Cuando el saldo en la cuenta individual sea mayor o igual al necesario para integrar el monto constitutivo, se elimina la participación del IMSS al no existir Suma Asegurada en riesgo.

Participación del Gobierno Federal.

Al igual que para riesgos de trabajo, cuando al ocurrir la invalidez o la muerte del asegurado, se cumple que la pensión obtenida por el trabajador es menor a la pensión minima garantizada, el Gobierno Federal participa, una vez descontado el saldo de la cuenta individual y la Suma Asegurada en riesgo, con la cantidad faltante para integrar el monto constitutivo de la pensión.

B) Enfermedades y maternidad de pensionados y sus beneficiarios.

Para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, los patrones, los trabajadores y el Estado aportan una cuota que queda clasificada dentro del ramo de invalidez y vida, pero que la misma es aplicada para cubrir la atención médica a los pensionados por retiro, cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez, muerte y riesgos de trabajo, así como a sus beneficiarios y se distribuye de la siguiente forma:

Ramo Invalidez y vida.	Aportación.	Cuota %	% sobre el salario base de cotización.
Enfermedades y maternidad de pensionados y sus beneficiarios	Patronal	1 050	1 5%
	Trabajador	0 375	
	Estatal	0 075	

La misma no interviene de manera exclusiva en el ramo, pero esta incluida en esta clasificación, por la distribución de porcentajes realizada entre los ramos de invalidez y vida y retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO**

México, partiendo de la experiencia chilena en el marco previsional y ante una problemática similar que da origen a la necesidad de cambio, establece formalmente a través de los cambios a la ley del IMSS el sistema de capitalización individual como solución al problema de inviabilidad financiera del instituto, dándole el soporte necesario para afrontar el cambio.

La cobertura de la parte de invalidez y vida, se maneja como cobertura de riesgo, en donde todos los cotizantes participan cubriendo un porcentaje fijo de su salario para afrontar el riesgo amparado, independientemente de la edad y el sexo.

Comparando el sistema chileno y el mexicano en la parte de invalidez y vida, tenemos como aspectos sobresalientes a comentar, los siguientes:

- Las cuotas y su procedencia.
- Los requisitos para ser sujeto del beneficio.
- Prestaciones otorgadas por invalidez y vida.
- La responsabilidad de las instituciones sobre los riesgos cubiertos.

Las cuotas y su procedencia.

La estructura diseñada en el cambio chileno permitió que la aportación de la cuota se llevara a cabo totalmente por el trabajador, con lo cual el patrón y el Estado no afrontan un costo adicional por esta prestación en la que el trabajador es totalmente responsable de cubrirla. (mediante el ajuste salarial realizado con la reforma), en tanto que en México se continúa presentando la participación tripartita (trabajador - empleador - Estado), con lo que se mantiene el esquema anterior de distribución de cuotas; el empleador probablemente prefiera continuar con este esquema para no reconocer esta participación como un incremento real del salario, que sería la alternativa, en tanto que el Estado continúa participando, cuando sería más sano, buscar una solución compensatoria que le permitiera desligarse de incrementar su participación directa para actuar como administrador eficiente de la operación.

CUADRO I. CUOTAS Y SU PROCEDENCIA.

Concepto	Chile	México
Integración de la cuota.	Aportación del empleado	Aportación tripartita (empleado, patrón y gobierno)
Límite de salario para aplicar la cotización.	60 Unidades de fomento del último día del mes anterior al pago.	25 veces el Salario Mínimo del Distrito Federal
Invalidez y vida	Cotización calculada en porcentaje del salario, determinada por cada Administradora, para adquirir el seguro de invalidez y vida. La tasa de cotización es en promedio .73% a partir de 1995 independientemente de edad, sexo y ocupación.	2.5% del salario base de cotización independientemente de edad, sexo y ocupación

Sobre el importe de las cuotas, en Chile la administración del riesgo la realizan las AFP's, quienes contratan el seguro con una aseguradora, en tanto que en México esta se realiza por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el porcentaje de la cuota varía aproximadamente 1.75%, siendo menor en Chile (referencia Cuadro I), con la diferencia de que en el caso

chileno esta cuota (cubriendo una pensión mayor) es resultado de la competencia entre un mercado de AFP's que cubren el costo de los beneficios más los gastos y los márgenes de utilidad de las instituciones involucradas, en tanto que el Seguro Social maneja, administra, determina la procedencia y paga los importes de riesgo amparados, controlando la operación en forma exclusiva.

Los requisitos para ser sujeto del beneficio.

a) En invalidez la valoración del deterioro de la capacidad de trabajo y su clasificación.

En Chile se valora la pérdida de capacidad de trabajo, estableciendo la clasificación de invalidez total o parcial dependiendo del daño porcentual sufrido ($50\% < \text{parcial} < 66.67\%$ y $\text{total} \geq 66.67\%$), en el caso de México se realiza una valoración conjunta en función a que no pueda procurarse una remuneración mayor al 50% de la recibida el último año de trabajo y a la definición de invalidez total y permanente; la procedencia de la invalidez se determina valorando la pérdida de capacidad física o mental para la realización de la actividad, calificando para el beneficio con una invalidez del 50% ó más (invalidez total).

b) El proceso de determinación de la invalidez.

La comisión médica que determina la procedencia de la invalidez en Chile, establece un primer dictamen, a partir del cual se realiza el pago de la pensión y el pensionado queda sujeto a una revisión tres años después para determinar la permanencia de la misma o su mejoría parcial o total; en caso de que el afiliado no se presente, se lleva a cabo la suspensión del pago por considerarse rehabilitado.

Mediante este proceso todos los involucrados tienen posibilidad de cuestionar o solicitar revisión del caso, esto es, administradora, aseguradora y afiliado, siendo conformadas las comisiones por médicos independientes especialistas en el tema.

En México, la determinación de la invalidez la realiza el Instituto, quien se reserva el derecho de poder revisar en cualquier tiempo la condición del pensionado por invalidez, pero esto no aplica como procedimiento; en función de la clasificación que se lleva a cabo del grado de invalidez, se establecen las cotizaciones semanales necesarias para ganar el derecho, ya que a partir de la definición todos los pensionados obtienen el mismo porcentaje de beneficio y si el instituto llega a tener conocimiento de que el pensionado labora en un puesto igual u obteniendo un ingreso mínimo del 50% de lo que percibía al ocurrir la invalidez, el beneficio se suspende.

c) Semanas cotizadas para acreditar el beneficio.

La cobertura del sistema chileno ampara al trabajador la invalidez por accidente o enfermedad no profesional, ocurrida ya sea que el riesgo se produzca al tiempo en que presta sus servicios o en el mes calendario inmediato posterior al último cotizado (en caso de ser independiente) ó si ha dejado de prestar servicios, cuando el riesgo conforme al

primer dictamen, se produce en los 12 meses siguientes al último día del mes en que dejó de laborar, siempre que registre 6 meses de cotizaciones en el año anterior al último día del mes en que el evento tiene lugar, con esta base todo trabajador está protegido mientras está trabajando o haya salido dentro de un periodo máximo de un año, en tanto que en el Seguro Social mexicano este beneficio está condicionado al cumplimiento de un mínimo de 150 cotizaciones semanales en caso de invalidez igual o superior al 75% o 250 cotizaciones semanales para invalidez superior al 50% y menor al 75%, con lo cual los trabajadores aún cuando cotizan desde su ingreso al sistema no son sujetos de cobertura (ya que solo pueden disponer del saldo en la cuenta individual) en tanto no reúnan el requisito establecido, mientras que en Chile la cobertura aplica en forma inmediata. En cuanto a la conservación de derechos en el IMSS, los asegurados que dejan de pertenecer al régimen obligatorio, conservan los derechos adquiridos a pensiones en el seguro de invalidez y vida por un periodo igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contado a partir de su fecha de baja, aplicando con un periodo mínimo de doce meses.

Prestaciones otorgadas por invalidez y vida.

La parte que ampara lo que son las pensiones, aplica de manera muy similar en ambos sistemas, las diferencias que se presentan son:

a) Prestaciones.

En la parte de invalidez en nuestro país se manejan los conceptos de asignaciones familiares, ayudas asistenciales y asistencia médica y en la parte de fallecimiento los conceptos de ayuda asistencial a la pensionada por viudez y asistencia médica para todos los beneficiarios.

La parte de asignaciones y ayudas son pequeños porcentajes aplicables sobre la pensión de invalidez, que no modifican notablemente su importe, como se mencionó en el tema anterior, en tanto que la asistencia médica representa un aspecto fundamental y cumple la función prioritaria de garantizar este servicio sin costo para el pensionado y los beneficiarios que adquieren el derecho; con esto, se establece una notable ventaja en el seguro social mexicano, resaltando que este beneficio en ninguno de los casos está incluido en las cuotas referidas, ya que para el caso chileno el seguro de salud se maneja independiente y aplica un costo fijo en porcentaje del salario o de la pensión, puesto que todos los afiliados (activos y pensionados) cubren la cuota de este servicio, en tanto que en México se cubre a través de la cuota referenciada en el tema anterior e incluida en la clasificación de invalidez y vida.

b) Determinación del ingreso base para el cálculo de la pensión.

Las bases de determinación y actualización aplican sobre criterios muy similares de actualización en función al índice de precios al consumidor de cada país y utilizando un periodo aproximado de cotizaciones de los últimos 10 años que puede reducirse en el caso de Chile a un mínimo de 2 años por enfermedad, por accidente el tiempo laborado y se expresa en unidades de fomento, en el caso de México, cuando no se alcanzan las 500 semanas se evalúa el periodo laborado (que debe ser igual o superior a 150 semanas) y se

expresa en pesos; el monto así determinado se utiliza para aplicar los porcentajes correspondientes a la pensión procedente. En ambos casos el salario base de cotización tiene un tope máximo (expresado en dólares americanos equivale en México a 2,842 y en Chile a 1,741 a junio del 2000²).

c) Importe de las pensiones.

En Chile el porcentaje de pensión que se concede en el caso de invalidez parcial es del 35% o 50% y en invalidez total del 50% o 70%, estos porcentajes de pensión son más acordes al cumplimiento del objetivo de permitirle al pensionado alcanzar la suficiencia económica; en el caso de México, se aplica de manera general por invalidez total y permanente el 35% del ingreso base, aplicando como mínimo la pensión mínima garantizada, representando una cantidad muy limitada para cubrir las necesidades de cualquier pensionado con ingreso superior a más de 2 salarios mínimos.

Aún cuando en nuestro país este porcentaje es sujeto de incrementarse por asignaciones familiares y ayuda asistencial, al reunir las condiciones estipuladas para ello, el incremento estimado por asignaciones familiares incrementa la pensión entre 5 y 12 puntos porcentuales, alcanzando un nivel del 40% al 47% ó la posibilidad de incrementar hasta un 7%, si el pensionado requiere asistencia personal permanente (este incremento aplica antes de la determinación de la pensión mínima).

Es interesante señalar que aún cuando la diferencia en cotizaciones en el marco chileno es 1.75 puntos porcentuales menor al nuestro, la administración la realiza un ente que debe contratar el seguro con otra empresa y la determinación del estado de invalidez queda a cargo de un órgano ajeno a ella (cubriendo su respectivo costo), la cuota permite cubrir un nivel de pensión superior a la nuestra que en el caso de invalidez del 67% ó más, la duplica y que adicionalmente le permite ampliar su población asegurada al respaldar a todos los trabajadores desde que están afiliados y cotizando al sistema hasta inclusive los que han salido del mismo en un período no superior a un año.

En parte, esta situación puede estar apoyada en el caso del grupo en transición por el bono de reconocimiento que aumenta el saldo de la cuenta individual y disminuye el monto del riesgo, pero el 35% implementado en nuestro país no resuelve de ninguna manera la situación del trabajador, quién adicional al daño físico o mental registrado pasa a ser una carga familiar y económica para la familia, ya que la pensión se convierte en una ayuda y no en una solución en el aspecto económico, como podría considerarse su razón de ser.

Cabe señalar que este porcentaje de 70% aplica únicamente para personal activo con invalidez total, disminuyendo a 50% para los desempleados; 50% para los activos con

² Utilizando la información de la Superintendencia Chilena de AFP's UF = 15,435.79, Dólar Americano = 531.99 pesos chilenos y en México el salario mínimo del D.F. 1136.65. TC peso - dólar \$10; la base de cotización en México se amplió a partir de la reforma de 10 a 25 veces el salario mínimo.

invalidéz parcial y 35% para los desempleados con invalidéz parcial (de acuerdo a la definición de trabajadores con menos de un año desempleados).

d) Derecho a garantía estatal de pensión mínima.

En Chile, los casos en que el ingreso base del trabajador no le permita obtener una pensión mayor o igual a la mínima garantizada por el Estado, este se compromete a otorgarla siempre que el trabajador reúna un mínimo de 2 años de cotizaciones durante los últimos 5 años anteriores a la presentación de la invalidéz o estar trabajando y afiliado en caso de accidente o completar 10 años de cotizaciones efectivas en cualquier sistema previsional, en tanto que la aplicación en el seguro social de nuestro país para este beneficio se basa en las semanas de cotización antes señaladas; lo que marca la diferencia entre ambos casos es el respaldo inmediato en caso de accidente y la reducción del periodo de semanas cotizadas en caso de enfermedad, lo que se refleja en una mayor seguridad y tranquilidad del trabajador en el alcance de la cobertura que brinda el sistema.

e) Beneficiarios y porcentaje de participación.

La variación en este punto está dada básicamente por los porcentajes de pensión a que tienen derecho los beneficiarios, ya que la integración de los mismos está basada en la esposa, concubina o madre de hijos naturales, esposo incapacitado o dependiente económico, hijos menores de 18 ó 16 años (Chile y México respectivamente) ó ascendientes en caso de no existir los antes mencionados.

En el caso de Chile la pensión de viudez puede pagarse a más de una persona, dividiendo la pensión correspondiente, en tanto que en el Seguro Social mexicano si hubiera más de una con derecho, no se paga el beneficio.

Con respecto a los porcentajes por viudez en Chile se recibe 50% cuando hay hijos con derecho o 60% si no los hay y 15% cada hijo, se suman los porcentajes y si son mayores o menores a 100%, se redistribuyen sobre el total de la suma, en tanto que en nuestro país se cubre 90% por viudez y 20% por cada hijo que es dependiente económico de acuerdo a la definición y si la suma de los porcentajes supera el 100%, los porcentajes se reducen proporcionalmente.

De esta manera, en México se obtiene la mayor parte de la pensión o su totalidad cuando existe la viuda(o), la viuda(o) y los hijos o los hijos (si son 3 ó más) en tanto que en Chile se distribuye entre la viuda y los hijos, a falta de viuda su porcentaje se distribuye proporcionalmente entre los hijos, y los ascendientes tienen derecho a 50% de la pensión, en tanto que en México es el 20% para cada uno.

En Chile se cubre al hijo inválido, cualquiera que sea su edad, e inclusive si esta se produce después del fallecimiento del causante, pero antes de que cumpla las edades máximas de 18 o 24 años, según corresponda, en tanto que en nuestro país sólo se cubre si existe la invalidéz antes de que al trabajador le ocurra alguno de los riesgos amparados.

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO**

f) Opciones de pago de la pensión.

En Chile tanto las AFP's como las aseguradoras están en igualdad de oportunidades para captar la administración del pago de la pensión, a elección del afiliado o de sus beneficiarios, según sea el caso, quienes tienen disponibles las opciones de renta vitalicia inmediata, renta temporal con renta vitalicia diferida o retiro programado; en el Seguro Social mexicano la administración del pago por invalidez y vida ha sido autorizada únicamente a las aseguradoras de pensiones, por lo que el (los) pensionado(s) realiza(n) libre elección de aseguradora contratando la renta vitalicia inmediata.

g) Suspensión del beneficio

En caso de invalidez, la suspensión del beneficio esta amparada en ambas leyes en la rehabilitación o recuperación de la capacidad de laborar del pensionado, en tanto que por fallecimiento en Chile no se aplica suspensión del beneficio a la viuda(o) y el IMSS si lo hace por matrimonio de la viuda(o).

La responsabilidad de las instituciones sobre los riesgos cubiertos.

El aporte adicional o suma asegurada.

Es la cantidad neta en riesgo por la que esta cubierto cada trabajador durante su vida laboral, para que adicionado al saldo de la cuenta individual sea suficiente para cumplir el compromiso de pago de pensiones establecido por ley, con la diferencia de que el caso chileno incluye el bono de reconocimiento (cubierto por el Estado) y es obligación y responsabilidad de la AFP cubrir el pago a través de un seguro, en nuestro país el bono no se otorga y tanto la cobertura del riesgo como su administración es realizada por el IMSS.

Los siguientes cuadros muestran un comparativo de los aspectos sobresalientes de ambos sistemas:

Requisitos para tener derecho a la pensión por invalidez y vida.

Concepto	Chile	México
Requisito para ser sujeto del derecho a pensión.	(a) Si el riesgo se produce en el tiempo en que prestaba sus servicios (dependiente), o en el mes calendario anterior al siniestro, (independiente) habiendo dejado de prestar servicios, cuando el riesgo conforme al primer dictamen, se produce en los 12 meses siguientes al último día del mes en que dejó de laborar, siempre que registre 6 meses de cotizaciones en el año anterior al último día del mes en que el evento ocurra con pérdida de capacidad de trabajo mayor al 50% Si no se cumplen las condiciones anteriores, se podrá disponer del saldo de la cuenta	50%<Invalidez<75% 250 c.s.* Invalidez =>75% 150 c.s.* Fallecimiento 150 c.s.* *c.s. cotizaciones semanales. En caso de no cumplir el requisito, se puede disponer del saldo de la cuenta.
Edad.	Es sujeto del seguro de invalidez y vida en tanto no alcance la edad límite para pensión de vejez.	Como empleado activo y no este pensionado por retiro, cesantía en edad avanzada y vejez

SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO

Concepto	Chile	México
Procedencia de la invalidez en deterioro de la capacidad.	Invalidez total. Con la pérdida de 2/3 de su capacidad de trabajo o la invalidez parcial con pérdida superior al 50% e inferior a 2/3 partes de la capacidad de trabajo	Cuando al asegurado no pueda procurarse una remuneración mayor al 50% de la recibida el último año de trabajo, si deriva de una enfermedad o accidente no profesional.
Derecho a pensión mínima garantizada por el Estado.	Por invalidez: No tener derecho a la garantía estatal de la pensión mínima de vejez, y 2 años de cotizaciones mínimo en los últimos 5 años anteriores a la declaración de invalidez, o cotizar al momento en que es declarada si es a consecuencia de un accidente y siempre que suceda después de su afiliación al Sistema, o completar 10 años de imposiciones efectivas en cualquier sistema previsional. Para sobrevivencia: Siempre que el causante hubiere estado pensionado a la fecha de su fallecimiento o reúna lo señalado para invalidez.	Si al cumplir los requisitos establecidos para el otorgamiento del beneficio, la cuantía de la pensión es menor a la pensión mínima garantizada
Pensión mínima garantizada por el Estado.	Las pensiones mínimas de vejez e invalidez serán equivalentes al monto general que rija a la fecha de vigencia de la ley para la pensión mínima y se reajustarán en la misma forma y oportunidad que dicha pensión. Representa al año 2000 el 67% del salario mínimo legal, (aumentado a cerca del 73% para quienes tengan 70 años o más).	El salario mínimo del D.F. vigente al 1/07/97, actualizado por el INPC en febrero de cada año. Representa al año 2000 el 107.66% del salario mínimo del Distrito Federal.

Responsabilidad de las instituciones sobre los riesgos cubiertos.

Concepto	Chile	México
Beneficios que se otorgan.	La AFP paga las pensiones parciales y totales por el primer dictamen de invalidez, el aporte adicional de los afiliados por fallecimiento o por invalidez conforme al segundo dictamen y las aportaciones de quienes no adquieran el derecho a pensión mediante 2o dictamen.	El IMSS cubre la pensión temporal, la Suma Asegurada en riesgo (al determinar la invalidez total y permanente o al ocurrir el fallecimiento), así como la ayuda de gastos funerarios
Cobertura del riesgo por invalidez o fallecimiento.	La administradora es responsable y obligada al pago de los beneficios amparándose en un seguro. Pero este no la exime de las obligaciones contraídas.	El Instituto Mexicano del Seguro Social.
Conformación del monto constitutivo de la pensión.	Cuenta individual (incluyendo bono de reconocimiento) más cantidad neta en riesgo por invalidez o muerte por la AFP y Apoyo estatal para integrar la pensión mínima garantizada	Cuenta Individual más cantidad neta en riesgo por invalidez o vida por el IMSS. Apoyo Estatal para integrar la pensión mínima garantizada
Capital necesario.	Al valor actual esperado de: a) Todas las pensiones que genere el afiliado para él y su grupo familiar al producirse la muerte o quede ejecutoriado el segundo dictamen de invalidez y hasta la extinción del derecho a pensión del causante y de cada uno de los beneficiarios acreditados. b) La cuota mortuoria.	Monto constitutivo (es el valor actual esperado del pago del beneficio al pensionado y sus beneficiarios) no incluye los gastos de ayuda de funeral y se expresa en pesos mexicanos

SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO

Concepto	Chile	México
Aporte adicional / suma asegurada.	Es la diferencia entre el capital necesario para financiar las pensiones y la suma del capital acumulado por el afiliado más el Bono de Reconocimiento, a la fecha en que el afiliado fallezca o quede ejecutoriado el segundo dictamen de invalidez. Si la diferencia es negativa, el aporte adicional es cero. Se expresa en Unidades de Fomento.	Es la diferencia entre el monto constitutivo y el fondo acumulado por el trabajador a la fecha en que fallezca o se determine el estado de invalidez. Si la diferencia es negativa, la Suma Asegurada es nula y se expresa en pesos mexicanos.
Cobertura de riesgo.	Las pensiones de afiliados declarados inválidos mediante el primer dictamen. Los aportes adicionales por pensiones de invalidez (2o dictamen). Los aportes adicionales por pensiones de sobrevivencia de los inválidos. Los aportes adicionales para afiliados no pensionados (activos) por pensiones de sobrevivencia. La contribución (pago de las aportaciones sobre la pensión de invalidez), para quienes no adquieran el derecho a pensión mediante el segundo dictamen.	Pago de la pensión temporal, la pensión definitiva y el seguro de sobrevivencia para el inválido, las pensiones de los beneficiarios por fallecimiento, siendo activo y la ayuda para gastos funerarios.
Aplicación de la garantía estatal de pensión mínima.	En el caso de retiro programado o renta temporal la garantía del Estado de pensión mínima operará cuando se agote la cuenta y para renta vitalicia, cuando la renta sea inferior a la pensión mínima. Para pensión de invalidez aplica al agotar el saldo.	En forma inmediata, cuando la renta vitalicia que le correspondería al trabajador - pensionado sea menor a la pensión mínima garantizada.
Beneficiario no acreditado oportunamente.	Al proceder, las pensiones de sobrevivencia se recalculan, incluyendo a todos los beneficiarios y las nuevas pensiones se determinan en función del saldo de la cuenta o de las reservas no liberadas de la aseguradora.	Si procede, se calcularán nuevamente los porcentajes, en base a las reglas establecidas, y si existiese diferencia en el monto constitutivo, el IMSS la cubrirá.
Conservación de derechos.	Los doce meses siguientes a la fecha en que causo baja del régimen previsional.	Al dejar de pertenecer al régimen obligatorio, conservará sus derechos a pensión en los seguros de invalidez y muerte, por un periodo igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contado a partir de la fecha de su baja, el cual será mínimo de 12 meses.

Prestaciones otorgadas por invalidez y vida.

Concepto	Chile	México
Prestaciones por muerte del asegurado o pensionado por invalidez.	Pensión de Viudez. Pensión de Orfandad. Pensión de Ascendientes. Cuota mortuoria.	Pensión de Viudez. Pensión de Orfandad. Pensión de Ascendientes. Ayuda asistencial a la pensionada por viudez. Asistencia Médica. Ayuda para gastos funerarios.

SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO

Concepto	Chile	México
Prestaciones al asegurado por invalidez.	Pensión de invalidez.	Pensión de invalidez. Asignaciones familiares. Ayuda asistencial. Asistencia médica
Determinación del ingreso base.	El monto que resulta de sumar las remuneraciones o rentas de los últimos 10 años anteriores al mes de ocurrencia del fallecimiento o declaración de la invalidez, actualizados a las variaciones del INPC entre el último día del mes que fue percibido o declarado el ingreso y el último día del mes anterior a la fecha a la cual se están actualizando, entre 120; para afiliados con menos de 10 años, por enfermedad el mínimo es 2 años y por accidente el tiempo laborado, y se expresa en U.F.	El SBC de las últimas 500 cotizaciones semanales anteriores al otorgamiento, actualizadas a la variación del INPC. (La cuantía obtenida incluyendo asignaciones familiares y ayuda asistencial no podrá exceder el 100% del salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía de la pensión, ni inferior a la pensión mínima garantizada por el Estado.
Importe de la pensión.	70% del ingreso base, para trabajadores activos por invalidez total. 50% del ingreso base, para trabajadores activos por invalidez parcial. Con invalidez total 50% del ingreso base para trabajadores con hasta 12 meses sin laborar. 35% del ingreso base, para trabajadores con hasta 12 meses sin laborar, por invalidez parcial.	El equivalente al 35% del ingreso base más las asignaciones familiares y ayuda asistencial.
Beneficiarios por fallecimiento.	La cónyuge o cónyuge inválido, antigüedad de 6 meses o 3 años si era pensionado, excepto con hijos comunes. Los hijos solteros <18 años de edad ó > 18 años y < de 24 si estudian o ser o estar inválido. Antes de cumplir 18 ó 24 años. La madre de hijos naturales, soltera o viuda; y vive a expensas del causante. Si hay 2 o + cónyuges o madres de hijos naturales, al fallecer éste, el beneficio se divide por el total con derecho. Sin cónyuge, los hijos recibirían por partes iguales el porcentaje establecido para la cónyuge con hijos. A falta de los anteriores, los padres si son causantes de asignación familiar.	La cónyuge o concubina del asegurado o pensionado por invalidez, o con la que hubiera tenido hijos si están libres de matrimonio, si son varias concubinas, no se otorga. El viudo o concubinario que dependía económicamente de la asegurada o pensionada. El derecho se acredita con más de un año de matrimonio o hijos comunes. Hijos <16 años, prorrogándose hasta la edad de 25, si estudia y no es sujeto del régimen obligatorio o si esta incapacitado por el tiempo que subsista la incapacidad. A falta de los anteriores los ascendientes del asegurado.
Pensión a los beneficiarios de sobrevivencia (porcentajes sobre la pensión del causante).	50% la cónyuge o cónyuge inválido total con hijos con derecho y 60% sin hijos con derecho. 36% el cónyuge inválido parcial, con hijos con derecho a pensión y 43% sin hijos con derecho	90% la cónyuge, concubina o el cónyuge o concubino dependiente económico. 20% los hijos con derecho .

SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO

Concepto	Chile	México
Continuación...	30% la madre de hijos naturales reconocidos por el causante, con hijos con derecho a pensión y 36% cuando los hijos dejen de tener derecho a pensión. 15% cada hijo reduciéndose a 11% en hijos inválidos parciales al cumplir 24 años de edad. A falta de los anteriores: 50% los padres que son causantes de asignación familiar.	30% los hijos con derecho, huérfanos de padre y madre. Ayuda asistencial por viudez, 20% de la pensión de viudez si se requiere asistencia permanente, en base a dictamen médico.
Distribución porcentual de la pensión a los sobrevivientes.	Si la suma de estos porcentajes fuere inferior o superior a cien por ciento, dichos porcentajes deberán recalcularse utilizando el resultado de la suma como nueva base de cálculo.	La suma de las pensiones otorgadas no debe exceder el monto de la pensión de invalidez del pensionado. Si así fuera, se reducirán proporcionalmente cada una de las pensiones. Al extinguirse el derecho de alguno de los pensionados se hace nueva distribución entre los restantes, sin rebasar las cuotas parciales ni el monto total de estas.
Elección de la modalidad de pago de la pensión.	Renta vitalicia inmediata (RVI). Renta temporal (RT) con renta vitalicia diferida (RVD). Retiro programado.	Renta vitalicia inmediata.
De la renta temporal con renta vitalicia diferida.	1er pago RT. >= RVD siempre que la RVD >= 50% 1er pago RT. No obstante, se podrá anticipar la fecha de inicio de pago de la RVD, al disminuir el monto de la renta, siempre que sea mayor o igual a la pensión mínima ó pagar una prima adicional del saldo de la CCI o CV ó una combinación de las anteriores.	No aplica.
Tasa de interés para el cálculo de la renta temporal.	Lo que resulte menor entre, la rentabilidad real promedio de la cuota del fondo de pensiones respectivo y el promedio ponderado entre, la rentabilidad real de la cuota del fondo de pensiones respectivo y la tasa de interés implícita en las rentas vitalicias otorgadas según la ley. Ajustándose anualmente.	Para el caso de la Renta vitalicia inmediata las aseguradoras utilizan un interés real anual del 3.5%.
Opción de cambio.	De retiro programado o renta temporal a renta vitalicia inmediata.	Ninguna.
Opción de pago a los sobrevivientes.	Aplica por acuerdo de la totalidad de los beneficiarios, pudiendo escoger cualquiera de las opciones establecidas; mientras no se ejerza la opción, los beneficiarios quedarán afectos a la modalidad de retiros programados.	Aplica la Renta vitalicia inmediata.
Cuota mortuoria / Ayuda de gastos funerarios.	Consistente en el retiro del equivalente a 15 Unidades de Fomento de la respectiva cuenta individual o a cargo de la aseguradora si estuviere pagando una renta vitalicia.	Este beneficio es por dos meses del salario mínimo general que rija en el D.F. en la fecha del fallecimiento.

SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO

Concepto	Chile	México
Suspensión del beneficio por invalidez.	3 años después del 1er dictamen que otorga el derecho, las Comisiones Médicas citarán al afiliado para emitir el 2do dictamen que ratifique o modifique el derecho. Si no se presenta se suspende el pago de su pensión. Entendiéndose cesada la invalidez.	Suspensión del pago de la pensión por rehabilitación o por que el pensionado se niegue a someterse a exámenes o tratamientos médicos prescritos o abandone éstos, la suspensión subsistirá mientras el pensionado no cumpla con los ordenamientos del instituto, devolviendo el saldo a la Afore.
Por Fallecimiento.	No aplica.	Por matrimonio del cónyuge o concubino(a) viudo(a).
	Por ingreso al régimen obligatorio de hijos de 18 años o más	Por ingreso al régimen obligatorio de hijos de 16 años o más, aunque estudien, mayores de 16 años si no estudian o mayores de 25 años.
	Por recuperación de la capacidad de trabajo del hijo incapacitado.	Por recuperación de la capacidad de trabajo del hijo incapacitado.
Pensión límite para disposición del excedente en el fondo.	Al contratar una renta vitalicia $\geq$ 120% la pensión mínima de vejez y al 70% del promedio de las remuneraciones percibidas y rentas declaradas, ajustadas al IPC.	1.30 veces la pensión mínima garantizada.
Retiros de excedentes de libre disposición al llevar a cabo la contratación de la pensión:	Se paga un impuesto único sobre el 10% del monto total del retiro, sin que estos retiros se adicionen a otras rentas del pensionado para la declaración y pago de cualquier otro impuesto; cuando fallece el afiliado, se exenta hasta 4,000 U.F.	Se dispone de los excedentes libremente, no aplica ningún impuesto.

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO
PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO**

Prestaciones.

Los cambios que se realizaron entre la anterior y la nueva ley del Seguro Social son básicamente con respecto a la pensión y son los siguientes:

- Requisitos para ser sujeto del derecho.
- Determinación de la pensión.
- Actualización.

Requisitos para ser sujeto del derecho.

El requisito para gozar del beneficio es acreditar las semanas de cotización, las cuales se mantienen para el caso de invalidez de 75% o más, pero para el caso de invalidez superior al 50% hasta menos del 75% se modifica este requisito a 250 semanas, prácticamente 2 años más de cotizaciones, lo que reduce el número de trabajadores cubiertos, ya que con el cambio de ley todos los que estén entre las 150 y 250 semanas y presenten la invalidez menor al 75% no quedan amparados si ingresaron a partir de julio 1997 y sólo tendrán oportunidad de disponer del saldo acumulado en su cuenta individual a la fecha de determinación de procedencia de la invalidez; los que hayan estado vigentes en la ley anterior y no cumplan el requisito, quedarán cubiertos por la misma.

En cuanto al requisito de semanas de cotización por fallecimiento, estas no sufren modificación, manteniendo la cobertura por lo que no se afecta a los beneficiarios del trabajador.

Determinación de la pensión.

El salario base de cotización se amplía a 25 veces el salario mínimo, con lo que se está beneficiando a los trabajadores que cotizan en el rango de 11 a 25 veces de salario a quienes ya no se les aplicará el tope de 10 salarios, con esto obtendrán un importe de pensión mayor al que les correspondería con esa limitación.

Monto de la pensión.

Con la fórmula de cálculo de la ley anterior, el trabajador de 150 hasta 500 semanas cotizadas que se invalidaba sólo podía aspirar a la pensión mínima equivalente a un salario mínimo vigente en el Distrito Federal (o sus beneficiarios en caso de fallecimiento y pago del 100% de la pensión de invalidez), ya que el porcentaje de pensión a que se tenía derecho era: Para ingreso de un salario mínimo, el 80% del salario y al ir incrementando el salario se iba decrementando el porcentaje hasta llegar a más de seis salarios con un beneficio del 13% de ese ingreso como pensión, manteniéndose ese porcentaje fijo hasta el ingreso de 10 salarios mínimos. Con lo que se obtiene que apenas para un ingreso equivalente a 8 salarios se alcanzaba un salario mínimo y para 10 salarios 1.3 veces el salario mínimo de pensión, lo que representaba una pérdida económica irreversible, pasando de una posible autosuficiencia a una precaria situación.

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO
PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO**

Aunado a esto, la determinación del ingreso se obtenía con el promedio de los salarios base de cotización de las últimas 250 semanas cotizadas o las que se hubieran cotizado, si el periodo fuese menor, obteniendo así el salario promedio, dividiéndose este entre el salario mínimo vigente para obtener el salario expresado en número de veces el salario mínimo que se utilizaba de base para calcular la pensión, lo que producía un efecto de disminución del ingreso que se tomaba de base con respecto a los ingresos percibidos en número de veces el salario mínimo, durante las semanas valoradas.

Por lo que la única garantía bajo la ley anterior era utilizar de base para la determinación de la pensión, la garantía establecida por reforma de ley en junio de 1994, que establecía "la pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada incluyendo las asignaciones familiares y ayudas asistenciales, que en su caso correspondan, no podrá ser inferior al 100% del salario mínimo general que rija para el Distrito Federal".

Bajo la nueva ley, la pensión otorgada es el 35% del salario promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización anteriores al otorgamiento de la misma, actualizadas conforma al INPC (o las semanas que se tengan acreditadas al Instituto).

Con esto se busca que la base de valuación utilizada sea el promedio de los ingresos reales percibidos en la vida laboral o un porcentaje muy cercano a este; en la medida en que su ingreso no haya presentado variaciones muy significativas en el periodo de evaluación, el mismo se acercará al salario final percibido.

El porcentaje que se aplica sobre el ingreso obtenido es el 35%, lo que redunda en un beneficio significativo con respecto al anterior esquema, ya que al igual que en la ley anterior existe una pensión mínima de un salario mínimo de julio de 97 actualizado en febrero de cada año por inflación³, lo que redunda en un beneficio acumulativo al pensionado comparativamente con el incremento al salario mínimo.

Ingreso promedio expresado en No. de veces el Salario Mínimo:	Pensión expresada en veces el Salario Mínimo:
3	1.05
6	2.10
10	3.50
15	5.25
20	7.00
25	8.75

De esta manera, ahora el pensionado obtiene una pensión que aún cuando no es acorde a sus necesidades, le representa una mejoría en el nivel de beneficio.

Actualización.

Bajo la ley anterior la cuantía de las pensiones otorgadas son revisadas cada vez que se modifica el salario mínimo, incrementándose con el mismo aumento porcentual que corresponda al salario mínimo general del Distrito Federal, en tanto que las pensiones por

³ Artículo 168 de la Ley del Seguro Social.

⁴ \$1,240.25 importe de pensión mínima garantizada vigente a partir de febrero 2000

SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO
PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO

invalidéz y vida otorgadas bajo la nueva ley son incrementadas anualmente en el mes de febrero conforme al índice nacional de precios al consumidor, esto lleva consigo una ventaja implícita para el pensionado, quién ha tenido la experiencia desde los años 70's del impacto que tiene la inflación en la pérdida de valor adquisitivo, y que en este mismo período el salario ha decaído notablemente al crecer por abajo de la misma, tomando de referencia el período de enero de 1981 a diciembre de 1999, la inflación ha aumentado cerca de 4 veces lo que ha aumentado el salario⁵.

Esta medida es una garantía para el pensionado, siempre que las variables económicas se encuentren controladas y el Estado este en posibilidad de responder ante el compromiso de mantener las condiciones de estabilidad, para que él u otros organismos otorguen tasas de inversión de rendimiento real, ya que esto es la base para su buen funcionamiento.

⁵ Incremento del salario mínimo, período enero 1981- diciembre 1999 179.48%, incremento INPC mismo período 696.33%

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO
FUNCIONAMIENTO**

La diferencia básica entre el funcionamiento del sistema anterior y el nuevo esta dado en los siguientes aspectos:

- Aplicación de los recursos.
- Disminución en la participación del riesgo cubierto por el Instituto.
- Administración y pago del beneficio.
- Cobertura(s) adicional(es).

Aplicación de los recursos.

Uno de los cambios fundamentales es la aplicación de los recursos captados, ya que ahora en lugar de ser utilizados para afrontar el pago de las pensiones en curso de pago bajo el concepto de sistema de reparto intergeneracional, aplica como una cobertura de riesgo, asegurando a todos los trabajadores expuestos que cotizan y cumplen las condiciones establecidas, el pago del capital necesario para cubrir el valor presente de la pensión o pensiones correspondientes y el seguro de sobrevivencia, descontando de este monto el saldo de la cuenta individual existente a la fecha.

Si el monto de la pensión calculada es menor a la pensión mínima garantizada, el Estado aporta la cantidad necesaria para alcanzarla.

Con esto se cambia por completo el concepto de integración del beneficio.

Disminución en la participación del riesgo cubierto por el Instituto.

Partiendo de la base de que la responsabilidad del Instituto era cubrir el pago de las pensiones durante todo el tiempo que procediera, sobre el total de casos acumulados con los fondos reunidos periódicamente más las reservas constituidas para este fin, ahora hace una labor de administración de los recursos, para que los mismos sean suficientes para afrontar el valor actuarial presente menos el saldo en el fondo, de los casos que se presenten en cada periodo, con lo cual se evalúa inmediatamente cada periodo, presentando utilidad o insuficiencia (que puede representar generación o liberación de reserva), dependiendo de los resultados presentados, esto permite saber casi de manera inmediata si existen o no márgenes y el comportamiento de los índices de morbilidad y mortalidad para tomar decisiones y aplicar soluciones inmediatas y correctivas a la realidad.

Administración y pago del beneficio.

La administración ya no la realiza el Instituto, por lo que ya no es sujeto obligado de cubrir el pago de la pensión por Ley, ahora esto se deja a cargo de las aseguradoras de pensiones, quienes mediante un contrato, establecen el compromiso del pago de la(s) pensión(es) por los periodos señalados por Ley y ofreciendo servicios y beneficios adicionales que representan un aspecto atractivo y benéfico del cambio.

Cobertura(s) adicional(es).

Estas coberturas como ya se comento son opcionales y las ofrecen las aseguradoras como aspecto de competencia para ser elegidas por el pensionado, lo que antes no existia y redundaba en beneficio económico o de cobertura, generalmente para el titular de la póliza.

**SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO**

Concepto	Requisitos	
	Ley Anterior	Nueva Ley
Continuación...	los trabajadores activos.	la pensión garantizada y el seguro de sobrevivencia. Cubre al trabajador activo que sufre el riesgo.
Responsabilidad de las instituciones involucradas:	El IMSS absorbe la responsabilidad de cubrir el pago de las pensiones de invalidez y vida, establecidas por la Ley del IMSS, a través de las cuotas que percibe, así como la ayuda de gastos funerarios.	El IMSS cubre la ayuda de gastos funerarios y la Suma Asegurada en riesgo al determinarse la invalidez total y permanente o al ocurrir el fallecimiento, transfiriendo este monto a la aseguradora elegida, quien cubre el pago de las pensiones.
Conformación del monto constitutivo de la pensión	Este concepto no existe, del fondo bimestral que se genera de las cuotas del personal activo y de las reservas existentes con este fin, se pagan las pensiones mensuales.	Cuenta Individual, Cantidad neta en riesgo (por invalidez o muerte) por el IMSS y Apoyo Estatal para integrar la pensión mínima garantizada.
Retiros de excedentes de libre disposición al llevar a cabo la contratación de la pensión:	El saldo de las subcuentas de ahorro e infonavit antes del cambio de ley.	Se aplica al importe excedente después de contratar una pensión de 1.3 veces la PMG y el seguro de sobrevivencia del saldo de la cuenta individual, así como el saldo de las subcuentas de ahorro e infonavit antes del cambio de ley, esto libre de impuestos.
Lineamientos aplicables al pensionado que reingresa al régimen obligatorio.	El pago de las pensión de invalidez se suspenderá durante el tiempo en que el pensionado desempeñe un trabajo comprendido en el régimen del Seguro Social. No aplica cuando ocupe con diverso salario un puesto distinto al que desempeñaba al declararse ésta.	Se suspenderá la pensión durante el tiempo en que el pensionado desempeñe un trabajo en un puesto igual a aquél que desarrollaba al declararse ésta.

CAPÍTULO VI.

Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

TEMAS.

1. Alcances, cobertura y método de financiamiento.
2. El SAR.
3. Principales diferencias existentes con respecto al sistema Chileno.
4. Comparación entre el anterior y el nuevo seguro de retiro.
 - 4.1. Las prestaciones que otorga este seguro.
 - 4.2. Su funcionamiento y las cuentas individuales.

Los cambios a la ley en el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez presentan expectativas de cambio a largo plazo, ya que aunque la ley marca que una vez en operación el trabajador tendrá derecho a solicitar ambas propuestas para elegir, la realidad es que hasta la fecha se aplica la ley anterior, probablemente porque desde un principio se estableció que la generación del fondo en la cuenta individual requería de un periodo de tiempo que permitiera la constitución del mismo (probablemente un mínimo de 10 años), por lo que aún cuando la autoridad ya está participando en la determinación de las bases técnicas para su operación, se desconoce su posible aplicación a corto o mediano plazo.

Una vez que se aplique este proceso, el pensionado podrá comparar lo que le ofrece el anterior y el nuevo sistema, con lo cual efectuará su elección, y el desarrollo y crecimiento de las pensiones captadas en el nuevo sistema tendrán un efecto más lejano, en la medida en que el nuevo sistema no satisfaga sus necesidades.

Por lo tanto, el IMSS como administrador del pago de las pensiones continuará jugando un papel importante en este ramo hasta que el mismo Estado determine adecuaciones que vayan cediendo la operación del mismo al nuevo aparato de empresas privadas constituido para este fin ó que el sistema por sí sólo sea una opción satisfactoria y la mayor parte de los pensionados decidan abocarse a ella.

Alcances.

El alcance de los cambios a este ramo es beneficiar al trabajador y no afectar al patrón, dando solución al problema de inminente inviabilidad financiera del Seguro Social para afrontar el pago de las pensiones en este rubro, buscando así lograr la suficiencia del ramo, lo cual podrá cumplirse en la medida en que se abra la posibilidad al pensionado en periodo de transición de seleccionar entre la aplicación de la anterior y la nueva ley y obtenga mejores o semejantes alternativas de beneficio bajo el nuevo sistema.

El trabajador ahora tiene un mecanismo de ahorro transparente, es dueño del mismo y el objetivo es obtener una pensión más justa que tenga relación directa al salario percibido, a sus logros personales y al tiempo cotizado.

Con esto, cada trabajador que haya formado parte del régimen obligatorio, tendrá constituido su fondo, no importando el número de años laborados, por lo que beneficia a un mayor número de personas, ampliando así su cobertura, en su afán de lograr la universalidad, mediante este soporte y una mayor consciencia del beneficio final, las personas que dejen de laborar o pasen a formar parte de los trabajadores independientes o con negocio propio, el sistema les da la oportunidad de seguir aportando en su cuenta individual para alcanzar o mejorar la obtención del beneficio, o en caso de que esto no se cumpla, devolverles el saldo alcanzado al llegar a la edad de jubilación.

Se mantiene la misma aportación que realizaba el patrón bajo el sistema anterior, con lo que no se afectan las fuentes de trabajo, ni se incrementa el costo del empleo.

Para el Estado representa un costo social importante, puesto que el IMSS al ya no percibir ingresos por cuotas bajo este concepto para el pago de las pensiones en curso de pago, más

las nuevas pensiones que se van integrando al grupo debe hacer uso de las reservas existentes y cubrir las diferencias con aportaciones del Estado, pero a la vez el beneficio que este cambio le representa al Estado bajo las nuevas bases, es que el ahorro de los trabajadores se convierte en un importante motor de crecimiento para la economía del país.

Cobertura.

El seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez busca garantizar una pensión mínima al trabajador que cumpla con la cotización de un mínimo de 1250 semanas en el IMSS (24 años y 2 semanas) durante su vida activa. La pensión mínima que garantiza el Estado es un salario mínimo del Distrito Federal vigente al 1o de julio de 1997, actualizado anualmente por inflación en el mes de febrero, el beneficio se gana por derecho con las semanas de cotización y la edad alcanzada en el rango de 60 a 65 años, siempre que ya no se encuentre en condiciones de laborar o haya sido separado del trabajo.

Para tener derecho a la pensión, el trabajador debe cumplir los requisitos señalados, aunque la nueva ley establece cierta flexibilidad y la posibilidad de que el trabajador analice su situación y decida, al permitirle jubilarse antes del rango de edad señalado, siempre que su saldo en la cuenta permita la adquisición de un seguro de sobrevivencia y una pensión mayor en un 30% a la pensión mínima garantizada, de igual manera el trabajador que aún rebasando la edad de 65 años no pueda jubilarse por no alcanzar las semanas de cotización requeridas, puede continuar laborando si su condición física y mental se lo permite hasta cubrir el requisito o de no ser así, disponer del saldo existente en la cuenta a la fecha de retiro, terminando así toda obligación constituida por ley en lo que se refiere a prestaciones económicas.

Con esto se establece como responsabilidad del Estado garantizar la pensión mínima y se deja abierta al trabajador la posibilidad de realizar aportaciones voluntarias, adicionales a lo establecido por ley, para que le permitan alcanzar una pensión más acorde a sus necesidades, de acuerdo a sus posibilidades de ahorro.

Una de las grandes ventajas que tiene el trabajador en este nuevo sistema es la posibilidad de acceder a instrumentos de inversión que como pequeño ahorrador nunca podría obtener, permitiéndole invertir sus propios recursos en la subcuenta de aportaciones voluntarias, para obtener un capital independiente que puede utilizar libremente con la restricción de disponer del saldo en periodos previamente establecidos y con el gran beneficio de que todo el saldo que acumule en esta subcuenta es libre de impuestos.

Cuando el asegurado califica para ser pensionado por retiro, cesantía en edad avanzada o vejez, tiene derecho a elegir alguna de las opciones previstas por ley, que son:

- I. Contratar una renta vitalicia con una aseguradora o
- II. Retiros programados con la Afore.

Cabe hacer mención que hasta la fecha estas opciones no se llevan a la práctica, ya que se vienen analizando las bases de operación y su fecha de inicio, considerando el monto

constitutivo requerido y el fondo constituido, por lo que se aplican las bases establecidas en la ley anterior.

Es importante subrayar que en este beneficio de cesantía en edad avanzada y vejez, el pensionado que haya empezado a cotizar al Seguro Social antes de julio de 1997, tendrá siempre la alternativa de elegir entre la pensión que se determine bajo la ley anterior y la nueva.

I. Contratar una renta vitalicia con una aseguradora.

Al operar la nueva ley con este esquema, el pensionado podrá evaluar del grupo de aseguradoras autorizadas, la de su elección, la cual le ofrecerá una pensión vitalicia calculada de acuerdo al saldo constituido en su cuenta individual más uno o varios beneficios adicionales que la aseguradora pueda otorgar de manera garantizada y que están amparados en el rendimiento adicional que la misma espera captar sobre la inversión de la reserva de estos planes de seguro.

En caso de que el saldo de la cuenta no sea suficiente para alcanzar la pensión mínima garantizada, no podrá contratarse la pensión con la aseguradora, cubriéndose el seguro de sobrevivencia y quedando a cargo de la Afore la administración y el pago del beneficio hasta el agotamiento del saldo, llegando a este punto, el Estado a través del IMSS continuará el pago de la pensión

Cuando el saldo permita contratar la pensión con la aseguradora, la misma tendrá el compromiso de pagar:

- La pensión vitalicia.
- Los beneficios adicionales pactados.
- El seguro de sobrevivencia.

Pensión vitalicia.

De acuerdo al saldo de la cuenta individual y una vez descontado el seguro de sobrevivencia, se calculará el importe de la pensión, la cual es vitalicia para el titular de la cuenta, quién en la mayoría de los casos se jubilará al ganar el derecho entre los 60 y 65 años.

En caso de que el saldo constituido sea mayor al requerido para contratar una pensión de 1.3 veces la pensión mínima garantizada, el excedente se puede utilizar, ya sea para incrementar la pensión, recibir el saldo sobrante en un sólo pago o incrementar el seguro de sobrevivencia cuando existan dependientes económicos en base a la Ley del IMSS; en todos los casos la pensión que se contrate se actualizará anualmente al índice nacional de precios al consumidor.

Esta pensión, al igual que la de invalidez y vida y la de riesgos de trabajo, cuenta con todo un esquema de apoyo para garantizar su pago, ya que adicionalmente a las bases demográficas utilizadas, (al estimar una tabla de mortalidad que llega hasta los 110 años y

una tasa de interés real del 3.5% anual) se le establece a cada aseguradora la obligación de constituir las reservas adicionales y el fondo especial señalados en el capítulo IV tema 3.1.

Beneficios adicionales.

Están basados en los lineamientos señalados en el capítulo IV tema 3.1.

Seguro de sobrevivencia.

Este seguro permite garantizar el pago de la pensión a los dependientes económicos del pensionado a partir de su fallecimiento, de acuerdo a las bases señaladas por la Ley del IMSS, de tal manera que al hacer efectiva su pensión por cesantía en edad avanzada o vejez, el pensionado adquiere este seguro que se calcula sobre su esperanza de vida conjunta con sus dependientes económicos sujetos de este seguro, apegándose para tal efecto lo señalado en el capítulo IV tema 3.1, referente a los beneficiarios del asegurado o pensionado fallecido, aplicando los porcentajes señalados en invalidez y vida.

II. Retiros programados en la afore.

Las Afores absorberán todos los casos en que el fondo constituido sea insuficiente para adquirir la pensión mínima garantizada por el estado, por lo que en la medida en que este fondo resulte insuficiente aún transcurrido el período establecido de las 1250 semanas cotizadas, los trabajadores que caigan en ese caso saldrán perjudicados, ya que no entrarán a la posible competencia entre aseguradoras y afores por captar esa pensión y pasarán a ser mercado cautivo de las Afores, quienes únicamente ofrecerán la administración del fondo, cobrando un gasto administrativo por el pago mensual de la pensión, que probablemente se actualizará en base al incremento en el costo de los servicios, perjudicando a todo este grupo aún cuando el rendimiento que ofrezcan las afores una vez descontados los gastos, resulte mayor al utilizado en el cálculo del plan de pensiones por las aseguradoras, ya que ellos no recibirán de manera directa ese beneficio.

Todos los demás casos que cumplan con el fondo necesario para la adquisición de una pensión mayor o igual a la mínima garantizada una vez contratado el seguro de sobrevivencia, tendrán la opción de elegir entre: Aseguradora o Afore.

En caso de optar por retiros programados en una Afore, el pensionado recibirá el importe que calcule dicha institución de acuerdo a esta modalidad. Para obtener los retiros programados, se calculará cada año una anualidad que será igual al resultado de dividir el saldo de la cuenta individual entre el capital necesario para financiar una unidad de renta vitalicia para el asegurado y sus beneficiarios, con la restricción de que por lo menos sea igual a la pensión mínima garantizada y la pensión mensual corresponderá a la doceava parte de dicha anualidad.

Las tablas para calcular la unidad de renta vitalicia se elaborarán anualmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, según marca la ley del IMSS.

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
ALCANCES, COBERTURA Y MÉTODO DE FINANCIAMIENTO.**

La Afore tiene autorizado el cobro de gastos administrativos por el pago mensual del beneficio y su obligación con el pensionado termina con el agotamiento del fondo, en caso de que el asegurado fallezca y existiese saldo, éste será pagado a sus beneficiarios y en caso de que el fondo se agote y el pensionado continúe con vida, se termina el beneficio de pensión, por lo tanto, el pensionado debe tener un completo conocimiento de esta opción para que al paso del tiempo no se vaya a sentir engañado o defraudado, ya que los casos en que se elija esta opción, puede funcionar si sus condiciones de vida (en base a su información particular de salud, edad de fallecimiento de sus ascendientes y sus facultades) están dentro de la esperanza de vida promedio o por abajo de ella y podría entrar en riesgo en base a su longevidad y a la posible disminución en las tasas de rendimiento real al paso del tiempo.

Método de financiamiento.

El método de financiamiento bajo la Nueva Ley busca ser de autosuficiencia para cada trabajador que cumple con el requisito establecido de 1250 semanas cotizadas, esto es que a través de los recursos que se le proporcionan dentro del régimen obligatorio y que conforman la cuota a la cual por ley tiene derecho, le permitan obtener la pensión necesaria que satisfaga sus necesidades en su vida no productiva, para lo cual se soporta en un cuidadoso sistema de administración e inversión que apoya el logro de este fin.

Pero existe la expectativa de que esto podrá lograrse para aquellos trabajadores que inicien su vida laboral junto con la entrada en operación de la Nueva Ley y no así con el grupo de trabajadores que se encuentran en período de transición, quienes aún cuando se les aplica el mismo criterio, su posibilidad de ahorro en el largo plazo estará sujeta al período de vida laboral que les resta y a las condiciones y circunstancias del entorno económico para su permanencia dentro del régimen obligatorio.

En cualquiera de los casos y bajo las diferentes circunstancias que se presenten, el método de financiamiento que se aplica para cubrir el costo de la pensión por retiro, cesantía en edad avanzada y vejez es:

1º. El fondo constituido con las cuotas aportadas durante la vida laboral del trabajador desde el 1o de julio de 1997, hasta su fecha de retiro, las cuales están conformadas por:

Ramo	Aportación	Cuota	% sobre el salario base de cotización
Retiro	Patronal		2%
Cesantía y Vejez	Patronal	3.150	4.5%
	Trabajador	1.125	
	Estatal	0.225	
Cuota Social	Estatal	\$1.45*	5.5% del salario mínimo diario del D. F. vigente a la fecha de ingreso al sistema, por cada día de salario cotizado El valor del mencionado importe inicial de la cuota social se actualiza trimestralmente conforme al INPC, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año.
Total			12% en caso del Salario Mínimo
Infonavit	Patronal		5%

* Es el 5.5% del salario diario vigente al 1o de julio de 1997

Las cuotas de retiro, cesantía, vejez y cuota social se invierten, buscando a través de la inversión acreditarles inflación y rendimiento real, para que no pierdan su valor adquisitivo.

La cuota de INFONAVIT no se invierte bajo el mismo mecanismo, ya que su destino es apoyar la creación de casa - habitación para el trabajador, por lo que únicamente se contabiliza en el fondo, ya que estos recursos son administrados por INFONAVIT y es esta institución quién acredita un rendimiento anual en base a los intereses obtenidos.

2°. Siempre que el saldo constituido por el trabajador no sea suficiente para cubrir la pensión mínima garantizada ó la pensión y el seguro de sobrevivencia, según sea el caso, el estado participará cubriendo la diferencia necesaria para alcanzar este importe, el cual estará representado por el valor actuarial presente del pago de la pensión vitalicia del titular y de las pensiones de sus dependientes económicos conforme lo establece la ley del IMSS al ocurrir su fallecimiento. El apoyo por parte del Estado se aplicará de manera diferida, ya que al presentarse el caso, primero se cubrirá del fondo existente el seguro de sobrevivencia, del saldo restante, la administradora cubrirá el pago de la pensión mínima hasta agotar el fondo, y a partir de ese momento, entrará el apoyo del estado.

En la medida en que el fondo alcance a cubrir la pensión mínima, el estado no participará económicamente proporcionando este soporte, por lo que de acuerdo a las condiciones actuales, tendrá que afrontar la mayor parte del costo del beneficio al inicio de este sistema y con el paso del tiempo, este costo disminuirá significativamente en un plazo tentativo de 25 años.

En lo que respecta a los trabajadores que lleguen a su jubilación y opten por la aplicación de la ley anterior, el estado se encargará de afrontar el total del pago de las pensiones una vez agotadas las reservas existentes en el IMSS por este concepto, ya que los ingresos que administra el Instituto son para cubrir atención médica y hospitalaria de asegurados, dependientes y pensionados ; guarderías y cubrir el riesgo de invalidez y fallecimiento, así como a través del apoyo estatal cubrir las pensiones en curso de pago (determinadas antes del cambio de la ley del IMSS) y pensiones por cesantía en edad avanzada o jubilación, que se siguen otorgando bajo la ley anterior.

Ante la perspectiva de insuficiencia que desde finales de los 80's, se vislumbraba en el sistema de reparto para cubrir a los pensionados el beneficio mensual de pensión (importes mínimos en su mayoría) que otorgaba el IMSS y ante las demandas y protestas del grupo de jubilados por el importe insuficiente de las pensiones para subsistir, el Presidente de México propuso la adecuación de las pensiones de jubilados para que se estableciera como pensión mínima del trabajador jubilado el salario mínimo vigente en el Distrito Federal, esta decisión se llevo a cabo sin que el IMSS contará con un estudio previo de viabilidad, mismo que no hubiese resultado satisfactorio, ya que las reservas existentes no permitían hacer frente a esta modificación, que sin embargo, se implementó, siendo necesario soportarlo con recursos del Gobierno Federal al llegar a una situación de insuficiencia para el pago de las pensiones en curso.

Con este panorama en México y con la experiencia conocida a nivel internacional de los resultados satisfactorios obtenidos por el Gobierno Chileno en su Sistema de Pensiones, se vislumbraba la oportunidad que marcaba el rumbo seguido por Chile, para corregir el camino hacia una nueva forma de administrar los recursos de manera mas clara, con reglas y lineamientos que permitieran ya no disponer de estos recursos para solucionar diversos problemas, sino cuidando que los recursos tuvieran un cause bien definido y que no pudieran ser utilizados en otras necesidades que pudieran ser consideradas inmediatas a nivel de empresa, como sucedió a nivel institución en su marco nacional, al desviar los recursos a diversos rubros para darles prioridad y solución.

Al analizar el caso chileno y la factibilidad de implementarlo en México, el gobierno determinó poco factible su establecimiento, ya que su base de participación del 18% del salario (cubierta de origen por el patrón), canalizando 10% al fondo de retiro personal y 8% para cubrir invalidez, muerte y salud, no sería posible en el marco de referencia de la economía mexicana (en donde se destinaba 8.5% de aportación tripartita a IVCM), ya que aquí se estaba buscando un fuerte impulso para fortalecer el empleo y crear más fuentes de trabajo, reducir significativamente la inflación ofreciendo grandes oportunidades de desarrollo y crecimiento a los inversionistas, mano de obra barata y compromisos de trabajo más fuertes por parte de la fuerza de trabajo.

Con todos estos elementos y ante la necesidad de plantear alguna alternativa de solución al problema creciente del IMSS, de insuficiencia de recursos para el pago de las pensiones en el mediano plazo y por el tiempo que se había dedicado al análisis y posible aplicación del sistema chileno en México, se estableció como solución parcial para apoyar el programa de previsión social del Seguro Social, la creación del SAR (Sistema de Ahorro para el Retiro). basado en una aportación adicional del 2% del salario base de cotización de cada trabajador (cuota a cargo del patrón), con el objetivo de que al llegar a la edad de retiro, el trabajador pudiese disponer de este recurso para complementar su pensión ; iniciando su operación a partir del 30 de abril de 1992 y quedando regido por la Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro.

Este sistema se estableció sobre bases firmes, delimitando las responsabilidades y derechos de cada uno de los entes involucrados pero con un alcance muy limitado al manejarse como

complemento a la pensión determinada por la ley del IMSS con posibilidad de contratar una pensión adicional con ese fondo.

Los lineamientos sobre los cuales se estableció la Ley del SAR, vigente a partir de 1992 fueron los siguientes:

Cuenta individual para cada trabajador, conformada de dos subcuentas: la del seguro de retiro y la del fondo nacional de la vivienda.

Ajuste a la inflación del saldo de la subcuenta del seguro de retiro, con objeto de que no se viera afectada por la pérdida de valor adquisitivo, acreditándole un interés real mínimo del 2% anual.

La subcuenta del fondo nacional para la vivienda, se registra de manera individual y el interés que se le acredita es el obtenido y señalado por INFONAVIT, reinvirtiéndose en esta subcuenta.

La disposición de parte del fondo sólo se permitía en los siguientes casos:

Por incapacidad temporal del trabajador, al prolongarse por más tiempo que los periodos de prestaciones fijados por la Ley del Seguro Social, con derecho a disponer del 10% del saldo de la subcuenta del seguro de retiro.

Al acreditar no haber efectuado retiros en los 5 años inmediatos anteriores a la fecha de retiro, disponiendo del 10% del saldo de la subcuenta, siempre que el saldo sea mayor al equivalente de multiplicar por dieciocho el monto de la última cuota invertida en la subcuenta.

Y la disposición de la totalidad del fondo:

Por razones de una nueva relación laboral, al dejar de ser sujeto de aseguramiento obligatorio del IMSS y el saldo se abone en otra cuenta a su nombre en algún otro mecanismo de ahorro para el retiro de los que al efecto señale la CONSAR.

Al cumplir 65 años de edad o adquirir el derecho a disfrutar una pensión por cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez, incapacidad permanente total o incapacidad permanente parcial del 50% o más, en los términos de la ley del IMSS o de algún plan de pensiones establecido por el patrón o derivado de contratación colectiva, teniendo derecho a que se le entregue por cuenta del IMSS, los fondos de la subcuenta del seguro de retiro, para adquirir una pensión vitalicia, o entregárselos al trabajador en una sola exhibición, al solicitarlo por escrito, o en caso de muerte a sus beneficiarios.

Las instituciones de crédito fueron la entidad financiera autorizada para controlar y administrar los recursos junto con la información correspondiente a fin de llevar controles individualizados (cuentas individuales), integradas por las subcuentas mencionadas. Para

ello, el patrón ingresaba los recursos directamente en la institución de crédito a partir del tercer bimestre de 1992, y daba opción al trabajador de realizar aportaciones voluntarias, las cuales podían canalizarse a través del patrón o ser depositadas directamente por el trabajador.

En la parte operativa, las responsabilidades de cada una de las partes involucradas fueron las siguientes:

Obligaciones del patrón:

Abrir la cuenta individual de cada trabajador en la entidad autorizada elegida por el patrón y proporcionar la información relativa a cada trabajador, haciendo éste su designación de beneficiarios.

Enterar al IMSS las cuotas del ramo de retiro.

Entregar los recursos en institución autorizada para su abono en la subcuenta del seguro de retiro de la cuenta individual de cada trabajador. Y en caso de terminación laboral la última cuota o la parte proporcional correspondiente.

Entregar a cada trabajador el comprobante respectivo expedido por la institución de crédito o entidad financiera elegida.

Cumplir con la obligatoriedad de entregar a sus trabajadores sus comprobantes junto con el último pago de sueldo de los meses de febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre de cada año.

Obligaciones y derechos del trabajador:

En cada nueva relación de trabajo, proporcionar al patrón su número de cuenta y la denominación de la institución que la opera, para tener una cuenta única de ahorro para el retiro, independientemente del régimen previsto en la Ley del IMSS o en la Ley del ISSSTE o ambos.

Notificar a la SHCP directamente o a través de la CONSAR, o al IMSS, el incumplimiento de las obligaciones a cargo de los patrones.

Por todo el tiempo que no este sujeto a una relación laboral, realizar aportaciones a su subcuenta del seguro de retiro por un importe no inferior al equivalente a 5 días de SMGDF.

Disponer del 10 % del saldo de la subcuenta de retiro, con las condiciones preestablecidas.

Hacer aportaciones adicionales a su cuenta individual.

Obligaciones y derechos de las instituciones o entidades financieras a cargo de las cuentas:

Cargar mensualmente a las subcuentas la comisión autorizada por la CONSAR.

Recibir por cuenta y orden del IMSS y del INFONAVIT los depósitos de patrones para abono en las cuentas individuales a favor de sus trabajadores.

Informar a los trabajadores a quienes les lleven su cuenta, el estado de la misma, cubriendo los lineamientos establecidos por la CONSAR para este efecto.

Llevar las cuentas individuales de ahorro para el retiro actuando por cuenta y orden del IMSS, informando al público la ubicación de sus sucursales disponibles para los servicios relacionados con los sistemas de ahorro para el retiro.

Depositar las cuotas recibidas a más tardar el cuarto día hábil bancario inmediato siguiente al de su recepción, en la cuenta que el Banco de México le lleve al IMSS.

Traspasar la cuenta a otra institución autorizada, a petición del trabajador, cobrando su comisión, la cual será descontada al trabajador del saldo de su cuenta.

Cobrar una comisión mensual del $.005/360 * (\text{número de días del mes que se trate}) * \text{Saldo promedio diario mensual de la subcuenta de retiro correspondiente al mes por el que se pague la comisión citada}$, estableciéndose ésta como suficiente para recuperar los costos y obtener un margen de utilidad.

Entregar los fondos acumulados en la cuenta del trabajador en los planes de pensiones establecidos por patrones o derivados de contratación colectiva, en los casos en que así se establezca.

Abrir las cuentas de personas físicas que no tengan relación laboral, directamente en estas instituciones, en cualquier otro caso corresponde al patrón hacerlo.

Instrumentos de inversión.

A partir de la aplicación del SAR se creó la UDI (Unidad de inversión), cuyo valor esta reflejado por la inflación acumulada desde la fecha de su origen hasta el penúltimo mes transcurrido, haciendo el corte quincenal y aplicando el factor de inflación con diferimiento de un mes. Este instrumento de inversión en UDI's, crece al ritmo de la inflación con un acreditamiento de tasa de interés real, para apoyar la base requerida y garantizar el crecimiento de los fondos en función a la inflación (al igual que se aplica en el Sistema Chileno), este instrumento de deuda es generado por el Gobierno Federal, de tal manera que el saldo de la subcuenta del seguro de retiro se ajusta y devenga intereses en los términos y condiciones previstos.

El Banco de México invirtió estos recursos en créditos a cargo del Gobierno Federal, ajustándose el saldo de estos créditos al fin de cada mes a la variación porcentual del INPC publicado por el Banco de México, correspondiente al mes inmediato anterior al del ajuste y acreditándose intereses a una tasa no inferior al dos por ciento anual, pagaderos mensualmente mediante su reinversión en las respectivas cuentas. Aplicable sobre el saldo promedio diario mensual de los propios créditos, siendo determinada la tasa por la SHCP en función de los rendimientos en términos reales de los valores a largo plazo que circulen en el mercado, emitidos por el Gobierno Federal o, en su defecto, por emisores de la más alta calidad crediticia.

Necesidades del cambio.

El origen de los problemas presentados en el funcionamiento del SAR vigente a partir de 1992 hasta su modificación al llevarse a cabo el cambio integral a partir de julio de 1997 en la Nueva Ley del Seguro Social, estuvieron basados en que no se le dio la importancia debida al control y detalle de la información, al designar a instituciones bancarias como controladoras, las cuales no contaban con el soporte automatizado adecuado para el control individual, los recursos humanos para la adecuada validación de la información, así como la imposibilidad de acceder los recursos para optimizar los rendimientos del fondo de la subcuenta de retiro. El condicionamiento de un rendimiento mínimo garantizado sobre la inversión de los recursos por el Banco de México fue satisfactorio en su momento, al no contar con algo similar disponible para apoyar las necesidades de garantía requeridas por este fondo y el costo fijo establecido por la autoridad como adecuado para la administración de la operación.

Lo anterior causó muchos problemas en la operación porque los bancos asumieron la responsabilidad como una operación más, sin controles adecuados sobre una inversión no realizada por ellos pero que debían distribuir y registrar a nivel individual, basándose en relaciones de trabajadores presentadas a través de formularios cuya suma de cuotas no siempre coincidía con el importe total depositado, y el volumen mensual y bimestral de transacciones de registro, todos estos aspectos redundaron presentando fallas en la calidad y detalle de la información y en el cumplimiento de la generación y entrega de estados de cuenta periódicos, presentándose errores y dando como resultado incumplimientos con el trabajador en la entrega de documentos y una operación no rentable con la comisión fija establecida por la autoridad, ya que los bancos estaban acostumbrados a obtener un margen bastante amplio por el manejo de los recursos en inversión y ante los requerimientos de tiempo de proceso, registro de movimientos, impresión de documentos y aclaraciones, quedo fuera de su control; al mismo tiempo el grupo de trabajadores, que aunque nunca había contado con acceso a un instrumento de inversión que creciera a tasas reales, estaba limitado a aceptar los términos y condiciones establecidas por ley y a la elección del patrón, aún cuando el servicio no fuera el adecuado; el proceso administrativo y responsabilidad del patrón en muchos casos rebasaba su capacidad, al asumir la responsabilidad de ser el canal de comunicación entre institución bancaria y trabajadores.

Aplicación de la nueva ley.

A partir del establecimiento de la nueva ley del Seguro Social es cuando México lleva a cabo la adaptación del sistema de pensiones Chileno, al aplicar los conceptos básicos que le dan funcionalidad y viabilidad en el largo plazo, creando la infraestructura necesaria para funcionar adecuadamente, así como la suficiente libertad de interacción de cada una de las partes con la finalidad de satisfacer las necesidades de sus participantes dentro de un marco de responsabilidad y bienestar común, a través de:

- La participación activa del trabajador en un mercado de libre competencia.
- El establecimiento de entidades financieras creadas exclusivamente para administrar las cuentas individuales: "Afores".
- Sociedades de inversión especializadas para la inversión exclusiva de estos recursos "Siefors".
- Base de Datos Nacional SAR y empresas operadoras.
- Cuenta concentradora controlada por Banco de México y SHCP.
- Sistema de pensiones privado: "Aseguradoras especializadas en el pago de Pensiones".

Participación del trabajador.

Se convierte en la parte fundamental del sistema, el trabajador es quién toma la decisión de donde administrar sus recursos, en que sociedad de inversión dentro de la administradora, decide si cambia de administradora mediante el previo conocimiento de la comisión que la misma cobra y el rendimiento que obtiene, y finalmente decide al llegar al momento de la jubilación.

Con esto el trabajador es quién debe estar mejor informado del comportamiento y resultados de todas las Afores y Siefors para estar al tanto de sus recursos y buscar la mejor opción para que esto se refleje en un mayor fondo en su cuenta individual en el largo plazo.

Puede traspasar su cuenta individual de una administradora a otra, una vez en un año calendario contado a partir del último cambio o cuando se modifique el régimen de inversión, de comisiones o la administradora entre en estado de disolución.

Así como tiene derecho al traspaso, también puede invertir sus recursos en otra sociedad de inversión, dentro de la misma administradora, efectuando el cambio una vez al año.

AFORES.- Administradoras de fondos para el retiro.

Se crean estas instituciones exclusivamente para administrar las cuentas individuales y canalizar los recursos de las subcuentas, así como administrar sociedades de inversión, con el objeto primordial de obtener una adecuada rentabilidad y seguridad en las inversiones de las sociedades de inversión que administren.

Directrices y lineamientos establecidos.

El límite de participación en el mercado de cada administradora está acotado a un máximo de diecisiete por ciento de participación en el mercado, pudiendo autorizar la Comisión un límite mayor a la concentración de mercado, siempre que esto no represente perjuicio a los intereses de los trabajadores, con objeto de mantener un adecuado balance y equilibrio en el sistema.

Comisiones.

El único ingreso neto disponible que tienen es el generado por el servicio prestado, esto es las comisiones, que se rigen por los siguientes criterios:

Se cobran a los trabajadores con cargo a sus cuentas individuales y a las aportaciones voluntarias por el servicio que prestan, y se pueden cobrar sobre el valor de los activos administrados, o sobre el flujo de las cuotas y aportaciones recibidas, aplicando un porcentaje sobre dichos conceptos, una cuota fija o una combinación de ambos.

No pueden cobrar comisiones de cuota fija por la administración de la cuenta y a las cuentas inactivas sólo está permitido cobrarles sobre su saldo acumulado.

Las comisiones se aplican sobre bases uniformes, sin discriminar a trabajador alguno, independientemente de los incentivos que se otorguen por permanencia o por ahorro voluntario y cada vez que se modifiquen estas, los trabajadores podrán traspasar sus recursos a otra administradora, no aplicando en este caso el límite de un traspaso anual y no cobrarán comisión por entregar los recursos a la institución de seguros que el trabajador o sus beneficiarios hayan elegido, para la contratación de rentas vitalicias o del seguro de sobrevivencia.

Funciones.

Abrir, administrar y operar las cuentas individuales de conformidad con las leyes de seguridad social.

Individualizar la subcuenta de vivienda, registrando las aportaciones y rendimientos de la misma con base en la información que le proporcione el INFONAVIT.

Recibir de los institutos de seguridad social las cuotas y aportaciones correspondientes a las cuentas individuales, y de los trabajadores o patrones las aportaciones voluntarias;

Llevar el registro individualizado de cuotas, aportaciones y rendimientos.

Generar y enviar el estado de cuenta y demás información sobre la cuenta individual del cada trabajador por lo menos una vez al año, establecer servicios de información y atención al público y prestar servicios de administración a las sociedades de inversión.

Prestar servicios de distribución y recompra de acciones representativas del capital de las sociedades de inversión que administre.

Operar y pagar los retiros programados; bajo las modalidades que se autoricen.

Pagar los retiros parciales con cargo a las cuentas individuales de los trabajadores según lo establecen las leyes de seguridad social.

Entregar el fondo a la institución de seguros que el trabajador o sus beneficiarios hayan elegido, para la contratación de rentas vitalicias o del seguro de sobrevivencia.

Son responsables de todos los actos, omisiones y operaciones que realicen las sociedades de inversión que operen, con motivo de su participación en los sistemas de ahorro para el retiro, y pueden operar varias sociedades de inversión, cada una con una composición de su cartera distinta, atendiendo a diversos grados de riesgo, los trabajadores tendrán derecho de elegir a cual de ellas canalizaran sus recursos, estando obligadas a operar, una sociedad de inversión cuya cartera estará integrada por valores que preserven el valor adquisitivo del ahorro de los trabajadores, así como por aquellos otros que se orienten al propósito mencionado.

Responsable de efectuar los trámites para el traspaso, cuando es elegida por el trabajador para traspasar su cuenta

Están obligadas a abrir o aceptar el traspaso de la cuenta del trabajador que lo solicite, ya que en ningún caso podrán hacer discriminación de trabajadores.

Fomentar y promover el ahorro voluntario otorgando incentivos en comisiones a los trabajadores por la permanencia de sus aportaciones, los retiros de esta subcuenta se podrán realizar cada seis meses.

SIEFORES .- Las sociedades de inversión.

Las sociedades de inversión tienen por objeto exclusivo invertir los recursos provenientes de las cuentas individuales que reciban en los términos de las leyes de seguridad social.

Para su funcionamiento, deben cumplir los siguientes requisitos:

- i. Ser sociedades anónimas de capital variable y utilizar en su denominación, o a continuación de esta, la expresión "sociedad de inversión especializada de fondos para el retiro" o su abreviatura "siefore",
- ii. Su capital mínimo exigido suscrito y pagado, representado por acciones de capital fijo que solo podrá transmitirse previa autorización de la comisión;

iii. La única autorizada para participar en el capital social fijo de las sociedades de inversión es la administradora que solicite su constitución y los socios de la administradora, en ningún caso la participación accionaria de las administradoras en el capital fijo de las sociedades de inversión que operen podrá ser inferior al 99% de la parte representativa del capital social fijo.

iv. Únicamente podrán participar en su capital social variable los trabajadores que inviertan los recursos de las cuentas individuales previstas en las leyes de seguridad social, así como las administradoras.

v. Podrán adquirir las acciones que emitan, procediendo a la disminución de su capital variable. el régimen de inversión deberá otorgar la mayor seguridad y la obtención de una adecuada rentabilidad de los recursos de los trabajadores y el régimen de inversión tenderá a incrementar el ahorro interno y el desarrollo de un mercado de instrumentos de largo plazo acorde con el sistema de pensiones, por lo que las inversiones se canalizarán preponderantemente, a través de su colocación en valores, a fomentar:

- a) La actividad productiva nacional;
- b) La mayor generación de empleo;
- c) La construcción de vivienda;
- d) El desarrollo de infraestructura y
- e) El desarrollo regional.

Operando con valores y documentos a cargo del Gobierno Federal y aquellos que se encuentren inscritos en el registro nacional de valores e intermediarios.

vi. Generar información al público inversionista, que revelen la situación patrimonial de su administradora, así como la información relativa a las políticas de inversión que seguirá la sociedad de inversión, advirtiendo a sus afiliados de los riesgos que pueden derivarse de la clase de portafolios y carteras que compongan la sociedad de inversión.

Régimen de inversión.

Su régimen de inversión se sujetará por las reglas de carácter general que expida la Comisión, oyendo la opinión de Banco de México, de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y del comité consultivo y de vigilancia, así como a lo siguiente:

- i. El 100% de su activo total deberá estar representado por efectivo y valores; y
- ii. su cartera de valores lo podrán integrar los siguientes instrumentos:
 - a) Instrumentos emitidos o avalados por el Gobierno Federal;
 - b) Instrumentos de renta variable;
 - c) Instrumentos de deuda emitidos por empresas privadas;

- d) Títulos de deuda emitidos, aceptados o avalados por instituciones de banca múltiple o de banca de desarrollo;
- e) Títulos cuyas características específicas preserven su valor adquisitivo conforme al índice nacional de precios al consumidor; y
- f) Acciones de otras sociedades de inversión, excepto sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro.

Los valores a que se refieren los incisos c), d) y e) estarán calificados por una empresa calificadora de valores autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores. tratándose de los valores a que se refiere el inciso b) solo podrán ser adquiridos los emitidos por empresas de reconocida solidez, solvencia y bursatilidad, sujeto a criterio del comité de análisis de riesgos, quién tiene la facultad de prohibir la adquisición de valores de los referidos en los incisos b), c), d), e) y f), cuando a su juicio representen riesgos sucesivos para la cartera de las sociedades de inversión.

Comité de análisis de riesgos.

Este comité de análisis de riesgos podrá emitir reglas para recomponer la cartera de las sociedades de inversión, cuando ciertos valores que las integren dejen de cumplir con los requisitos establecidos, fijando el plazo en que deben recomponer su cartera de valores. la comisión es la encargada de ejecutar los acuerdos del comité de análisis de riesgos, sobre la prohibición para adquirir ciertos valores o la recomposición de cartera correspondiente. Asimismo, la Comisión queda facultada para establecer límites a las inversiones cuando se concentren en un mismo ramo de la actividad económica, o se constituyan riesgos comunes para una sociedad de inversión.

El comité de valuación, esta integrado por tres representantes de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, uno de los cuales, a designación de esta, lo presidirá, dos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, dos del Banco de México, dos de la CONSAR y dos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicho comité dará a conocer los criterios de valuación, así como los procedimientos y técnicas a que deberán sujetarse las administradoras en la valuación de los valores que integran las carteras de las sociedades de inversión.

Base de datos nacional SAR y empresas operadoras.

La base de datos nacional SAR esta conformada por la información procedente de los sistemas de ahorro para el retiro y contiene la información individual de cada trabajador y el registro de la administradora o institución de crédito en que cada uno se encuentra afiliado. y es propiedad exclusiva del Gobierno Federal.

Su operación es de interés público y tiene por finalidad la identificación de las cuentas individuales en las administradoras e instituciones de crédito, la certificación de los registros de trabajadores en las mismas, el control de los procesos de traspasos, así como instruir al

operador de la cuenta concentradora, sobre la distribución de los fondos de las cuotas recibidas a las administradoras correspondientes.

La prestación de este servicio lo realizan las empresas operadoras, quienes tienen como objeto exclusivo:

- Administrar la base de datos nacional SAR.
- Coadyuvar al proceso de localización de los trabajadores para permitir un ordenado traspaso de las cuentas individuales de una administradora a otra.
- Servir de concentradora y distribuidora de información entre los participantes en este sistema, los institutos de seguridad social y la comisión.
- Establecer el procedimiento que permita que la información derivada de los sistemas de ahorro para el retiro fluya de manera ordenada entre los participantes en los sistemas, los institutos de seguridad social y la comisión.
- Llevar a cabo las transferencias de recursos, depurar la base evitando la duplicidad de cuentas, incentivar la unificación y traspaso a la última cuenta individual abierta por el trabajador, todo esto con el número de seguridad social del afiliado a los institutos de seguridad social.

La cuenta concentradora.

La cuenta que reúne todos los fondos de los trabajadores que por alguna causa no eligieron afore se denomina cuenta concentradora, ahí se depositan los recursos de las cuentas hasta que se lleven a cabo los procesos de individualización necesarios para transferir esos recursos a las administradoras elegidas por los trabajadores y se encuentra abierta en el Banco de México a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estos recursos se invierten en valores o créditos a cargo del Gobierno Federal y el rendimiento que se le acredite lo determina la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Los trabajadores que están en la cuenta concentradora quedarán registrados en la administradora que indique la CONSAR en los términos de la ley, para preservar el valor adquisitivo del ahorro, con opción de traspasar sus recursos a otra administradora, sin la aplicación del límite de un traspaso anual.

Sistema de pensiones privado: "Aseguradoras especializadas en pensiones".

Estas instituciones son sociedades anónimas creadas exclusivamente para operar este ramo y cuyo objetivo es brindar un servicio de calidad y eficiencia a los pensionados, bajo los lineamientos establecidos por la ley del Seguro Social.

Las compañías aseguradoras registradas en el ramo de pensiones privadas derivadas de la seguridad social se rigen por las bases y los procedimientos que para el cálculo del monto constitutivo, la contratación de renta vitalicia y del seguro de sobrevivencia, se establece

por el comité integrado por once miembros: tres de la CNSF, quien lo preside, dos de la SHCP, dos de el IMSS, dos de el ISSSTE y dos de la CONSAR.

En cuanto a su supervisión directa, registro y controles, directamente las supervisa la CNSF y la SHCP controla la operación escuchando la opinión de la CNSF.

IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el encargado de recaudar las cuotas y aportaciones destinadas a las cuentas individuales del sistema de ahorro para el retiro.

El saldo de la cuenta individual, deducidos los recursos acumulados en la subcuenta de aportaciones voluntarias, se considera por el Instituto junto con el monto constitutivo, para calcular la suma asegurada que se entrega a la institución de seguros elegida por el trabajador o sus beneficiarios para la contratación de las rentas vitalicias y seguros de sobrevivencia, quienes decidirán libremente si los recursos de la subcuenta de aportaciones voluntarias los reciben en una sola exhibición o los utilizan para incrementar los beneficios de la renta vitalicia y/o seguro de sobrevivencia.

CONSAR.

La función de supervisión a los participantes del sistema tiene el objeto de evaluar los riesgos a que están sujetos, sus sistemas de control y la calidad de su administración, a fin de procurar que mantengan una adecuada liquidez, sean solventes y estables y, en general se ajusten a las disposiciones que los rigen y a los usos y sanas practicas de los mercados financieros, y por medio de la supervisión evaluar de manera consolidada los riesgos de los participantes en los sistemas de ahorro para el retiro agrupados o que tengan nexos patrimoniales, así como en general el adecuado funcionamiento de dichos sistemas.

Todas estas adecuaciones permiten que el sistema de pensiones funcione de manera independiente, sin ataduras al sistema bancario y que por si mismo florezca, mediante controles que le permitan a cada trabajador tener la tranquilidad de que cuenta con su fondo previsional y buscando en la medida de lo posible mayores beneficios a los trabajadores y al país, que son su objetivo primordial.

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO.**

El modelo del sistema de pensiones chileno fue diseñado de acuerdo a la situación y circunstancias de ese país, es un modelo que desde un principio presento bases sólidas que permitían cubrir las expectativas de gran parte de los trabajadores al mejorar el nivel de pensión del anterior sistema y con el objetivo de alcanzar la suficiencia económica que se requiere al jubilarse, sin sacrificar a la fuerza trabajadora con el pago de altas cuotas, presentando soluciones para los principales involucrados gobierno, iniciativa privada y trabajadores y fortaleciendo de manera importante el ahorro interno y el desarrollo.

México tomó de base los fundamentos del modelo chileno, después de evaluar su experiencia de casi 15 años, adecuando toda la estructura establecida en Chile, en su marco general, bajo los lineamientos y la creación de la infraestructura que se establece en la nueva ley del Seguro Social, siendo prácticamente una adecuación del sistema chileno, ya que los elementos involucrados en ese sistema son los que le dan la viabilidad y éxito al mismo, estos son:

- Sistema de Capitalización Individual constituido por una cuota en función del salario base de cotización del trabajador, que permita la suficiencia de la pensión.
- Participación activa del trabajador en un mercado de libre competencia.
- El establecimiento de entidades financieras creadas exclusivamente para administrar las cuentas individuales.
- Sociedades de inversión especializadas para la inversión exclusiva de estos recursos.
- Garantía y seguridad de las inversiones.
- Lineamientos para el pago de la pensión.
- Sistema de pensiones privado: "Aseguradoras especializadas en el pago de pensiones".

Sistema de capitalización individual.

Constituido por una cuota en función del salario base de cotización del trabajador, que permita la suficiencia de la pensión.

En este punto existen dos aspectos sobresalientes en los que difieren los sistemas de México y Chile, que son:

- 1) El bono de reconocimiento y
- 2) El importe de las cuotas y su procedencia.

El bono de reconocimiento.

Cuando se da el cambio de sistema en Chile, se establece una clasificación:

Los trabajadores que inician su vida laboral con el nuevo sistema y
los trabajadores que se encontraban cotizando en el período de transición.

Los primeros se abocan a las reglas del nuevo sistema, el cual por si sólo debe ser suficiente para cubrir la necesidad real del pensionado por jubilación que esta dada en su definición

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO.**

“permitir al pensionado alcanzar la suficiencia económica que requiere al jubilarse”, en tanto que para el grupo de trabajadores en periodo de transición se establece: Libre elección del sistema antiguo o el nuevo (el mas conveniente) en un periodo máximo de cinco años y en caso de elegir el sistema nuevo, un bono de reconocimiento equivalente al 80% sobre el salario promedio percibido antes del cambio por el periodo equivalente a la proporción que represente su carrera laboral transcurrida hasta el momento del cambio, actualizada por inflación y ganando un interés real del 4% anual.

En el caso de nuestro país al igual que Chile se da la división de los trabajadores que ingresan a laborar a partir de la nueva ley y los que viven el periodo de transición, a estos últimos se les da la opción de elegir entre el anterior y el nuevo esquema, el que mas les convenga, al momento de jubilarse, lo cual no tiene mucho sentido al no reconocerle un bono o fondo por el periodo laborado anterior al cambio de sistema, lo que lleva al pensionado a quedar bajo el esquema del anterior sistema con una pensión que se actualiza en función al salario y se determina con los sueldos nominales percibidos sin actualización por inflación ó la aplicación del nuevo sistema, que al no permitirle la constitución adecuada de un fondo, porque ingresa al mismo a una edad madura, sólo puede adquirir la pensión mínima garantizada, actualizada por inflación (siempre que cumpla con los requisitos marcados en la nueva ley que amplía el requisito de semanas de cotización), por lo que al no existir un bono de reconocimiento del periodo laborado en el sistema anterior, todos los trabajadores que caen en esta situación se ven no beneficiados por el nuevo sistema, al negárseles la oportunidad de acceder a el, en condiciones acordes a su ingreso y periodo laborado.

El importe de las cuotas y su procedencia.

Concepto	Chile	México
Integración de la cuota	Aportación del empleado.	Retiro (cuota patronal), + cesantía en edad avanzada y vejez (aporta patrón, Gobierno Federal y trabajador) + Cuota Social (Gobierno Federal) + INFONAVIT (cuota patronal)
Cuota retiro, cesantía en edad avanzada y vejez	10% del salario.	6.5% del salario base de cotización.
Cuota social	no aplica	5.5% de 1 SMMDF*.
INFONAVIT	no aplica	5% del salario base de cotización.

*utilizando el SMMDF vigente a la fecha de ingreso del trabajador, actualizado trimestralmente al INPC

En el caso de Chile se estableció claramente que bajo el nuevo sistema la cotización a la cuenta individual es realizada totalmente por el trabajador, quién recibió un ajuste de salario por este porcentaje con objeto de no verse perjudicado y liberar a partir de ese momento al patrón de dicha responsabilidad compartida, a esto se adiciona la opción de conformar una subcuenta de aportaciones voluntarias, para que el trabajador libremente deposite los recursos disponibles que desee canalizar para obtener una mejor pensión.

En lo que respecta a las participación de las cuotas en México, continua siendo tripartita, afrontando en cesantía en edad avanzada y vejez: el patrón el 3.15%, el trabajador 1.125% y el Estado 0.225%, lo que suma el 4.5% del salario de cotización para este rubro; 2% en el

ramo de retiro cubierto por el patrón y la cuota social del 5.5% del salario mínimo mensual del Distrito Federal cubierto por el Gobierno Federal para todos los trabajadores, lo que representa una fuerte participación del patrón y se mantiene el apoyo económico del Gobierno Federal, con lo cual sigue vigente la dependencia del sistema, de los ingresos y soporte del Estado, quién cubre estas cuotas con cargo al rubro de gasto público en materia de seguridad social y permanece sin lograr la independencia del mismo, para liberarse de cargas que por saneamiento de la economía y de su definición de rector debería de eliminar.

La cuota establecida en Chile es transparente en monto y aplicación, en tanto que en nuestro país proviene de diferentes renglones, se establece sobre diferentes bases, se actualizan de diferente manera y alguna no se actualiza INFONAVIT, sólo se suma su saldo e intereses al fondo, al llevar a efecto el trámite de jubilación; sobre estas bases daría la impresión de que la cuota global que maneja nuestro país es mayor que la de Chile al conformar un 12% del salario para todos los trabajadores de salario mínimo, esto es verdad, una parte de la cuota se sigue conformando por un porcentaje aparentemente mayor al de Chile, si tomamos como punto de comparación el salario mínimo, ya que en este caso particular se esta cotizando a su cuenta individual un total de 12% del salario, el cual crece al ritmo de la inflación acreditándosele un rendimiento real, más la subcuenta de INFONAVIT formada por el 5% del salario base de cotización, cuenta que únicamente se registra pero no se invierte en la afore, ya que los recursos son canalizados a la construcción de vivienda para los trabajadores y su saldo más los intereses que le acredite el INFONAVIT son registrados periódicamente para efecto de referencia.

De tal manera que al aplicar la cuota social para un ingreso diferente al salario mínimo, considerando un ingreso promedio de 3 salarios mínimos, el porcentaje de cuota destinado a la cuenta individual del trabajador es de aproximadamente 8.33% y si su ingreso llega a ser de 15 salarios, la cuota se reduce al 6.87%, lo cual aparentemente no resulta satisfactorio con el paso del tiempo ya que aunque esta cuenta se actualice, la cuota que se aporta es insuficiente en proporción al ingreso para generar los recursos que permitan obtener la autosuficiencia del fondo para generar una pensión satisfactoria al trabajador en el periodo establecido. (1250 semanas).

Participación activa del trabajador en un mercado de libre competencia.

En este punto el aspecto importante a considerar es la sensibilidad y conocimiento del mercado de administradoras por parte del trabajador.

La administradora se elige libremente por el trabajador lo que al igual que en Chile crea la expectativa de una sana competencia en la que el elemento que esta en juego para la elección es básicamente la eficiencia de la administradora, con la gran diferencia de que en Chile existe una mayor sensibilidad en su fuerza de trabajo en relación a dos aspectos que son muy importantes para mantener el equilibrio: costo de comisiones y rendimiento obtenido; los trabajadores se encuentran sensibilizados al comportamiento de estas dos variables debido a la experiencia de haber vivido situaciones de alta inflación, problemas de insuficiencia en el monto de sus pensiones y un período de estabilidad de casi 20 años, en donde la Unidad de

**SEGURO DE RETIRO, CIESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO.**

Fomento se ha vuelto rector de su economía, con todas estas vivencias y considerando que el estado de cuenta personalizado que se genera cuatrimestralmente incluye un informe de rendimiento de cada una de las administradoras en el mercado de administradoras chileno por niveles de ingreso, esto los lleva a actuar de manera ágil en su toma de decisiones sobre la mejor opción en beneficio de sus propios recursos y su pensión futura.

Adicionalmente y por el tiempo que lleva funcionando este sistema, existe un mayor conocimiento y exigencias en relación al cumplimiento de sus expectativas y necesidades como consumidores, al saber que tienen derecho a obtener un rendimiento real (excedente a la inflación y medido sobre unidades de fomento).

Con estos elementos, el mercado y sus participantes se vuelven más conscientes y sensibles a los cambios, lo que conlleva un nivel de exigencia mayor de todos los afiliados hacia los participantes del sistema, quienes buscan resultados satisfactorios, mismos que son exigibles por la misma autoridad, desde los lineamientos establecidos por Ley.

En tanto que la historia seguida por México ha sido diferente, inicialmente se conformo un primer cambio en 1992 con la generación del sistema de ahorro para el retiro, en el cual el patrón determinaba la entidad financiera en la que registrarían los recursos de los trabajadores; las comisiones y el rendimiento estaban previamente fijados dentro de los lineamientos de la ley, hasta que a partir de la entrada en vigor de la nueva ley surge el cambio, sin un conocimiento previo del trabajador del número de administradoras autorizadas, sus bases de comisiones, su rendimiento, (ya que no se tenía como elemento de juicio) sólo se sabía que todas ellas estaban sujetas a los mismos lineamientos para invertir los recursos.

Actualmente tanto las comisiones como los rendimientos y resultados de las administradoras no tiene gran difusión en los medios de comunicación de mayor audiencia, tampoco se cuenta con algún documento que se genere periódicamente y sea de conocimiento general, únicamente se recibe información de la afore contratada y el trabajador que desee mayor información debe asistir a las instituciones correspondientes para solicitarla.

Lineamientos para el pago de la pensión.

Los requisitos para tener derecho a la pensión por vejez, son los siguientes:

Concepto	Chile	México
Requisito para tener derecho a pensión	Si el fondo alcanza, no hay mínimo; en caso contrario 20 años y alcanzar la edad límite.	1250 semanas cotizadas (24 años, 2 meses) y la edad límite o alcanzar con el fondo una pensión de 1.3 veces la PMG ¹ , una vez cubierto el seguro de sobrevivencia.
Edad.	60 mujeres 65 hombres	65 años ó más (sin importar el sexo).
Derecho a pensión mínima garantizada por el Gobierno Federal	20 años en algún sistema previsional.	1250 semanas cotizadas y edad mínima de 65 años, o mínimo 60 años si fue separado del trabajo.

¹ PMG.- Pensión mínima garantizada

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO.**

Concepto	Chile	México
Pensión límite para disposición del excedente en el fondo.	120% de la PMG y monto superior al 70% del promedio de la remuneración mensual de los últimos 10 años.	Pensión de 1.3 veces la PMG, una vez cubierto el seguro de sobrevivencia.
Vejez anticipada.	Con pensión $\geq 50\%$ del promedio salarial de los últimos 10 años ajustados por inflación y $\leq$ pensión $\geq 110\%$ PMG	Pensión de 1.3 veces la PMG, una vez cubierto el seguro de sobrevivencia.
Pensión mínima garantizada por el Gobierno Federal.	20 años y alcanzar la edad límite. Pensión mínima al año 2000 es el equivalente a 67% del salario mínimo legal (aumentado a cerca del 73% para quienes tengan 70 años o más) El pago lo realiza la administradora hasta el agotamiento del fondo, para que a partir de ese momento el gobierno continúe el pago.	Requisitos: 1250 semanas cotizadas y que quede cesante entre los 60 y 65 años La PMG es el equivalente al salario mínimo del Distrito Federal vigente a la fecha de entrada en vigor de la nueva ley, actualizada por inflación en febrero de cada año. La afore cubre la pensión hasta el agotamiento del fondo, para que a partir de ese momento se haga cargo el Gobierno Federal a través del IMSS.

Opciones de pago y cambio.

Concepto	Chile	México
Opciones de pago de la pensión.	Retiro programado El pensionado es el dueño del fondo. Renta Vitalicia: La aseguradora asume el riesgo de sobrevivencia del pensionado, garantizando el pago de la renta y es irrevocable. Renta Temporal con Renta vitalicia diferida Combina el pago de la renta del fondo por un determinado periodo y luego el pago de la renta vitalicia, con 50% RT $\leq$ RVD $\leq$ 100% RT.	Retiro programado El pensionado es el dueño del fondo, pudiendo cambiar a renta vitalicia cuando lo desee $\Leftrightarrow$ la pensión que alcance es $\geq$ PMG. Renta vitalicia con aseguradora garantizando el pago de la renta sobre el riesgo amparado y es irrevocable.
Opción de cambio.	De retiros programados a renta vitalicia cuando el pensionado lo desee si alcanza a contratar la PMG.	De retiros programados a pensión vitalicia siempre que el fondo alcance para adquirir una renta $\geq$ a la PMG.

Con RT renta temporal y RVD renta vitalicia diferida

Los requisitos establecidos para el pago de la pensión son similares, como diferencias destaca el hecho de que es un poco menos estricto el sistema chileno al requerir 4 años menos de vida laboral para tener derecho a la pensión. La edad es un aspecto con variaciones en cuanto al criterio ya que mientras en México se considera indistintamente al trabajador, en Chile el sistema es mas flexible con la mujer al requerirle una edad 5 años menor para jubilarse, pero en México ambos sexos tienen oportunidad de ser considerados a partir de los 60 años en caso de cesación por parte del patrón, que es la denominada cesantía en edad avanzada.

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO.**

La jubilación anticipada, no bajo el concepto mencionado en el párrafo anterior sino realmente como jubilación anticipada (fuera del parámetro de edades establecido), es viable en los dos sistemas y esta sujeta a que el fondo acumulado en la cuenta individual permita alcanzar un monto mínimo equivalente al 50% del salario promedio de los últimos 10 años actualizados por inflación y siempre que la pensión sea mayor al 110% de la pensión mínima garantizada (en Chile) o 1.3 veces la pensión mínima garantizada vigente en México, una vez descontado el seguro de sobrevivencia. Por lo que el diseño del sistema chileno exige cubrir la constitución de una pensión mayor a medida que se percibe un mayor ingreso, en tanto que en México, las condiciones para obtenerla son más flexibles al satisfacer el límite establecido, quedando a criterio del trabajador, al evaluar el beneficio alcanzado, acceder a esta opción.

Las opciones de cambio de la pensión son realmente idénticas con la salvedad de que la modalidad de renta temporal con renta vitalicia diferida no está planteada aún en México, quizá porque el ramo de vejez no ha entrado en operación bajo el nuevo sistema o porque se espera a que el mismo inicie operaciones y adquiera cierta madurez, la realidad es que esta opción está diseñada para pensionados con altos niveles de ingreso, analíticos, conscientes y organizados en relación a su condición de vida y manejo de sus recursos, para que en base a ello tomen decisiones que les permitan adecuar su pensión en el tiempo.

La pensión mínima garantizada de ambos sistemas varía con respecto al salario mínimo en función de los movimientos que registra el salario y su comportamiento con respecto a la inflación, bajo esta perspectiva hay dos aspectos a considerar:

- a) Si el requisito indispensable es cotizar 20 o 24 años respectivamente y este tiempo no es suficiente para poder constituir una pensión mayor a la mínima garantizada (cuando el salario excede dicho importe), entonces la perspectiva de alcance de la cobertura que ofrece el nuevo sistema a los pensionados no es de suficiencia, y
- b) Es cuestionable si la pensión mínima garantizada es satisfactoria para cubrir las necesidades del pensionado, en la medida en que su ingreso durante su vida laboral haya sido mayor y quede reducido a este importe.

Administradoras y sociedades de inversión creadas exclusivamente para la administración e inversión de los recursos para otorgar garantía y seguridad de las inversiones.

Las administradoras en Chile tienen la función de administrar e invertir los fondos de las cuentas individuales; en tanto que en México intervienen también las sociedades de inversión, conformadas por cada administradora y de las cuales finalmente la responsabilidad recae directamente en la administradora.

Dentro de lo que es el ramo de retiro y vejez en ambos esquemas las administradoras llevan a cabo el pago de las pensiones, cuidando los intereses de todos sus afiliados en lo que

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO.**

respecta a seguridad y rendimiento de los fondos en administración, los aspectos sobresalientes a comentar de las mismas son el manejo de:

Concepto	Chile	México
Comisiones.	Aplicando a los afiliados activos: suma fija, % sobre la remuneración imponible o combinación de ambas.	Para trabajadores activos: Sobre el flujo de las cuotas y aportaciones, sobre el valor de los activos administrados, pudiendo ser un %, una cuota fija o una combinación de estos.
Inversiones.	En instrumentos nacionales y extranjeros, estos últimos con cobertura de riesgo de fluctuación en los tipos de cambio y tasas de interés, soportado en una cuidadosa y estricta supervisión sobre el control y manejo de las inversiones, así como clasificación del riesgo de cada instrumento.	En instrumentos nacionales, se menciona en la ley el manejo de varias siefores con riesgos de inversión diferentes con previa aceptación del trabajador. Control estricto de las inversiones bajo la supervisión del comité de clasificación de riesgos sobre instrumentos de inversión.
Rentabilidad	En base al criterio de Rentabilidad Mínima Garantizada, dando garantía y seguridad en las inversiones con rendimientos reales.	En base a los instrumentos de inversión autorizados, rendimiento en términos reales sin condicionar a una rentabilidad mínima, dando garantía y seguridad en las inversiones
Otros beneficios que otorga el sistema y manejan las administradoras	Aportaciones voluntarias. Cotización voluntaria. Cuenta de Ahorro de Indemnización.	Aportaciones voluntarias. Seguro voluntario.

Comisiones

El esquema de comisiones tiene las mismas reglas en ambos sistemas, cada administradora establece su propia aplicación de manera uniforme para todos sus afiliados, con objeto de que sea de libre competencia con mayor o menor posibilidad de captación en la medida en que ofrezca la mejor combinación de costo, servicio y rendimiento, esto permite que la competencia mantenga el equilibrio entre las administradoras.

En México se aplican comisiones en porcentaje sobre salario base de cotización, sobre saldo o rendimiento, en Chile se maneja suma fija o porcentaje sobre salario imponible, este último concepto de cobro es el predominante en ambos sistemas en la mayoría de las administradoras.

Inversiones.- Garantía y seguridad.

Se realizan en base a los criterios señalados por cajones de inversión autorizados en la Ley, esto contempla inversión nacional e inversión en el extranjero, lo más importante son las bases y criterios para su selección, lo que permite mantener la seguridad por la calidad de los instrumentos y la garantía de actualización de las inversiones por arriba de la inflación.

La clasificación del riesgo la realiza la Comisión Clasificadora de Riesgo, quién juega un papel muy importante con objeto de disponer de una medida de riesgo que permita distinguir

entre instrumentos elegibles y no elegibles; esta comisión tomando en cuenta la calificación de los clasificadores privados, asigna una clasificación a los instrumentos para uso de los fondos de pensiones.

Los instrumentos de deuda extranjeros, son aprobados en base a clasificaciones efectuadas por organizaciones extranjeras especializadas, las inversiones se rigen por el reglamento de inversión de los fondos de pensiones y existe una regulación para su operación que contempla operaciones de cobertura de riesgo de fluctuación en los tipos de cambio y tasas de interés.

En renta variable aplican criterios de aprobación de acuerdo al riesgo - país, la existencia de sistemas de fiscalización y control sobre emisor y sus títulos y a la liquidez del título en los correspondientes mercados secundarios formales.

La conformación del portafolio de inversiones de los fondos de pensiones esta determinada por los límites fijados por el Banco Central y por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, estos límites definidos son máximos, por lo que no existen instrumentos obligatorios, la clasificación de los límites es:

Por instrumento: Para lograr una adecuada diversificación de las carteras de los fondos de pensiones acotando las combinaciones de retorno y riesgo que estos pueden alcanzar.

Por emisor: El límite establecido como porcentaje del valor del fondo, permite acotar la concentración de las inversiones de los fondos en instrumentos emitidos o garantizados por una entidad y el límite en porcentaje de los activos o patrimonio del emisor, evita que el fondo adquiera un peso significativo en las decisiones del emisor.

Los instrumentos autorizados en México al igual que en Chile están basados en los criterios establecidos por el comité de análisis de riesgos y están calificados por una empresa calificadora de valores autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores. únicamente se autoriza inversión en el país y la mayor parte de los recursos se encuentra invertida en instrumentos emitidos por el Gobierno Federal cuya característica específica es que preservan su valor adquisitivo conforme al índice nacional de precios al consumidor.

La comisión esta facultada para establecer límites a las inversiones cuando se concentren en un mismo ramo de la actividad económica, o se constituyan riesgos comunes para una sociedad de inversión y establece directrices en caso de que algún instrumento ya no cumpla con los requisitos planteados.

Probablemente en el futuro las posibilidades y opciones de inversión cambien su trayectoria de garantía y seguridad a una participación más activa del trabajador en la que su toma de decisiones implique ciertos riesgos, ya que la ley establece que "Las administradoras podrán operar varias sociedades de inversión, las que tendrán una composición de su cartera distinta, atendiendo a diversos grados de riesgo. Los trabajadores, tendrán el derecho de elegir a cuales de las sociedades de inversión que opere la administradora que les lleve su

cuenta, se canalizaran sus recursos. Así mismo, advertir a los trabajadores afiliados de los riesgos que pueden derivarse de la clase de portafolios y carteras que compongan la sociedad de inversión, atendiendo a las políticas y límites que se sigan conforme a las disposiciones aplicables", con lo que se establece la expectativa de que en este sistema puedan existir variedad de opciones para que el trabajador invierta pero el cuestionamiento es si sería conveniente poner en riesgo los recursos de su pensión futura.

Rentabilidad Mínima.

En el caso de México, la autoridad no ha establecido límites mínimos para acreditar el rendimiento (aunque pudiera considerarse como tal el que se estableció como mínimo cuando inicio la operación del SAR en 1992), como es el caso de Chile que maneja el rendimiento mínimo garantizado, el cual se aplica para todo el mercado de AFP's y establece su tope en lo que resulte menor de comparar el 50% de la rentabilidad real de los últimos doce meses promedio de todos los fondos o la rentabilidad real de los últimos doce meses promedio de todos los fondos menos dos puntos porcentuales, esta restricción se establece con objeto de que exista un tope mínimo garantizado de rendimiento real al afiliado en base al comportamiento de los fondos, para ello se constituye una reserva de fluctuación de rentabilidad con el excedente que se obtenga de aplicar un criterio similar que es lo que resulte mayor de comparar el 50% de la rentabilidad real de los últimos doce meses promedio de todos los fondos o la rentabilidad real de los últimos doce meses promedio de todos los fondos más dos puntos porcentuales, con esto se conforma la reserva para cubrir el faltante que pudiese existir en algún período por una variación importante en los rendimientos de los instrumentos de inversión, estableciendo que en caso extremo de que se agoten la reserva y el encaje legal y no exista la posibilidad de que la AFP disponga de recursos financieros adicionales, el Estado complementara la diferencia, procediendo a liquidar la administradora; estos lineamientos permiten garantizar al cliente que la AFP será la primera en preocuparse por manejar los recursos de la manera mas eficiente posible para mantenerse dentro de los márgenes registrados por el mercado, con la consideración de que el margen de rendimiento excedente que obtengan sobre el promedio de sus competidores se destinará a establecer un soporte para desviaciones fuera de su control.

En el caso de México, las afores no cuentan con restricciones de rendimiento mínimo garantizado, ya que el rendimiento que se obtiene no lo cuestiona la autoridad, porque al establecer la misma los instrumentos de inversión autorizados, su selección busca que estos cumplan con las expectativas de ofrecer rendimientos reales para satisfacer el adecuado manejo de los fondos, en cuanto a márgenes de utilidad o gastos, estos están contemplados en las comisiones autorizadas por lo que no se consideró necesario aplicar esa medida, con la ventaja de apoyar a los trabajadores al acreditárseles el rendimiento total obtenido por la afore en cada período, de acuerdo a la aplicación de la estructura de comisiones autorizada.

En este punto la autoridad considera que un problema de desviación en el rendimiento estaría basada en un error al no tener invertidos los recursos en los instrumentos autorizados, lo cual establecería una falta severa de la afore, haciéndose acreedora a la sanción respectiva.

La diferencia entre instituir un requisito de rendimiento mínimo o no hacerlo, estará presente en los lineamientos que rijan su funcionamiento, de tal manera que si en el primer caso existe alguna administradora que obtiene un rendimiento menor a la inflación, al promediar el rendimiento global obtenido por todos los fondos, disminuirá el rendimiento promedio y si las variaciones son importantes, el rendimiento promedio menos dos puntos será lo que tenga que constituir, en tanto que todos los demás involucrados acreditarán un rendimiento menor al obtenido a sus afiliados, este esquema es compensatorio para apoyar el sistema y resulta conservador al establecer márgenes de respaldo y da seguridad al afiliado en la medida en que todas las administradoras obtengan resultados muy cercanos en sus rendimientos.

En ambos casos el sistema esta basado en acreditar un rendimiento real, mientras esto se cumpla el esquema es sano y favorable para los afiliados, el criterio de rendimiento mínimo garantizado presenta un proceso de ajuste que exige más de la(s) administradora(s) con problemas en el manejo de sus inversiones y en contrapartida limita a todos los demás afiliados al no acreditarles el 100% del rendimiento captado, al promediar resultados; en tanto que sin la aplicación de este criterio, cada administradora acredita el rendimiento obtenido a cada participante, sin contar con un criterio mínimo a cumplir como respaldo al trabajador.

Uno de los puntos medulares de ambos sistemas es eliminar el factor de la inflación, haciendo que los recursos crezcan por arriba de ella, en el caso de Chile a través de las unidades de fomento, quedando establecidos los recursos y la pensión en esos términos, en México se creó el instrumento denominado UDI, unidades de inversión que crecen al ritmo de la inflación y que acreditan rendimiento real, sólo que en México los recursos y las pensiones se establecen en pesos y aunque no se tiene garantizado en ninguno de los dos sistemas el que la administración de los fondos crezca en función o por arriba de la inflación, ésta es una de sus razones de existir.

Otros beneficios que otorga el sistema.

Aportaciones voluntarias. El trabajador o en su caso cuando el patrón lo otorgue como una prestación adicional, en ambos sistemas se tiene la opción de cubrir aportaciones adicionales que se acumulan en los mismos términos que la cuenta de capitalización individual, con objeto de destinar esos recursos a incrementar la pensión o recuperar el fondo al momento de ejercer el derecho.

El fondo acumulado en esta cuenta es de libre disposición con la salvedad de que en Chile se pueden realizar hasta 4 retiros al año y sobre los retiros se aplica un impuesto en tanto que en México se puede retirar cada 6 meses y esta exenta del pago de contribuciones.

Cotización Voluntaria. En el caso de Chile aplica para aquellos que por falta de trabajo o alguna otra causa no hayan cotizado durante algún período, con la opción de cotizar un porcentaje mayor al 10% del sueldo, fomentando la opción de pensión de vejez anticipada

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
PRINCIPALES DIFERENCIAS EXISTENTES CON RESPECTO AL SISTEMA CHILENO.**

En el caso de México, esta opción se apega al seguro voluntario, posibilidad abierta a personas que trabajan por su cuenta y que pueden cotizar cubriendo las aportaciones que en el esquema obligatorio corresponden a patrón y trabajador.

Cuenta de Ahorro de Indemnización: Unicamente aplica en Chile y es el mecanismo de indemnización sustitutivo al tradicional para afiliados independientes, así como de aplicación directa para trabajadores de casa particular, en caso de interrupción de la relación laboral. La indemnización aplica en cualquier evento.

La cuenta puede ser abierta aunque la persona no se encuentre afiliada a la AFP, permitiendo ampliar la cobertura y la oportunidad de crear su fondo de previsión.

El pago de cotizaciones es obligatorio para el empleador de trabajador(es) de casa particular, los que abonan el 4.11% de remuneración mensual, por un lapso de 11 años, como finiquito del contrato de trabajo, por cualquier causa. El tope de la remuneración imponible es de 60 UF's, acreditándoseles el mismo rendimiento que a las cuentas de ahorro voluntario.

Sistema de pensiones privado: "Aseguradoras especializadas en el pago de Pensiones".

Asimismo, en México se creó la parte de pensiones en la industria aseguradora privada, que absorbe la administración del pago de pensiones vitalicias o por el periodo marcado por ley para los dependientes económicos del pensionado siempre que no pierdan el derecho ganado.

En ambos casos la elección es de carácter irrevocable y garantiza su actualización en UF's e inflación respectivamente, en Chile el Estado garantiza parte de la pensión excedente a la mínima contratada en tanto que en México se garantiza la pensión contratada.

Concepto	Chile	México
Garantía estatal en caso de quiebra de la aseguradora:	En el pago de la renta vitalicia: 100% de la pensión mínima vigente y 75% del excedente, hasta un tope de 45 UF's por pensionado o beneficiario.	La pensión contratada.

SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACIÓN ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.
LAS PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO.

Las modificaciones a la ley del Seguro Social para el ramo de retiro, vejez y cesantía en edad avanzada se aplican de manera directa al efectuar una reclasificación en los ramos de aseguramiento, pasando de la clasificación de "Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte" a "Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez", esto se debe a que de origen todos estos riesgos estaban cubiertos por una cuota del 8.5% del salario base de cotización de constitución tripartita (patrón, trabajador y estado), cotizando hasta un máximo de 10 veces el salario mínimo. Esta cuota a nivel global debía ser suficiente para cubrir las pensiones en curso de pago y constituir en el largo plazo una reserva suficiente que permitiera afrontar las diferencias que se fueran generando de acuerdo al comportamiento de la población, de tal manera que cuando el total del pago de las pensiones resultase superior al ingreso, los recursos de la reserva serían suficientes para afrontar el gasto, esto basado en cálculos que involucran estimación del crecimiento de la población, ingreso esperado, comportamiento de la población asegurada, esperanza de vida, ajuste de las prestaciones, rendimientos, etcétera.

Mediante este sistema es necesario efectuar ajustes en las cuotas en función al comportamiento de las variables involucradas, afectando así a todos los participantes activos y a los patrones en la medida en que el cambio en las variables afecte los resultados, ya que son ellos quienes en combinación con el estado tienen (bajo este esquema) que cubrir el compromiso de mantener a la población jubilada, esto aplicado sobre una base teórica de una adecuada supervisión y administración de los recursos y aún así con la desventaja de que si se presenta un desvío significativo de los supuestos, lo pueda llevar a ser inviable.

Como podemos observar esta clasificación original, independientemente de los motivos que afectaron su funcionamiento, se reclasifica separándola bajo dos conceptos diferentes:

- El riesgo de invalidez y/o muerte dentro del período de vida productiva y
- La constitución de un fondo en el largo plazo que le permita al trabajador recibir una pensión vitalicia que el mismo constituya durante su vida laboral, ya que la captación de recursos suficientes que permitan afrontar la carga del pago mensual de todo el grupo pensionado se vuelve un riesgo inaceptable al no existir reglas claras que eviten la disposición de esos recursos para otros fines, así como el comportamiento de las mismas variables puede originar su insuficiencia.

Considerando que la naturaleza de las coberturas es de origen diferente, en invalidez y/o muerte se protege una contingencia, para lo cual se estima el número de casos que se presentarán, estos representan una tasa estimada basada en la experiencia, esta tasa es pequeña en proporción al total de participantes, lo que permite que el riesgo se distribuya entre el total a un costo relativamente bajo.

El porcentaje de la población trabajadora restante que no se ve afectada por los riesgos mencionados, llegará a la jubilación y junto con ella tendrá la necesidad de recibir un ingreso en su periodo de vida no productiva, este es un beneficio previsional y estará constituido y claramente definido en el nuevo esquema con la cuenta individual generada en su vida laboral.

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.
LAS PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO.**

Las cuotas que se destinaban para el rubro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte no se modifican, de tal manera que el porcentaje se mantiene, ahora con la separación en retiro, cesantía en edad avanzada y vejez e invalidez y vida, únicamente queda establecida la proporción de los recursos que se destinarán a la nueva clasificación, asignando un 4.5% para retiro, vejez, cesantía en edad avanzada y 4% para invalidez y vida ; el 2º destinado a retiro antes de la reforma no sufre modificación y se adiciona una cuota social que otorga el estado para todos los trabajadores, del 5.5% del salario mínimo vigente a la fecha de ingreso al sistema, actualizado trimestralmente por inflación, con objeto de apoyar a los trabajadores con menores ingresos y así cumplir su función de redistribuidor del ingreso.

Las cuotas (exceptuando la cuota social), se aplican sobre salario base de cotización, ampliando el límite máximo del mismo con la reforma hasta 15 veces el salario mínimo del D.F. y aumentando un punto cada año hasta llegar a 25 veces, con esto se favorece de manera importante al grupo de trabajadores de más de 10 veces el salario mínimo quienes en el largo plazo ya estarán cotizando para obtener un beneficio más acorde a su ingreso ; esta medida no aplica para la cuota de retiro (SAR), la cual desde que se instituyó aplica hasta 25 veces el salario mínimo.

Las prestaciones económicas del trabajador se modifican en los siguientes aspectos:

- Requisitos.
- Determinación del monto del beneficio.

Requisitos.

En la ley anterior se registra un requisito mínimo de 500 semanas de cotización, lo cual equivale aproximadamente a 10 años para acreditar el derecho, este punto es realmente fácil de cumplir, el inconveniente se da al conjuntarlo con alcanzar los 60 años de edad cotizando en el sistema obligatorio.

Como puede observarse a pesar de que el sistema anterior es muy benévolo en el periodo de cotización, es conveniente analizar los cambios que ha experimentado nuestra economía al paso del tiempo, ya que hasta 1970-1980 era común ver en las empresas pocos cambios, trabajadores comprometidos que buscaban desarrollarse y realizar una carrera laboral en la misma con la esperanza de mejor sueldo, prestaciones y reconocimiento, bajo este esquema era factible alcanzar el beneficio de la pensión, pero con la conformación y quiebra de empresas, los vaivenes de la inflación, la gran demanda de empleo y la poca oferta de trabajo, el crecimiento poblacional desmedido y los avances tecnológicos, se ha implementado un proceso de depuración reduciendo personal y sustituyéndolo, de tal manera que la mayor parte de las empresas funcionan con personal primordialmente joven que les permite obtener compromiso, bajo costo y reducción de obligaciones en el ámbito laboral, ya que al existir exceso de demanda de trabajo se hace una fuerte selección para elegir a los más capaces y mejor preparados, sustituyendo al personal de edad madura, el

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.
LAS PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO.**

cual a pesar de su experiencia lo ven como una carga que acrecenta el compromiso patronal, lo cual dificulta alcanzar la edad de salida requerida para la jubilación.

Finalmente, el trabajador durante los 30, 35 o más años de periodo activo, cotizará mientras se encuentre en el esquema de seguro obligatorio, por lo que el cambio de 500 semanas (cerca de 10 años) a 1250 semanas (24 años y 2 semanas), no es tan importante para él, (quien tiene un periodo promedio de vida activa de 25 a 30 años), como lo es el disponer de su saldo acumulado al alcanzar la edad requerida para la vejez o cesantía en edad avanzada, independientemente de que llegue laborando a dicha edad, disponiendo del mismo a través de pensión vitalicia o de pago único.

En cambio para el Estado y para el Seguro Social el número de semanas de cotización entre la anterior y la nueva ley es básicamente necesario e importante, ya que establece el periodo de aportaciones y acumulación de las mismas, para constituir el fondo que soporta la pensión.

Determinación del monto del beneficio.

Dentro del cálculo de la pensión en el sistema anterior influyen varios factores.

Número de semanas cotizadas, salario nominal promedio de las últimas 250 semanas y factor de ajuste por cesantía en edad avanzada

El calculo de la pensión se realiza sobre las mismas bases que para invalidez y muerte, en donde a la cuantía básica le corresponde un factor con comportamiento decreciente en la medida en que el salario promedio expresado en veces del SMGDF se incrementa, partiendo de un 80% para un salario hasta llegar a un 13% para más de 6 salarios y el incremento por antigüedad, valuado en exceso de las primeras 500 semanas. Suponiendo un periodo de 30 años laborados, para efecto de ejemplificar el beneficio, el excedente es de 20.38 años, para el caso de un salario mínimo, implicaría un 11.5% más de pensión, en tanto que para el último caso sería un 51.5% más, lo que nos llevaría a una pensión final de 91.5% del SMGDF para un salario y 64.5% del número de veces el SMGDF con rango entre 6.01 y tope de 10 veces. (de tal manera que para un ingreso promedio de 6.5 salarios, la pensión ascendía a 4.20 o en el caso de 10 ó más salarios, una pensión de 6.45 veces el SMGDF.

Lo que muestra que la ponderación efectuada a través de la tabla no representa el problema severo de la evaluación, ya que si esto aplicará en cualquier economía estable, los porcentajes son razonables, pero en el caso particular de México resulta cuestionable la suficiencia del salario mínimo general del Distrito Federal para cubrir las necesidades básicas del jubilado en lo referente a permitirle sostener un nivel de vida digno, esto debido al ajuste por inflación de todos los bienes y servicios y a la variación entre salario mínimo e inflación.

Dentro del cálculo, el aspecto que más impacta de manera negativa en forma sobresaliente es el salario nominal promedio de las últimas 250 semanas cotizadas (aproximadamente 5

SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.
LAS PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO.

años), ya que a partir de 1970 a la fecha, la inflación es parte integrante de nuestra economía y afecta año con año nuestros ingresos creando un deterioro acumulado en el nivel de vida, circunstancia que se hace más palpable en los últimos años de la vida productiva, ya que en este periodo es más difícil obtener incrementos por productividad, desempeño o reconocimiento, lo que nos lleva a un resultado que se ve más afectado en la medida en que se disparen los índices de inflación, pudiendo así perder todo el beneficio logrado en el periodo laboral, al paso de los años como pensionado y llegar así a la pensión mínima de un SMGDF, que es el importe mínimo a recibir, según lo marca la Ley.

Si a esto le agregamos el efecto de que el pensionado decida tramitar su beneficio, antes de los 65 años por haber sido cesado antes de alcanzar la edad, el porcentaje descrito anteriormente se castiga en un 5% por cada año no cumplido entre 60 y 65 años, de tal manera que al jubilarse a los 60 años se le aplica una reducción a la pensión del 25%.

En cuanto al límite de aplicación hasta el equivalente a 10 veces el SMGDF, esta restricción si influye, no tan severamente como las dos anteriormente mencionadas, pero también afecta al no contar con un mecanismo complementario de planes de pensiones privadas deducibles de impuestos o una ampliación a este límite, para que el trabajador con mayor ingreso canalice estos recursos a alguna alternativa adicional de ahorro para la jubilación.

Bajo la nueva ley desaparece el beneficio garantizado bajo este mecanismo de cálculo y lo que determinara el monto de la pensión será la edad del trabajador a la fecha que se pensione y el saldo acumulado en su cuenta individual, del cual se descontará previamente el costo del seguro de sobrevivencia, para cubrir a sus dependientes económicos reconocidos por el Seguro Social.

Probablemente, para gran parte de los trabajadores que correspondan al periodo de transición y que tengan opción de elegir entre ambos sistemas, caerán en la situación de alcanzar un importe de pensión mayor bajo el esquema anterior, debido al corto periodo de cotización en el nuevo sistema, que no les permitirá más que alcanzar la pensión mínima del nuevo sistema, con lo cual la decisión se vuelve muy complicada, al seleccionar un mejor ingreso de manera inmediata, actualizado al SMGDF (sistema anterior) o la pensión mínima con ajuste por inflación, cayendo en ambos casos su nivel de ingresos por jubilación, bajo estas circunstancias ninguna de las dos opciones son viables para plantear una solución a este problema para la población trabajadora en transición.

Por otro lado la población que inicia con el nuevo sistema o que ingreso a partir de los 90's recibirá beneficios mas acordes al cambio, ya que podrá aportar a su cuenta durante toda su carrera laboral y obtener una pensión acorde al fondo constituido, que en concepto debe ser más satisfactoria que la sustituida.

En cuanto al tope máximo de salario base de cotización, que se amplía hasta llegar a 25 veces, esto permite incrementar la captación e implementarla con la aportación voluntaria, libre de impuestos, mecanismo opcional que no existía en la ley anterior.

SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.
LAS PRESTACIONES QUE OTORGA ESTE SEGURO.

Sin embargo y a pesar de la ampliación que se presenta en el salario base de cotización, el tope de pensión establecido por la ley de 1.3 veces la pensión mínima garantizada, una vez descontado el seguro de sobrevivencia para disponer del saldo restante en el fondo en una sola exhibición, no parece congruente, ya que se deja a criterio del trabajador su disposición, con lo que si se dispone del fondo y se fracasa en el manejo individual del mismo, la condición del pensionado puede decaer significativamente, dependiendo de la proporción que represente la pensión con respecto al ingreso en su vida laboral, pudiendo ser insuficiente para cubrir sus necesidades, ya que dicho importe no es una cantidad que tenga holgura para marcarse como límite satisfactorio, buscando la protección del jubilado, aún cuando queda a criterio del mismo; en tanto que este mismo límite establecido para el caso de pensión anticipada, permite hacer un análisis distinto partiendo de aquellos casos en donde el estado de salud o condición física del trabajador se encuentra mermada, sin llegar a la clasificación de invalidez, con lo que se abre la posibilidad de sacrificar parte del incremento en el beneficio que se constituiría en el período faltante por una situación de estabilidad e integridad física.

Ambas opciones son aspectos favorables que benefician al pensionado bajo la nueva ley, ya que la jubilación anticipada o la posible disposición de parte del fondo eran opciones inexistentes en el sistema anterior.

Las prestaciones en especie: Servicio Médico.

Bajo la ley anterior la posibilidad de obtener este derecho era convertirse en pensionado, cumpliendo los requisitos y laborando hasta la edad de jubilación, en la nueva ley se requieren 750 semanas de cotización, que son más que las establecidas anteriormente pero con la gran ventaja que es el 50% del mínimo requerido para el otorgamiento de la pensión y tiene derecho, aún cuando no perciba pensión o no llegue laborando a la edad de 60 años, lo que es satisfactorio como medida de apoyo al grupo de personas de la tercera edad que contribuyeron parcialmente cotizando y que no cuentan con un servicio médico que es costoso y tan necesario en esa etapa de la vida.

Su funcionamiento.

Para tener opción de elegir entre el anterior y el nuevo sistema, el trabajador debe estar cotizando al llegar a la edad requerida en el rango de 60 a 65 años, ya que de no ser así, al llevar a cabo su trámite se evaluará su condición sobre las bases del nuevo sistema, esto es, semanas cotizadas y saldo en el fondo para determinar si el fondo alcanza a cubrir el seguro de sobrevivencia y una pensión por lo menos igual a la mínima del sistema o otorgarle por derecho en cumplimiento a las semanas de cotización requeridas, la pensión mínima del sistema que garantiza el Estado, dependiendo de las circunstancias, el pago del beneficio será administrado por una aseguradora o una afore, para el caso de pensión mínima garantizada se pagará por la afore y finalmente, al agotarse los recursos, por el IMSS; si al llegar a la jubilación no cubre los requisitos, entonces podrá disponer en una sola exhibición del saldo acumulado en la cuenta individual.

Cuando el asegurado llegue a los 60 años y se encuentre cotizando, entonces tendrá oportunidad de realizar la elección entre ambos sistemas, lo cual podría parecer atractivo pero no lo es para las generaciones que en el corto y mediano plazo lleguen a este punto, por que no se cuenta con un bono de reconocimiento sobre el período anteriormente laborado que permita obtener una pensión mas acorde al ingreso generado durante la vida laboral.

Al optar por el sistema anterior, la pensión se ajusta en función a las actualizaciones que presente el salario mínimo y el pensionado puede disponer del saldo de las subcuentas de SAR e INFONAVIT sobre las aportaciones del período 92-97.

Sólo cuando se opte por la pensión bajo el nuevo sistema y el fondo sea mayor o igual al necesario para obtener la pensión mínima (una vez cubierto el seguro de sobrevivencia), entonces el pensionado tendrá opción de contratar con una aseguradora o con la afore el pago de la misma, esta opción presenta ventajas para el pensionado ya que estos organismos entrarán en competencia con objeto de captar los recursos de su pensión y por este motivo no se limitarán a ofrecerle el beneficio original, sino un beneficio adicional que le proporcione un mayor ingreso, un seguro de vida, servicio médico, un mayor rendimiento sobre la inversión de su fondo, etc.; de tal manera que bajo este esquema el beneficiado directo debe ser el pensionado, no solo en lo que reciba sino también como lo reciba, ya que la competencia esta dada en calidad y eficiencia en el servicio y beneficios.

Para que el futuro pensionado pueda distinguir entre la diferencia que le representa el optar por una aseguradora o una afore, es necesario que tenga la oportunidad e interés de familiarizarse con los conceptos que cada una maneja y analizar los riesgos latentes en cada una de ellas.

La aseguradora ofrece al pensionado una renta mensual vitalicia, ajustada anualmente a la inflación, el riesgo amparado es el tiempo de vida del pensionado, de tal manera que la renta vitalicia se pagará por el número de años que el asegurado se encuentre con vida, terminando su obligación al ocurrir el fallecimiento ; para esto utiliza una tabla de mortalidad basada en experiencia de sobrevivientes de la población mexicana y un rendimiento real del

SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.
SU FUNCIONAMIENTO Y LAS CUENTAS INDIVIDUALES

3.5% anual, sobre su utilidad por rendimiento y por mortalidad se establece el cálculo del beneficio adicional que otorga .

La afore ofrece continuar administrando el fondo constituido una vez descontado el seguro de sobrevivencia y calcular anualmente mediante el uso de una tabla de mortalidad de sobrevivientes la pensión a que tiene derecho el pensionado, pagando la pensión a través de retiros programados y el agotamiento del fondo esta en función del número de años que viva el pensionado y la rentabilidad producida por el fondo, al agotarse este, se termina toda obligación de la afore con el pensionado y si antes de ello fallece el asegurado, el saldo existente pasará a formar parte de sus bienes hereditarios. Adicional al costo de administración por el manejo de los recursos, se aplica un costo de operación por cada retiro.

Como puede observarse, la diferencia en beneficio estará dada por la diferencia en captación de rendimientos, pudiendo representar al pensionado una mayor pensión; el otro aspecto a evaluar es la condición de salud física y mental e historia familiar del pensionado, ya que en función a estos elementos podrá tomar una mejor decisión sobre su elección.

Es importante señalar que en base a los lineamientos que marca la ley, las afores tienen ventaja sobre las aseguradoras, ya que si las afores demuestran poder ofrecer rendimientos superiores a los que acredita la aseguradora y costos de operación aceptables, el pensionado podrá obtener una pensión mayor y si al paso del tiempo las expectativas de vida del pensionado cambian, puede continuar con esta opción u optar por el cambio y contratar una renta vitalicia con la aseguradora, ya que la única restricción para esto es que el fondo sea mayor o igual al necesario para contratar la pensión mínima, en tanto que al seleccionar la aseguradora ya no podrá cambiar porque esta decisión es irrevocable.

Bajo cualquiera de las opciones que elija el pensionado el beneficio real e inegable que se recibe con el cambio es la actualización anual de la pensión en base al índice nacional de precios al consumidor.

Para el caso de la pensión mínima garantizada este punto tiene una ventaja adicional, ya que no se actualiza únicamente a la inflación del periodo sino que su efecto es de acumulación, al quedar fijada a partir del cambio y actualizarla periódicamente, con esto se mantiene el valor real de dicha cantidad y su insuficiencia solo podría darse, porque de origen es insuficiente o porque los bienes y servicios crezcan por encima de ese índice.

En tanto que bajo el sistema anterior, la pensión se actualiza en base al crecimiento del salario mínimo, el cual históricamente se ha mantenido rezagado con respecto a la inflación, excepto en algunos años aislados en que ha crecido casi a la par ; este comportamiento afecta gravemente a los pensionados vigentes, por la pérdida de valor de su pensión original con el paso del tiempo.

El criterio que establecía anteriormente el sistema, con relación a que puede trabajar el pensionado en el régimen obligatorio sin perder su derecho a la pensión, se modifica bajo el nuevo esquema para aquellos casos en que el pensionado se encuentre percibiendo la

pension minima garantizada, debido a que la misma se conforma en parte por recursos del Estado, procediendo a suspenderla.

Las cuentas individuales.

El gran atractivo que tiene la cuenta individual es la naturaleza de propiedad que tiene el trabajador sobre la misma, por lo que el propio sistema a través de su proceso de maduración debe despertar un mayor interés del trabajador por conocer sus beneficios, alternativas y rendimientos, el saber que el trabajador por primera vez tiene acceso a una inversión que le permite que su capital crezca en función a la inflación y le genere un rendimiento real, opción que no se tiene disponible en el sistema financiero mexicano para inversiones menores a \$500,000., y la participación de un grupo de administradoras (organismos creados para la operación exclusiva de estos fondos), que están en competencia de servicios y eficiencia por captar y administrar los recursos, conforman los aspectos mas sobresalientes de las cuentas individuales.

Con todos estos elementos se logra la transparencia del sistema para el participante y solo resta para su total credibilidad la obtención de resultados que el mismo sistema genere, esto es, la obtención del objetivo final, pensiones mas justas y acordes al ingreso percibido durante la carrera laboral del trabajador.

Otro aspecto de gran importancia en el nuevo sistema es la oportunidad de ahorrar a través de la aportación voluntaria, la cual se rige bajo las mismas bases de la cuenta individual y permite tener acceso a instrumentos de inversión que no están disponibles para la mayor parte de la población por su nivel de ingresos y capacidad de ahorro. Ahora, prácticamente sin ningún requisito el trabajador puede ahorrar libremente los excedentes que tenga, sin restricción de monto o tiempo y en caso de que surja alguna necesidad extraordinaria puede disponer de ellos después de un periodo transcurrido de 6 meses contados a partir del primer deposito o del ultimo retiro efectuado, lo último que haya ocurrido.

El otro punto importante que tienen las cuentas es la inclusión de la subcuenta de INFONAVIT, la cual aún cuando su objetivo es satisfacer la necesidad de vivienda, queda registrada, más no para su inversión en la cuenta, pero si para efecto de acumulación en el fondo, incluyendo el rendimiento anual establecido por el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

Las cuentas individuales comparativamente con el sistema anterior, representan la claridad y transparencia de los recursos para cada uno de los cotizantes, sobre el total desconocimiento del manejo de los fondos que existía anteriormente, con la afectación directa sobre el grupo generacional que llegará a la jubilación sin la constitución de un fondo acorde a su vida laboral por la ausencia de un mecanismo que le retribuya económicamente el periodo cotizado en la ley anterior.

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.**

Requisitos	Ley Anterior	Nueva Ley
En el régimen obligatorio.	• Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte • Retiro	• Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
Por vejez	Cumplir 65 años de edad y mínimo de 500 cotizaciones semanales, puede diferirlo por todo el tiempo que continúe trabajando.	Cumplir 65 años de edad y un mínimo de 1250 cotizaciones semanales, si no lo reúne dispondrá del saldo de la cuenta o seguirá cotizando hasta cubrir las semanas faltantes. El trabajador podrá optar por: Renta vitalicia, actualizada al INPC en la aseguradora, o Retiros programados en la afore, con opción de cambiar a renta vitalicia si al convenirla fuere mayor o igual a la pensión mínima garantizada.
Pensión mínima garantizada.	El salario mínimo vigente del D.F.	El salario mínimo del Distrito Federal vigente al 1/julio/1997, actualizado al INPC en febrero de cada año.
Tope máximo de salario base de cotización para cálculo de la pensión:	Retiro: 25 veces el SMGDF Cesantía y vejez: 10 veces el SMGDF.	Retiro: 25 veces el SMGDF, Cesantía y vejez 15 veces el SMGDF en 1997, incrementándose 1 salario cada año hasta llegar a 25 veces.
Determinación del salario diario.	Es el promedio de las últimas 250 semanas de cotización, el importe que resulte se expresa en veces el SMGDF vigente en la fecha en que el asegurado se pensione.	No aplica para el cálculo de la pensión.
Determinación de la pensión.	En base al salario se determinan los porcentajes para calcular la cuantía básica y el incremento anual aplicable sobre el número de años cotizados en exceso de las 500 semanas. Con variación de 13 a 26 semanas, se aplica 50% del incremento anual y con más de 26 semanas, el 100% del incremento anual.	En función al saldo en la cuenta, la esperanza de vida y el grupo de beneficiarios con derecho a pensión (por fallecimiento del pensionado).
Beneficio adicional a la pensión.	El fondo constituido por las subcuentas de retiro e infonavit del período correspondiente de mayo 92 a junio 97	El beneficio adicional que incluyan las aseguradoras en función a sus márgenes de utilidad estimados; en caso de la Afore, el rendimiento que pueda ofrecer por encima del mercado asegurador, así como el fondo constituido por las subcuentas de retiro e infonavit del período mayo 92 a junio 97.
Actualización de la pensión.	Se incrementa con el mismo aumento porcentual que corresponda al salario mínimo general del Distrito Federal.	Se incrementa anualmente en base a la variación del INPC.

**SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.
COMPARACION ENTRE EL ANTERIOR Y EL NUEVO SEGURO DE RETIRO.**

Requisitos:	Ley Anterior	Nueva Ley																
Cesantia en edad avanzada.	Cuando el trabajador se pensiona antes de cumplir los 65 años, la pensión determinada se adquiere en el % que corresponda de acuerdo a la edad alcanzada. <table> <tr> <th>Edad</th> <th>Porcentaje</th> </tr> <tr> <td>60</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>61</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>62</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>63</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>64</td> <td>95%</td> </tr> </table> Aumentando un año a los cumplidos cuando la edad exceda en seis meses.	Edad	Porcentaje	60	75%	61	80%	62	85%	63	90%	64	95%	Aplica por separación del trabajo y se calcula en base a la edad, fondo de la cuenta y el grupo de beneficiarios con derecho a pensión en caso de fallecimiento del pensionado				
Edad	Porcentaje																	
60	75%																	
61	80%																	
62	85%																	
63	90%																	
64	95%																	
Cuotas.	Seguros de IVCM: <table> <tr> <td>Patrón:</td> <td>5.950% SBC</td> </tr> <tr> <td>Trabajador:</td> <td>2.125% SBC</td> </tr> <tr> <td>Estado:</td> <td>0.425% SBC</td> </tr> </table> Retiro: <table> <tr> <td>Patrón :</td> <td>2.000% SBC.</td> </tr> </table>	Patrón:	5.950% SBC	Trabajador:	2.125% SBC	Estado:	0.425% SBC	Patrón :	2.000% SBC.	Seguros de vejez, cesantia en edad avanzada. <table> <tr> <td>Patrón:</td> <td>3.150% SBC</td> </tr> <tr> <td>Trabajador:</td> <td>1.125% SBC</td> </tr> <tr> <td>Estado:</td> <td>0.225% SBC</td> </tr> </table> Retiro: <table> <tr> <td>Patrón :</td> <td>2.000% SBC.</td> </tr> </table>	Patrón:	3.150% SBC	Trabajador:	1.125% SBC	Estado:	0.225% SBC	Patrón :	2.000% SBC.
Patrón:	5.950% SBC																	
Trabajador:	2.125% SBC																	
Estado:	0.425% SBC																	
Patrón :	2.000% SBC.																	
Patrón:	3.150% SBC																	
Trabajador:	1.125% SBC																	
Estado:	0.225% SBC																	
Patrón :	2.000% SBC.																	
Conservación de derechos.	Cuando el asegurado deje de pertenecer al régimen del seguro obligatorio, conservará sus derechos a pensión por un periodo igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contado a partir de la fecha de su baja, el cual será mínimo de 12 meses.	No hay restricción siempre que cumpla los requisitos establecidos.																
Lineamientos aplicables al pensionado que reingresa al régimen obligatorio.	No se suspende la pensión por vejez o cesantia en edad avanzada, cuando el pensionado reingrese a un trabajo sujeto al régimen obligatorio del Seguro Social con patrón distinto al que tenía al pensionarse y siempre y cuando hubiesen transcurrido seis meses de la fecha en que se haya otorgado la pensión.	Se suspende el pago de la pensión garantizada cuando el pensionado reingrese a un trabajo sujeto a régimen obligatorio.																
Las prestaciones y gastos administrativos del seguro de vejez y cesantia en edad avanzada, son cubiertos por:	Las cuotas de patrones, trabajadores y del Estado, así como de las reservas técnicas Cubriendo el pago de prestaciones de la población jubilada con las aportaciones de los trabajadores activos.	Las cuotas de patrones, trabajadores y Estado, constituyendo cada trabajador su propio fondo para cubrir la prestación y en caso de insuficiencia el Estado la complementará, para cubrir la pensión garantizada y el seguro de sobrevivencia.																

CAPÍTULO VII.

Comparativo de resultados esperados entre el sistema anterior y el actual.

TEMAS.

1. Proyecciones y resultados bajo diferentes supuestos en invalidez y vida.
2. Proyecciones y resultados bajo diferentes supuestos en cesantía en edad avanzada y vejez.
3. Ventajas y desventajas.

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.**

Para efecto de elaborar los comparativos entre ambos sistemas hemos partido de una serie de supuestos conservadores que se basan en la estabilidad financiera y económica del país, elementos necesarios para el adecuado funcionamiento del sistema bajo las nuevas bases de registro individual de los recursos, las bases utilizadas en las proyecciones se presentan a continuación:

Notación:

x_i	Edad de Ingreso.
x_j	Edad de jubilación.
x_{sr}	Edad de salida x_s y sexo r .
y_s	Edad del cónyuge a la salida del trabajador.
$z_{s1 \dots sn}$	Edades de los hijos con derecho a pensión a la salida del trabajador.
nz	Número de hijos con derecho a pensión
a_i	Año de ingreso.
m_i	Mes de ingreso.
a_j	Año de jubilación.
a_s	Año de salida.
$INGRESO_{t,m}$	Ingreso mensual del trabajador en el año t y mes m .
$SMMDF_{t,m}$	Salario mínimo mensual del Distrito Federal en el año t y mes m .
$\Delta SMMDF_{t,m}$	Incremento al salario mínimo mensual del Distrito Federal en el año t y mes m .
$NVS_{t,m,-}$	Salario del trabajador, expresado en número de veces el salario mínimo mensual del Distrito Federal en el año t y mes m .
$TVSCV_{t,-}$	Tope máximo de veces el salario mínimo mensual, fijado para el salario base de cotización de cesantía y vejez en el año t
$TVSI_{t,-}$	Tope máximo de veces el salario mínimo mensual, fijado para el salario base de cotización para INFONAVIT en el año t
$SBCR_{t,m}$	Salario base de cotización para el ramo de retiro en el año t y mes m .
$SBCCV_{t,m}$	Salario base de cotización para el ramo de cesantía y vejez en el año t y mes m .
$SBCI_{t,m}$	Salario base de cotización para INFONAVIT en el año t y mes m .
$SBC_{t,s}$	Salario base de cotización en el año t y semana de cotización s .
$fia_{t,m}$	Factor de inflación acumulada en el año t y mes m .
$TRR_{t,m}$	Tasa de rendimiento real del SAR en el año t y mes m .
$SAfore_{t,m}$	Saldo de la cuenta en Afore al final del mes m , en el año t (considerando únicamente las aportaciones realizadas a partir de julio 1997).
$APORTACION_{t,m}$	Ingresos a la cuenta individual en el año t y mes m por concepto de cuota de retiro, de cesantía y vejez y cuota social de julio de 1997 en adelante.
$TRA_{t,m}$	Tasa de rendimiento real de la Afore en el año t y mes m .
C_1, C_2, C_3	Tipos de comisión autorizados para el cobro del servicio de la Afore al trabajador registrado.
C_1	Comisión sobre flujo, aplicable sobre aportaciones a la cuenta.
C_2	Comisión por rendimiento real, aplicable sobre la tasa de rendimiento real mensual obtenida en la cuenta.
C_3	Comisión sobre el saldo de la cuenta, aplicable anualmente.
F_s	Factor de cotización del SAR y de retiro.

COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.

Fcs	Factor de cotización de la cuota social.
Fcyv	Factor de cotización de cesantía y vejez.
CCYV _{t, m}	Importe de la cuota de cesantía y vejez, asignada al inicio del mes m, en el año t
CS _{t, m}	Importe de la cuota social asignada al inicio del mes m, en el año t.
CSAR _{t, m}	Importe de la cuota de SAR del período 92-jun 97 y de retiro de julio 97 en adelante, asignada al inicio del mes m, en el año t.
CINF _{t, m}	Importe de la cuota de INFONAVIT, asignada al inicio del mes m, en el año t.
SINFONAVIT _{t, m}	Saldo de la cuenta 92-jun 97 de INFONAVIT en el año t y mes m.
SINFONAVIT _{t, m}	Saldo del INFONAVIT generado con la nueva ley, en el año t y mes m.
Fi	Factor de cotización de INFONAVIT.
TRI _{t, m}	Tasa de rendimiento acreditada por INFONAVIT en el año t y mes m.
It-	Inflación en el año t.
PA _{SA}	Pensión alcanzada bajo el sistema anterior expresada en veces el SMMDFa _{s, m_s}
PA _{NS}	Pensión alcanzada bajo el nuevo sistema expresada en veces el SMMDFa _{s, m_s}
STOTAL _{t, m}	Saldo total disponible para cubrir los beneficios amparados en el año t y mes m.
SDP	Salario diario promedio.
SDP _{ACT}	Salario diario promedio actualizado por inflación.
NSC	Número de semanas cotizadas en el IMSS.
NDC	Número de días cotizados en el IMSS.
SCC	Semanas cotizadas consideradas en el cálculo.
AF	Factor aplicable por asignaciones familiares
AA	Factor aplicable por ayuda asistencial
Fiyv	Factor de invalidez y vida, aplicable bajo la nueva ley del IMSS.
F _B	Factor básico de la tabla del artículo 167 ley anterior del IMSS.
F _A	Factor de incremento por antigüedad, tabla del artículo 167 ley anterior del IMSS
F _{DE}	Factor de suma de porcentajes de pensión para dependientes económicos del trabajador aplicable en caso de fallecimiento.
Fy	Porcentaje de pensión por viudez.
Fz	Porcentaje de pensión por orfandad.
PMG _t	Pensión mínima garantizada vigente en el año t.
INPC _{t, m}	Índice nacional de precios al consumidor en el año t y mes m.
SSAR _{t, m}	Saldo de la cuenta SAR período 92-jun 97, en el año t y mes m.
Amod	Año de inicio de cálculo de las semanas de cotización para determinar el SDP.
CC _i	Cálculo de la cuantía expresada en veces el SMMDFa _{s, m_s} , para el caso i.
Sc	Semana de cotización en que inicia el cálculo de las semanas de cotización para determinar el SDP.
FMC _{x_{s, r} i w y_s Z_{S1}}	Factor de monto constitutivo requerido para contratar \$1.00 de pensión a la edad de salida x _{s, r} , por la causa i, número de dependientes w y edades y _s .
PAFx _{s, r i, w y_s Z_{S1}}	Pensión alcanzada por el fondo a la edad de salida x _{s, r} , por la causa i, número de dependientes w y edades y _s , Z _{S1} , S _n y expresada en número de veces el SMMDFa _{s, m_s}

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL,
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.**

Fórmulas:

$$SMMDF_{t,m} = SMMDF_{t,m-1} * (1 + \Delta SMMDF_{t,m})$$

$$NVS_{t,m} = \frac{INGRESO_{t,m}}{SMMDF_{t,m}}$$

Cesantía y vejez:

Si $NVS_{t,m} > TVSCV_t \Rightarrow SBCCV_{t,m} = TVSCV_t * SMMDF_{t,m}$,
en cualquier otro caso $SBCCV_{t,m} = INGRESO_{t,m}$

Año	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	>=2007
TVSCV	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

TVSCV expresado en veces de SMMDF_{t,m} (aplicándose a partir del 1/07/1997).

$CCYV_{t,m} = Fcyv \cdot (SBCCV_{t,m-1} + SBCCV_{t,m-2})$ para $m = 1, 3, 5, 7, 9$ y 11

$CCYV_{t,m} = 0$ en cualquier otro caso

para t, m con $m=1 \Rightarrow t, m-1 = t-1, 12$ y $t, m-2 = t-1, 11$

Retiro:

Para $t, m \geq 92, 4$ Si $NVS_{t,m} > 25 \Rightarrow SBCR_{t,m} = 25 SMMDF_{t,m}$
en cualquier otro caso $SBCR_{t,m} = INGRESO_{t,m}$

Si $a_t, m_t \leq 97,6$:

para $t, m \leq 97,6$ $SSAR1_{t,m} = (SSAR1_{t,m-1} + CSAR_{t,m-1}) * (INPC_{t,m} / INPC_{t,m-1}) * (1 + TRR_{t,m})$

con $CSAR_{t,m} = Fs \cdot (SBCR_{t,m-1} + SBCR_{t,m-2})$ para $m = 1, 3, 5, 7, 9$ y 11

$CSAR_{t,m} = 0$ en cualquier otro caso

para t, m con $m=1 \Rightarrow t, m-1 = t-1, 12$ y $t, m-2 = t-1, 11$

para $t, m > 97,6$

$SSAR1_{t,m} = SSAR1_{t,m-1} * (INPC_{t,m} / INPC_{t,m-1}) * (1 + TRA_{t,m} * (1 - c_2)) * (1 - c_3)$

Si $a_t, m_t > 97,6 \Rightarrow SSAR1_{t,m} = 0$

INFONAVIT:

Si $NVS_{t,m} > TVSI_t \Rightarrow SBCI_{t,m} = TVSI_t$, en cualquier otro caso $SBCI_{t,m} = INGRESO_{t,m}$

con $TVSI_t = TVSCV_t$

Si $a_t, m_t \leq 97,6$

$SINFONAVIT1_{t,m} = (SINFONAVIT1_{t,m-1} + CINF_{t,m-1}) * (1 + TRI_{t,m})$ y $SINFONAVIT_{97,6} = 0$

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.**

Si $a_i, m_i > 97,6$

$SINFONAVIT_{t,m} = 0$ y $SINFONAVIT_{a_i, m_i} = 0$

$SINFONAVIT_{t,m} = (SINFONAVIT_{t,m-1} + CINF_{t,m}) * (1 + TRI_{t,m})$

$CINF_{t,m} = Fi \cdot (SBCI_{t,m-1} + SBCI_{t,m-2})$ para $m = 1, 3, 5, 7, 9$ y 11

$CINF_{t,m} = 0$ en cualquier otro caso

para t, m con $m=1 \Rightarrow t, m-1 = t-1, 12$ y $t, m-2 = t-1, 11$

Cuota social:

$CS_{t,m} = Fcs * (SMMDF_{a_i, m_i} * (fia_{t,m-2} / INPC_{a_i, m-1}) + SMMDF_{a_i, m_i} * (fia_{t,m-1} / INPC_{a_i, m-1}))$
para $m=1, 3, 5, 7, 9$ y 11 con $SMMDF_{a_i, m_i} = SMMDF_{97,7}$ si $a_i, m_i \leq 97,7$

$CS_{t,m} = 0$ en cualquier otro caso

$fia_{t,m} = INPC_{t-1, 12}$ para $m=1, 2, 3$

$fia_{t,m} = INPC_{t, 3}$ para $m=4, 5, 6$

$fia_{t,m} = INPC_{t, 6}$ para $m=7, 8, 9$

$fia_{t,m} = INPC_{t, 9}$ para $m=10, 11, 12$

Si $a_i, m_i \leq 97$, entonces $m \geq 7$ para $t=1997$; $1 \leq m \leq 12$ para $t > 1997$

Generación del fondo en Afore:

$SAfore_{t,m} = (SAfore_{t,m-1} + APORTACION_{t,m}) * (INPC_{t,m} / INPC_{t,m-1}) * (1 + TRA_{t,m} * (1 - C_2)) * (1 - C_3)$

con: $SAfore_{97,6} = 0$ para $a_i, m_i \leq 97,6$; si $a_i, m_i > 97,6$; $SAfore_{a_i, m_i} = 0$

$APORTACION_{t,m} = (CCYV_{t,m} + CSAR_{t,m} + CS_{t,m}) * (1 - c_1)$, para $m = 1, 3, 5, 7, 9, 11$

para t, m con $m=1 \Rightarrow t, m-1 = t-1, 12$ y $t, m-2 = t-1, 11$

Las cuentas de INFONAVIT y retiro correspondientes al periodo anterior al cambio de ley se indican en el presente trabajo, pero no se integran al saldo de la Afore por no formar de manera obligatoria, parte del fondo utilizado para constituir la pensión.

$STOTAL_{t,m} = SAfore_{t,m} + SINFONAVIT_{t,m}$

Cálculo del beneficio de Pensión:

Suponiendo periodos laborados en años completos.

$NSC = (a_s - a_i) * 52$;

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.**

$$SDP = \frac{\sum_{t=1}^{As-1, 52} SBC_{t,s}}{NDC}$$

si $NSC > 250 \Rightarrow Amod = a_i + \text{entero}((NSC-250)/52)$ y
 $Sc = [(NSC-250) - \text{entero}((NSC-250)/52)*52] + 1$
 $NDC = 1750$

si $NSC < 250 \Rightarrow Amod = a_i, Sc = 1$ y $NDC = NSC * 7$

$$SDP_{ACT} = \frac{\sum_{t=1}^{As-1, 52} SBC_{t,s} \cdot (INPC_{As-1, 12} / INPC_{t, 12})}{NDC}$$

si $NSC > 500 \Rightarrow Amod = a_i + \text{entero}((NSC-500)/52)$ y
 $Sc = [(NSC-500) - \text{entero}((NSC-500)/52)*52] + 1$
 $NDC = 3500$

si $NSC < 500 \Rightarrow Amod = a_i, Sc = 1$ y $NDC = NSC * 7$

Determinación de la pensión para Invalidez y Vida:

a) Vida:

Si $NSC < 150$ $PA_{SA} = 0$,
 $NSC \geq 150$ $NSC \leq 500 \Rightarrow PA_{SA} = \text{MAX} (F_B * SDP * 30.4, SMMDF_{a_s, m_s}) * F_{DE} / SMMDF_{a_s, m_s}$
 $NSC > 500 \Rightarrow PA_{SA} = \text{MAX} (1, CC_1) * F_{DE}$
 con $CC_1 = \text{MIN} [1, (F_B + \text{Entero}[\frac{NSC-500}{52} + .5] * F_A)] * SDP * 30.4 / SMMDF_{a_s, m_s}$
 $F_{DE} = \text{MIN} (1, F_y + F_z * nz)$

Si $NSC < 150$ $PA_{NS} = 0$ y $STOTAL_{t,m}$ para los beneficiarios
 $NSC \geq 150$ $PA_{NS} = \text{MAX} [PAFx_{s,r,i,w,y_s,z_{Si}}, CC_2]$ con $CC_2 = \frac{\text{MAX} [F_{iv} * SDP_{ACT}, PMG_{t,i}] * F_{CE}}{SMMDF_{a_s, m_s}}$

Con $PAFx_{s,r,i,w,y_s,z_{Si}} = [STOTAL_{t,m} / FUPx_{s,r,i,w,y_s,z_{Si}}] / SMMDF_{a_s, m_s}$

b) Invalidez:

Si $NSC < 150$ $PA_{SA} = 0$,
 $NSC \geq 150$ $NSC \leq 500 \Rightarrow PA_{SA} = \frac{\text{MAX} (SMMDF_{a_s, m_s}, \text{MIN} [1, F_B * (1 + AF + AA)]) * SDP * 30.4}{SMMDF_{a_s, m_s}}$

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.**

$$NSC > 500 \Rightarrow PA_{SA} = \text{MAX} (1 - CC_3)$$

$$\text{con } CC_3 = \frac{\text{MIN} [1, (F_B + \text{Entero}[\frac{NSC-500}{52}] * F_A) * (1+AF+AA)] * SDP * 30.4}{SMMDF_{a_s, m_s}}$$

Si $NSC < 150$ ó $150 \leq NSC < 250$ e invalidez $< 75\%$ $PA_{NS} = 0$ y $STOTAL_{t, m}$ para el inválido

Si $NSC \geq 150$ e invalidez $\geq 75\%$ ó $NSC \geq 250$ y $50\% < \text{invalidez} < 75\%$

$$PA_{NS} = \text{MAX} [PAF_{x_s, i, w, y_s, Z_s}, CC_4] \text{ con } CC_4 = \frac{\text{MAX} [\text{MIN}(1, F_{iyv} * (1+AF+AA')) * SDP_{ACT, PMG_t}]}{SMMDF_{a_s, m_s}}$$

Determinación de la pensión por jubilación:

$$\begin{aligned} \text{Si } NSC < 500 \quad PA_{SA} &= 0, \\ NSC \geq 500 \quad PA_{SA} &= \text{MAX} (1 - CC_5) \end{aligned}$$

$$\text{con } CC_5 = \frac{\text{MIN} [1, (F_B + \text{Entero}[\frac{NSC-500}{52}] * F_A) * (1+AF+AA)] * SDP * 30.4}{SMMDF_{a_s, m_s}}$$

Si $NSC < 1250$ $PA_{NS} = 0$ y $STOTAL_{t, m}$ para el trabajador

$$NSC \geq 1250 \quad PA_{NS} = \text{MAX} [PAF_{x_s, i, w, y_s, Z_s}, \frac{PMG_t}{SMMDF_{a_s, m_s}}]$$

Supuestos Utilizados:

$$I_1 = 12\% \text{ para } t \geq 2000, \text{ para } t < 2000, I_1 = \frac{INPC_{t-1, 12}}{INPC_{t-1, 12}} - 1 \quad (\text{cuadro 7.1.1})$$

$\Delta SMMDF_1 = 10\%$ para $t > 2000$, para $t \leq 2000$ aplicación de valores reales (cuadro 7.1.2)

$$TRR_{1-12} = (1.02)^{11/12}$$

$$TRI_{1-12} = (1.10)^{11/12}$$

$$TRA_{1-12} = (1.035)^{11/12} \quad \text{para } t \geq 2000, \text{ para } t < 2000 \text{ rendimiento de Afore Inbursa (cuadro 7.1.3)}$$

C_1, C_2, C_3 las cobradas por Afore Inbursa (cuadro 7.1.4)

$$C_1 = 0$$

$$C_2 = 33\%$$

$$C_3 = 0$$

$$F_s = 2\%$$

$$F_{cs} = 5.5\%$$

$$F_{cyv} = 4.5\%$$

$$F_{iyv} = 35\%$$

$$AF = 15\% \text{ (cónyuge del inválido o jubilado, ley anterior IMSS)}$$

COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.

AA = 15% (inválido o jubilado sin dependientes, ley anterior IMSS)

AF' = 15% (cónyuge del inválido nueva ley IMSS)

AA' = 15% (inválido sin dependientes, nueva ley IMSS)

Fi = 5%

Sexo = 1 (Masculino)

$PMG_1 = PMG_{1-1} \cdot (1 + i_1)$ con $PMG_{97} = 804.52$

F_B = Factor de cuantía básica (tabla Art. 167 Ley Anterior del IMSS, cuadro 7.1.5)

F_A = Factor de % de incremento (tabla Art. 167 Ley Anterior del IMSS, cuadro 7.1.5)

Si $\exists$ "y", F_y = 90%, en cualquier otro caso F_y = 0

F_z = 20% con "x" y/o "y" vivos ó 30% sin padre ni madre.

nz = 1, para el caso de viudez y orfandad

CUADRO 7.1.1

INPC.

AÑO	ENERO	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	AÑO
1969	0.081	0.081	0.081	0.081	0.081	0.082	0.082	0.082	0.083	0.084	0.084	0.084	1969
1970	0.085	0.085	0.085	0.085	0.086	0.086	0.087	0.087	0.087	0.087	0.088	0.088	1970
1971	8.964	0.090	0.090	0.090	0.091	0.091	0.091	0.092	0.092	0.092	0.092	0.093	1971
1972	0.093	0.093	0.094	0.095	0.095	0.095	0.096	0.096	0.097	0.097	0.097	0.098	1972
1973	0.099	0.100	0.101	0.103	0.104	0.105	0.105	0.109	0.111	0.113	0.114	0.119	1973
1974	0.123	0.126	0.127	0.129	0.130	0.131	0.133	0.134	0.138	0.138	0.142	0.143	1974
1975	0.145	0.146	0.147	0.148	0.150	0.152	0.154	0.155	0.156	0.157	0.158	0.159	1975
1976	0.162	0.166	0.167	0.168	0.169	0.170	0.172	0.173	0.179	0.189	0.198	0.203	1976
1977	0.209	0.214	0.218	0.221	0.223	0.226	0.228	0.233	0.237	0.239	0.241	0.245	1977
1978	0.250	0.254	0.256	0.259	0.262	0.265	0.270	0.273	0.276	0.279	0.282	0.284	1978
1979	0.294	0.298	0.303	0.305	0.309	0.313	0.316	0.321	0.325	0.331	0.335	0.341	1979
1980	0.358	0.366	0.374	0.380	0.386	0.394	0.407	0.413	0.418	0.424	0.432	0.443	1980
1981	0.457	0.490	0.478	0.489	0.497	0.504	0.512	0.523	0.533	0.544	0.555	0.570	1981
1982	0.598	0.622	0.645	0.679	0.718	0.752	0.791	0.880	0.927	0.950	1.024	1.133	1982
1983	1.257	1.324	1.388	1.476	1.540	1.598	1.677	1.743	1.796	1.856	1.965	2.049	1983
1984	2.179	2.294	2.392	2.496	2.578	2.672	2.759	2.838	2.922	3.024	3.128	3.261	1984
1985	3.603	3.848	3.790	3.906	3.999	4.099	4.242	4.427	4.604	4.779	4.999	5.420	1985
1986	5.812	6.070	6.238	6.684	7.055	7.508	7.883	8.511	9.022	9.538	10.182	10.988	1986
1987	11.876	12.733	13.574	14.762	15.875	17.023	18.402	19.906	21.217	22.986	24.809	28.473	1987
1988	32.876	35.618	37.442	38.594	39.341	40.143	40.813	41.189	41.424	41.740	42.299	43.181	1988
1989	44.238	44.839	45.325	48.003	46.636	47.202	47.674	48.129	48.589	49.307	50.000	51.687	1989
1990	54.182	55.408	56.385	57.243	58.242	59.525	60.611	61.643	62.522	63.421	65.105	67.157	1990
1991	68.868	70.071	71.070	71.814	72.517	73.277	73.925	74.439	75.181	76.055	77.944	79.779	1991
1992	81.228	82.191	83.027	83.767	84.320	84.891	85.427	85.951	86.699	87.323	88.049	89.303	1992
1993	90.423	91.162	91.693	92.222	92.749	93.269	93.717	94.219	94.817	95.305	95.725	96.455	1993
1994	97.203	97.703	98.205	98.686	99.183	99.659	100.101	100.568	101.283	101.814	102.359	103.257	1994
1995	107.143	111.884	118.288	127.692	133.029	137.251	140.049	142.372	145.317	148.307	151.964	156.915	1995
1996	162.556	166.350	170.012	174.845	178.032	180.931	183.503	185.942	188.915	191.273	194.171	200.388	1996
1997	205.541	208.995	211.596	213.882	215.834	217.749	219.646	221.599	224.359	228.152	228.682	231.886	1997
1998	236.931	241.079	243.903	246.185	248.146	251.079	253.500	255.937	260.088	263.815	268.487	275.038	1998
1999	281.983	285.773	288.428	291.075	292.828	294.750	296.698	298.368	301.251	303.159	305.855	308.919	1999
2000	313.067	315.844	317.595	319.402	320.596	322.495	323.753	325.532	327.910	330.168	332.991	336.596	2000

FUENTE: BANCO DE MEXICO, DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION BASE 1994=100

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.**

CUADRO 7.1.2											
SMMDF											
DIA	MES	AÑO	DIARIO	MENSUAL	% INC	DIA	MES	AÑO	DIARIO	MENSUAL	% INC
1	1	1980	\$0.16	\$4.96		1	1	1989	\$8.64	\$262.66	8.0%
1	1	1981	\$0.21	\$6.38	28.8%	1	7	1989	\$9.16	\$278.46	6.0%
0	1	1982	\$0.28	\$8.51	33.3%	4	12	1989	\$10.08	\$306.43	10.0%
1	11	1982	\$0.36	\$11.07	30.0%	16	11	1990	\$11.90	\$361.76	18.1%
1	1	1983	\$0.46	\$13.83	25.0%	11	11	1991	\$13.33	\$405.23	12.0%
14	6	1983	\$0.52	\$15.90	14.9%	1	1	1993	\$14.27	\$433.81	7.1%
1	1	1984	\$0.68	\$20.67	30.0%	1	1	1994	\$15.27	\$464.21	7.0%
11	6	1984	\$0.82	\$24.81	20.0%	1	1	1995	\$16.34	\$496.74	7.0%
1	1	1985	\$1.06	\$32.22	29.9%	1	4	1995	\$18.30	\$549.00	12.0%
4	6	1985	\$1.25	\$38.00	17.9%	4	12	1995	\$20.15	\$612.56	10.1%
1	1	1986	\$1.65	\$50.18	32.0%	1	4	1996	\$22.60	\$687.04	12.2%
1	6	1986	\$2.07	\$62.78	25.2%	3	12	1996	\$26.45	\$804.08	17.0%
22	10	1986	\$2.48	\$75.39	20.1%	1	1	1996	\$30.20	\$918.08	14.2%
1	1	1987	\$3.05	\$92.72	23.0%	3	12	1998	\$34.45	\$1,047.28	14.1%
1	4	1987	\$3.66	\$111.26	20.0%	31	12	1999	\$37.90	\$1,152.16	10.0%
1	6	1987	\$4.50	\$136.80	23.0%	1	1	2001	\$40.35	\$1,226.65	6.46%
1	10	1987	\$5.63	\$171.00	25.0%						
16	12	1987	\$6.47	\$196.69	15.0%						
1	1	1988	\$7.77	\$236.06	20.0%						
1	3	1988	\$8.00	\$243.20	3.0%						

CUADRO 7.1.3				
RENDIMIENTO DE GESTION DE LA SIEFORE(1)				
REAL				
SIEFORE	1997	1998	1999	
BANAMEX-AEGON	3.45%	6.22%	13.95%	
BANCOMER	4.29%	6.32%	13.47%	
BANCRECER DRESNER	-0.95%	5.89%	13.44%	
BITAL	5.23%	6.04%	13.68%	
GARANTE	3.35%	6.62%	14.06%	
INBURSA	3.74%	5.51%	13.54%	
PRINCIPAL	2.66%	7.00%	13.92%	
PROFUTURO GNP	4.41%	7.26%	13.87%	
SANTANDER MEXICANO	3.16%	5.00%	13.51%	
SOLIDA BANORTE GENERALI	4.68%	6.18%	14.07%	
TEPEYAC	2.80%	4.87%	12.79%	
XXI	3.13%	5.01%	13.77%	
ZURICH	2.66%	5.84%	13.74%	
PROMEDIO(2)	3.79%	6.14%	13.72%	

FUENTE: CONSAR

(1) Rendimiento q/ obtuvieron los activos de Siefiores antes d/cobro d/comisiones s/salido.

(2) Prom.ponderado por el valor de carteras

CUADRO 7.1.4									
ESTRUCTURA DE COMISIONES POR ADMINISTRACION Y DESCUENTOS APPLICABLES POR AFORE									
COMISIONES POR ADMINISTRACION DE CUENTAS				MODIFICACIONES S/SALDO			MODIFICACIONES S/FLUJO		
AFORE	SOBRE FLUJO EN % SBC	SOBRE SALDO (% ANUAL)	SOBRE RENDIMIENTO REAL	CADA AÑO	FLUJO	AÑO	DESCUENTO	A PARTIR DEL AÑO	TOPE
BANAMEX- AEGON	1.70	0.00	0.00	0.00			0.02%	6	
BANCOMER	1.68	0.00	0.00	0.00			0.01%	3	0.63%
BANCRECER DRESNER	1.60	0.50	0.00	0.00			0.02%	6	
BITAL	1.68	0.00	0.00	0.00			0.02%	6	1.58%
GARANTE	1.63	0.50	0.00	0.00			0.01%	6	1.55%
INBURSA	0.00	0.00	33.00	0.00					
PRINCIPAL	1.60	0.45	0.00	0.00			0.03%	4	
PROFUTURO GNP	1.67	0.70	0.00	0.00					
SANTANDER MEXICANO	1.70	1.00	0.00	0.00					
SOLIDA BANORTE GENERALI	1.45	1.00	0.00	0.00	0.75%	5			
TEPEYAC	1.60	0.15	0.00	0.00			0.01%	3	1.55%
XXI	1.45	0.20	0.00	0.00					
ZURICH	1.65	0.50	0.00	0.00					

FUENTE: CONSAR (CIFRAS VIGENTES A DICIEMBRE DEL AÑO 2000)

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS.**

CUADRO 7.1.5			
Artículo 167 Ley IMSS Anterior.			
SALARIO MINIMO DEL DISTRITO FEDERAL		CUANTIA BASICA	% INC
Desde	Hasta	F _B	F _A
	1.00	80.00	0.563
1.01	1.25	77.11	0.814
1.26	1.50	58.18	1.178
1.51	1.75	49.23	1.430
1.76	2.00	42.67	1.615
2.01	2.33	37.65	1.756
2.26	2.50	33.68	1.868
2.51	2.75	30.48	1.958
2.76	3.00	27.83	2.033
2.97	3.25	25.60	2.096
3.40	3.60	23.70	2.149
3.51	3.75	22.07	2.195
3.76	4.00	20.65	2.235
4.01	4.25	19.39	2.271
4.46	4.50	18.29	2.302
4.51	4.75	16.40	2.330
4.76	5.00	16.41	2.253
5.01	5.25	15.61	2.377
5.26	5.50	14.88	2.398
5.51	5.75	14.22	2.416
5.76	6.00	13.62	2.433
6.01	hasta 10.00	13.00	2.450

CUADRO 7.2.1									
EDAD ALCANZADA PROMEDIO									
	1997			1998			Mar-00		
	TITULAR CONYUGE HIJO			TITULAR CONYUGE HIJO			TITULAR CONYUGE HIJO		
INVALIDADOS									
SIN DEPENDIENTES	50			50			54		
CON ESPOSA	58 54			57 54			58 55		
FALLECIDOS									
CON ESPOSA	58 56			59 56			59 56		
CON ESPOSA Y UN HIJO	47 43 12			47 43 12			47 43 12		

En base a esta información se elaboran las proyecciones con el anterior y el nuevo sistema en los temas siguientes.

Para el caso de invalidez y vida, consideramos tres aspectos importantes a evaluar.

1. El comportamiento del salario diario promedio, que sirve de base para la determinación de la pensión, con objeto de visualizar el beneficio real con respecto al sistema anterior,
2. La pensión que se alcanza con cada uno de los sistemas, y
3. La participación del gobierno federal, la cobertura de invalidez y vida y el saldo de la cuenta individual en proporción de la pensión, a lo largo de la vida laboral del trabajador.

Para ello se complementan los supuestos mencionados al inicio del capítulo con los siguientes, particulares para invalidez y vida :

Periodo de cotización = 3, 5, 7, 10, 15, 20, 25, 30, 35 y 39 años

con $a_1 = 1997$

$NVS_1 = 1, 3, 5, 10 \text{ y } 25$

Invalidez.

Para la determinación de las bases utilizadas en el cálculo del monto constitutivo, como son: Número de dependientes económicos, sus edades y edad del trabajador al pensionarse. recurrimos a la información estadística disponible en el periodo de aplicación de la nueva ley, observando que la mayor incidencia en número de casos de invalidez se presenta en el rango de 45 a 59 años, para ambos sexos ; concentrándose el mayor porcentaje de casos en el rango de 55 a 59 años y la edad promedio en el rango de 50 años.

En cuanto al peso que presentan las cifras en la estructura de composición familiar de acuerdo al número de casos, el porcentaje mas representativo lo tiene el caso del inválido con cónyuge, siguiendo en orden de importancia el inválido sólo, con esposa y 1 hijo y finalmente con esposa y 2 hijos. Las edades alcanzadas promedio en cada caso son : Sin dependientes de 54 años, con cónyuge 58 y 55 respectivamente, con cónyuge y un hijo, de 50, 47,14 ; con cónyuge y 2 hijos 47,41,12 y 9. (Cuadro 7.2.1 basado en estadísticas de AMIS).

Por lo que para efecto de cálculo de nuestras proyecciones se consideran los casos de:

1. Sin dependientes $x_s = 54$.
2. Con esposa $x_s = 58, y_s = 55$.

Aplicando estas edades para el cálculo del monto constitutivo requerido, expresado por cada \$1.00 de pensión y utilizando las bases establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tenemos:

Bases financieras y de mortalidad:

- Tasa de interés: 3.5% anual efectivo (rendimiento real).
- Tabla de mortalidad de inválidos para la seguridad social 1997.

Se obtienen los siguientes factores de los montos constitutivos del cotizador del sistema de pensiones:

$$FMC_{54, M, i, 0, 0} = 161.11$$

$$FMC_{58, M, i, 1, 55 F} = 253.79$$

Vida:

Sobre las mismas bases consideradas para invalidez, la mayor incidencia en número de casos de fallecimiento se presenta en trabajadores con la composición familiar siguiente: a) con cónyuge (29%), b) con cónyuge y un hijo (19%), c) con cónyuge y dos hijos (17%), d) con cónyuge y tres hijos (10%), estos cuatro casos representan el 75% del total y las edades promedio de cada uno son a) con cónyuge 59 y 56 años respectivamente; con cónyuge y un hijo 47, 43 y 12, c) con cónyuge y dos hijos 42, 38, 12 y 9, d) con cónyuge y tres hijos 43, 38, 12, 9 y 7, como se muestra en el cuadro correspondiente (cuadro 7.2.1 basado en estadísticas de AMIS).

Por lo que para efecto de cálculo se consideran los casos de:

1. Viuda $y = 56, F$.
2. Viuda y un hijo $y = 43, F ; z_1 = 12, M$.

Las bases financieras y de mortalidad utilizadas son:

- Tasa de interés : 3.5% anual efectivo (rendimiento real).
- Tabla de mortalidad de activos para la seguridad social 1997.

Y los montos constitutivos obtenidos del cotizador del sistema de pensiones son:

$$FMC_{59 M, V, 1, 56 F, 0} = 206.23$$

$$FMC_{47 M, V, 2, 43 F, 12 M} = 252.49$$

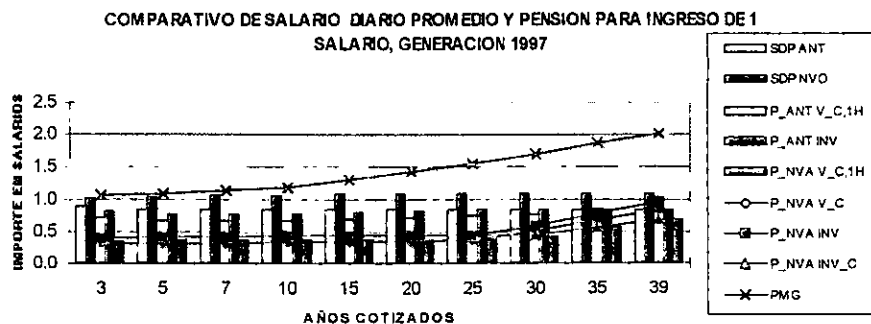
Una vez efectuados los cálculos, se realiza el análisis de los resultados obtenidos sobre el comportamiento del salario diario promedio y de la pensión, presentándolos de manera conjunta para invalidez y vida, ya que el procedimiento para su cálculo y determinación es similar.

La comparación se realiza para el trabajador con ingreso de 1, 3, 5, 10 y 25 veces el SMMDF, suponiendo que mantienen su nivel de ingreso durante toda su vida laboral, obteniendo los siguientes resultados:

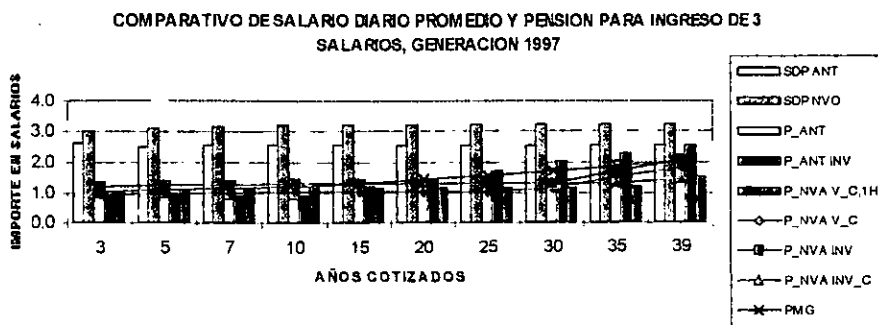
El salario diario promedio calculado bajo las nuevas bases, permite partir de un salario muy semejante al promedio de los diferentes ingresos percibidos durante la vida laboral reconociéndolos a valor actual, (dependiendo del comportamiento del ingreso en la vida laboral), lo que representa un punto de partida satisfactorio para el trabajador, que

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN INVALIDEZ Y VIDA.**

combinado con el porcentaje del 35% o 40% (considerando 15% de asignaciones familiares o ayuda asistencial en los casos expuestos) para la obtención de la pensión, presenta en gran parte de los casos ventajas sobre el sistema anterior y cuando este criterio es desventajoso, dependiendo del rango de salario y el periodo cotizado del trabajador, los lineamientos del sistema permiten darle solución o reducir la desventaja a través de la aplicación de la pensión mínima garantizada y del saldo de la cuenta individual, como se presenta en las gráficas siguientes:



Para el caso de ingreso de un salario¹, el resultado obtenido por la pensión de manera natural no es satisfactorio, pero esto queda salvado por la aplicación de la pensión mínima garantizada, presentándose la situación de que el (los) pensionado(s) por invalidez o fallecimiento, percibirán una pensión superior a su ingreso siempre que el comportamiento histórico del salario este por abajo de la inflación, ya que el efecto de la pensión mínima garantizada es acumulativo a partir del cambio de ley.



Para 3 salarios, podemos observar como la pensión nueva es superior a la anterior durante los primeros 15 años y la pensión mínima garantizada supera a la pensión obtenida por la

¹ Las expresiones de "salarios" utilizadas en el presente capítulo se refieren al ingreso o pensión expresados en número de veces el SMMDF.

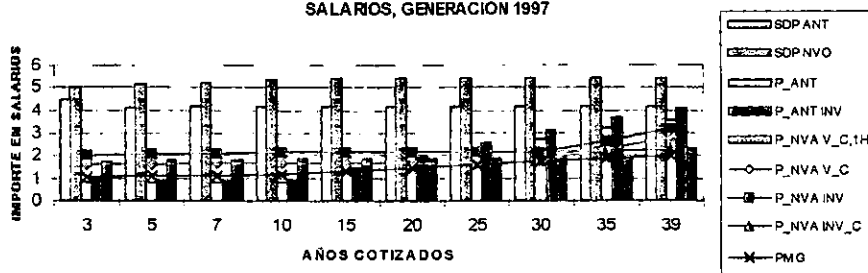
**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN INVALIDEZ Y VIDA.**

nueva ley en el período de 20 a 35 años, en tanto que la anterior supera a ambas a partir de los 25 años de cotizaciones, esto debido a que el crecimiento de la pensión nueva en función al saldo de la cuenta individual es más lento que el incremento en el resultado a largo plazo de la pensión anterior basado en el factor de antigüedad.

Podemos observar que con ambos sistemas se establece un nivel mínimo de pensión que bajo el sistema anterior es de 1 SMMDF y en el nuevo sistema lo marca la pensión mínima garantizada, por lo que el nivel de pensión alcanzada para trabajadores con ingreso de 1 a 3 salarios, en el nuevo sistema es muy similar, variando entre un 2.5% y un 15% más y el beneficio adicional que podrá existir para este grupo de trabajadores de ingreso equivalente a 3 salarios, esta representado en el largo plazo por el rendimiento real excedente en la cuenta individual que pueda permitir la obtención de un incremento superior al de la pensión mínima garantizada.

Para el periodo de cotización de 39 años, bajo los supuestos utilizados, la pensión nueva y la pensión anterior obtenidas representan, en el caso de invalidez, sin dependientes, el 69% y 84% del ingreso, respectivamente, con lo que se ve afectado el nivel de pensión otorgado.

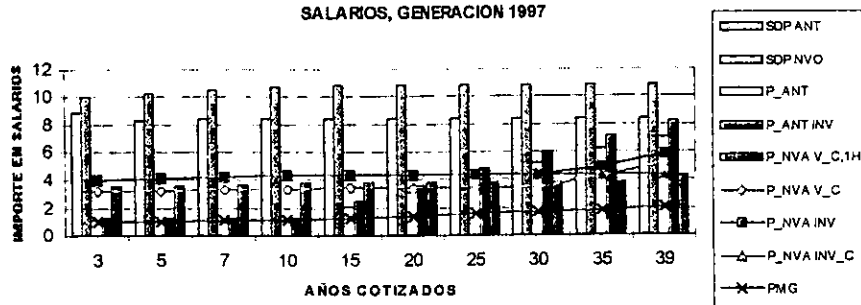
**COMPARATIVO DE SALARIO DIARIO PROMEDIO Y PENSION PARA INGRESO DE 5
SALARIOS, GENERACION 1997**



Para el caso de 5 salarios, el beneficio que se obtiene bajo el nuevo sistema esta representado por el incremento en el porcentaje de beneficio otorgado (de un 20% pasa a 35% y del 23% al 40% para invalidez) y la determinación del salario diario promedio, con lo cual, los trabajadores que se invalidan con un periodo laboral cotizado de hasta 10 años obtienen una pensión superior al doble del beneficio obtenido con la ley anterior (entre 103% y 117% de incremento), disminuyendo este comportamiento en el periodo de 15 años a un incremento del 46%, y continua disminuyendo hasta llegar a ser casi igual en el año 20, para después disminuir y mantenerse menor a la pensión anterior; finalmente en el año 39 la pensión nueva representa el 64% y la anterior el 83%, en proporción del ingreso.

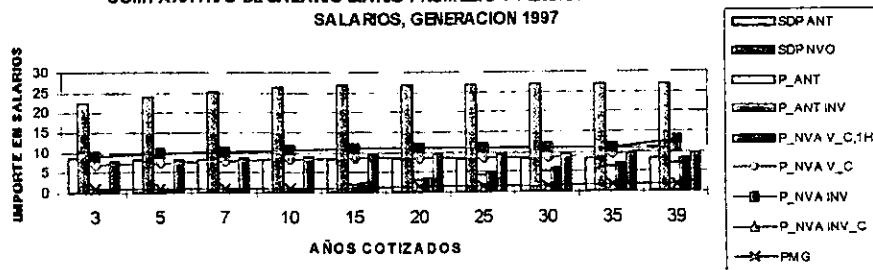
COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN INVALIDEZ Y VIDA.

COMPARATIVO DE SALARIO DIARIO PROMEDIO Y PENSION PARA INGRESO DE 10
SALARIOS, GENERACION 1997



El caso de 10 salarios tiene un comportamiento similar al de 5 salarios con diferencias más marcadas ya que los primeros 10 años representa más de 3 veces la pensión anterior, con lo que se beneficia de manera notable al trabajador que se pensiona, disminuyendo esta diferencia en el largo plazo, al representar en el año 15 un 78% más de la pensión anterior, para 20 años ya sólo un incremento del 20% y posteriormente continua disminuyendo hasta alcanzar el 73% de la pensión anterior para 39 años cotizados.

COMPARATIVO DE SALARIO DIARIO PROMEDIO Y PENSION PARA INGRESO DE 25
SALARIOS, GENERACION 1997



Para 25 salarios no hay punto de comparación, ya que la pensión obtenida bajo el nuevo sistema (para invalidez, sin dependientes) supera el nivel del salario diario promedio calculado bajo el sistema anterior (sobre el tope máximo de 10 veces el SMMDF), incrementándose durante los primeros 10 años por encima de este, hasta alcanzar un 26% de incremento, entre los años 15 y 35 años mantiene un incremento del 30% y el fondo constituido permite que la pensión alcance al año 39 el 53% del ingreso. Este incremento en la pensión es debido a la ampliación en la base de cotización de 10 a 25 veces el salario.

Cabe hacer notar que estos niveles de pensión se obtuvieron considerando una generación de trabajadores que ingresan a partir de Enero de 1997, por lo que tienen contemplado casi el 100% de sus cuotas en la Afore; por lo tanto, si ellos no igualan el nivel de pensión otorgado por el sistema anterior en el largo plazo, las generaciones anteriores o generaciones en transición se encuentran en una situación desfavorable y para ellas podemos partir de que cuentan con el beneficio garantizado por ley del 35% del salario diario

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN INVALIDEZ Y VIDA.**

promedio (o 40.25%, considerando asignaciones familiares o ayuda asistencial en caso de invalidez), o la pensión mínima garantizada, lo que resulte mayor.

En relación al tercer aspecto a analizar, tenemos:

La participación del gobierno federal, la cobertura de invalidez y vida y el saldo de la cuenta individual, interactuando a lo largo de la vida laboral del trabajador para conformar el pago del beneficio.

Con objeto de mostrar la participación de cada uno de los posibles involucrados en la constitución de la pensión, (Gobierno Federal, cobertura del IMSS y fondo constituido por el trabajador), se presentan cuatro ejemplos, dos para invalidez y dos para vida, con los casos de mayor incidencia, mostrando su comportamiento a lo largo de la vida laboral del trabajador y de los diferentes rangos de ingreso que se han utilizado en nuestros supuestos, proyectándolos por un periodo de 30 años, con la siguiente clasificación:

Dentro de cada una de las gráficas se integra la participación siguiente :

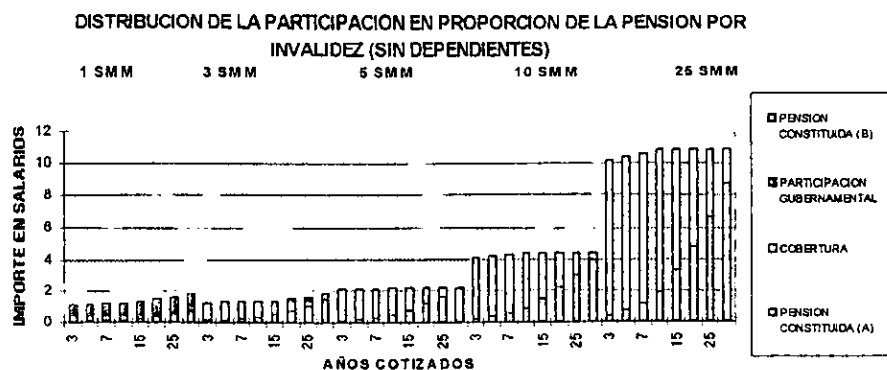
Pensión constituida (A)

Cobertura

Participación gubernamental

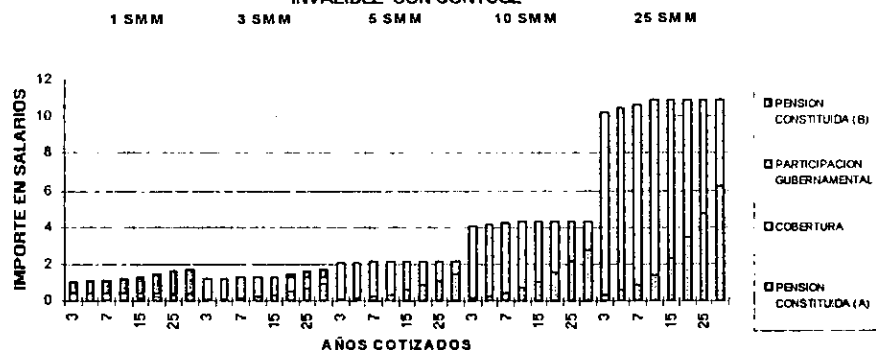
Pensión constituida (B)

La separación que se realiza entre pensión constituida (A) y (B), es para marcar gráficamente una separación del fondo constituido en la cuenta individual a partir del momento en que el mismo supera el monto constitutivo requerido y permite obtener una pensión mayor, presentando este excedente como pensión constituida (B).

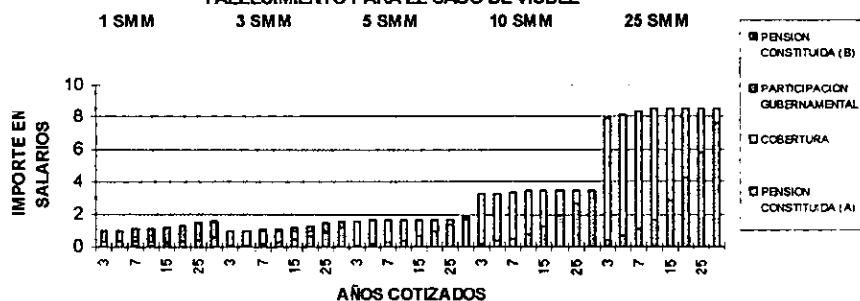


COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN INVALIDEZ Y VIDA.

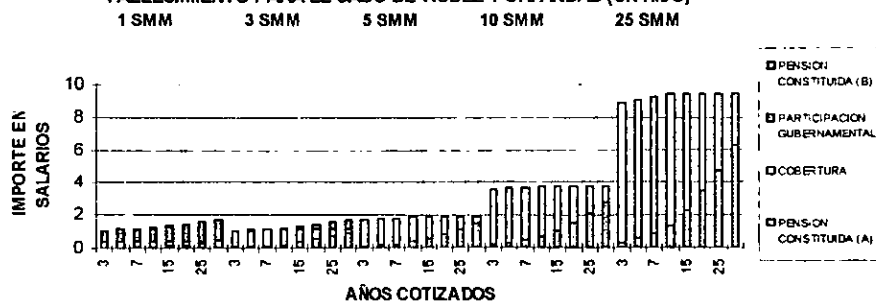
DISTRIBUCION DE LA PARTICIPACION EN PROPORCION DE LA PENSION POR
INVALIDEZ CON CONYUGE



DISTRIBUCION DE LA PARTICIPACION EN PROPORCION DE LA PENSION POR
FALLECIMIENTO PARA EL CASO DE VIUDEZ



DISTRIBUCION DE LA PARTICIPACION EN PROPORCION DE LA PENSION POR
FALLECIMIENTO PARA EL CASO DE VIUDEZ Y ORFANDAD (UN HIJO)



Los resultados obtenidos en todos los casos analizados son consistentes, se observa una fuerte participación del Gobierno Federal en el caso de ingreso de un salario mínimo, participando en un rango desde un 76% hasta un 67% de la pensión, para los casos de invalidez con cónyuge y viudez y orfandad (con un hijo); en tanto que esta participación disminuye al rango de 74% a 64%, para los casos de invalidez sin dependientes o viudez, la disminución en los rangos esta representada por el crecimiento del fondo en el largo plazo, ya que la participación de la cobertura otorgada por el IMSS se mantiene constante en proporción al salario y bajo nuestros supuestos disminuye en proporción de la pensión mínima garantizada, al considerar un incremento anual del salario menor al de la inflación.

Para ingreso de 3 salarios, disminuye en forma importante la participación del Gobierno Federal y pasa a ocupar la parte medular en la participación de la constitución de la pensión, la cobertura de riesgo, misma que se ve disminuida en el largo plazo por el crecimiento del fondo de la cuenta individual.

A partir de más de 3 salarios, prácticamente desaparece la participación del Gobierno Federal, pasando a representar una parte importante la cobertura del IMSS, la cual tiene una participación decreciente en el largo plazo, al iniciar en el rango de un 92% a un 96% de la pensión, hasta disminuir notoriamente su participación a los 30 años de cotización, logrando la autosuficiencia del fondo para períodos de cotización mayores.

Aún cuando este resultado parece satisfactorio es importante resaltar que los supuestos aplicados consideran montos constitutivos reducidos, ya que corresponden a casos de ocurrencia del riesgo a edades mayores con los casos de menor número de dependientes con derecho a pensión y a medida que este comportamiento varíe y el pensionado se invalide o fallezca a edad mas temprana y/o tenga un mayor número de dependientes económicos jóvenes (básicamente el cónyuge) con derecho a pensión, también se requerirá constituir un monto constitutivo mayor para cubrir los mismos niveles de pensión, lo que llevaría al pensionado a no poder obtener a través del fondo de su cuenta individual niveles de pensión mayores al establecido por ley, originando así un deterioro en el nivel de pensión en el rango de 25 a 39 años de cotizaciones (en el rango de 3 a 10 salarios), en donde el nivel de pensión actual resulta menor a la pensión del sistema anterior.

Finalmente y adicional al desglose de participación presentado, de acuerdo al diseño del nuevo sistema, el pensionado tiene la posibilidad de seleccionar la aseguradora con quién contratará su pensión, lo cual le permite obtener un beneficio adicional que en la mayoría de los casos le puede representar un ligero incremento a su pensión, que en la práctica representa entre el 1% y el 10% de la pensión obtenida por ley.

Al elaborar las proyecciones bajo los supuestos señalados al inicio de este capítulo, se busca de manera conservadora, llegar a resultados que de no existir en la realidad cambios drásticos o substanciales en el comportamiento de las variables, sean viables para las diferentes generaciones que se ven involucradas en el periodo del cambio.

Supuestos particulares aplicados para jubilación.

1. Para la proyección de la inversión en Afore:

$x_1 = 20$ con $a_1 = 1970$ y $x_1 = 35$ con $a_1 = 1971$

$x_1 = 20, 35$ y 40 con $a_1 = 1980$ y 1990

$x_1 = 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50$ y 55 con $a_1 = 2000$

2. Para la adquisición de la pensión :

$x_j = 65$; $y_j = x_j - 5$

Bases demográficas y financieras :

- Interés anual real del 3.5%.
- Tablas de mortalidad de activos para la seguridad social 1997 (hombres y mujeres).

Las fórmulas utilizadas para el cálculo de la pensión:

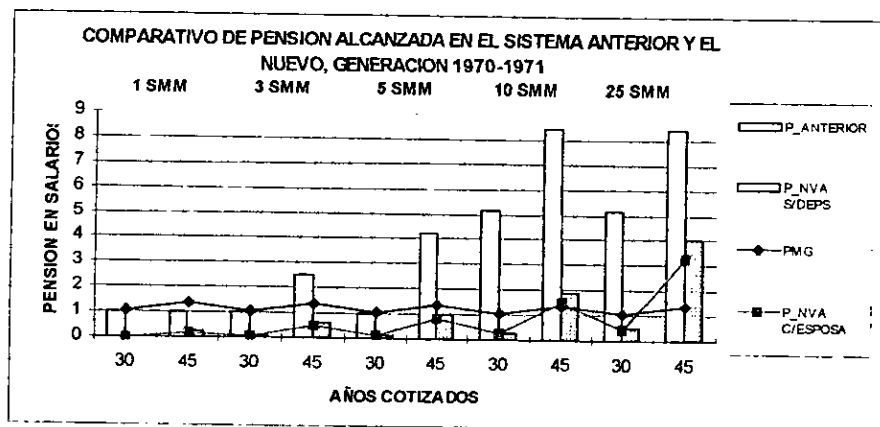
$$FMC_{65M, J, 0} = 13 \ddot{a}_x^{(12)}$$

$$FMC_{65M, J, 1, 60F} = 13 \ddot{a}_x^{(12)} + Fy * \ddot{a}_x^{(12)} * \sum_{t=0}^{w-x} \frac{Cx+t}{Dx} 13 \ddot{a}_y^{(12)}$$

$$PAFx_{s,r,i,w,y_s,z_s} = [STOTAL_{t,m} / FMCx_{s,r,i,w,y_s,z_s}] / SMMDFa_{s,m}$$

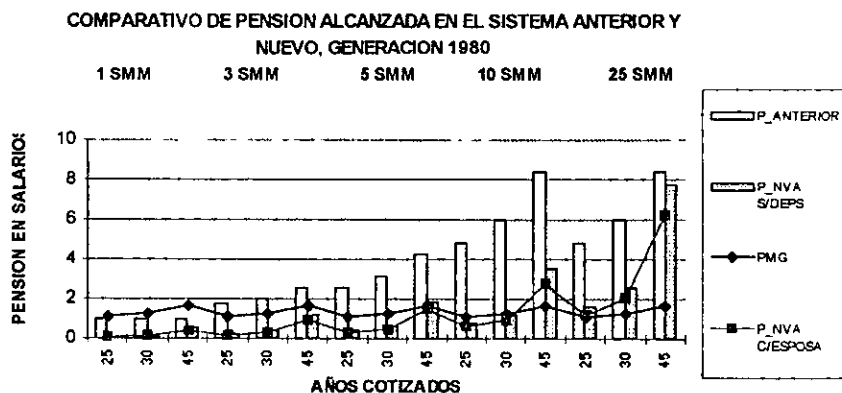
Resultados presentados en las proyecciones de jubilación.

Analizando los resultados obtenidos en las proyecciones por grupo generacional, se presenta el siguiente comportamiento :



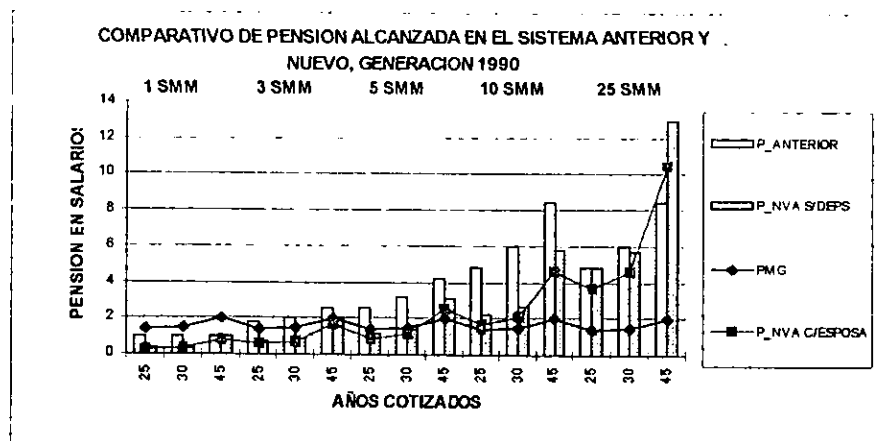
**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.**

- a) Para las generaciones que registraron cotizaciones al instituto a partir de 1970-1971, suponemos su jubilación en el periodo del año 2000 al 2015, dependiendo de su edad de ingreso que varía entre 20 y 35 años, los resultados muestran que para ingreso de 1 salario, la mejor opción es la nueva ley, por la aplicación de la pensión mínima garantizada, superior al salario mínimo. En el rango de 3 salarios con 45 años laborados, se observa que bajo la ley anterior se puede alcanzar una pensión de hasta 2.5 salarios, comparativamente con la pensión mínima garantizada, la cual alcanza 1.39 salarios; para los casos de 5, 10 y 25 salarios de ingreso, resulta notoriamente mayor la pensión que alcanzarían con la ley anterior, superior a 4 veces la pensión bajo la nueva ley para 5 y 10 salarios, debido a que el periodo cotizado en la nueva ley (que va de 3 hasta 18 años), no les permite generar el fondo suficiente, obteniendo en el mejor de los casos con un ingreso de 25 salarios una pensión de 4 salarios vs 8.42 salarios en el sistema anterior, estos resultados bajo el supuesto de que el pensionado no tenga dependientes económicos, ya que si este fuese el caso, la pensión bajo el nuevo sistema, para el jubilado con cónyuge se reduce a 3.27 salarios, actualizados anualmente por inflación.



- b) Para las generaciones que registraron cotizaciones al instituto a partir de 1980, suponemos su jubilación en el periodo del año 2005 al 2025, dependiendo de su edad de ingreso que varía entre 20 y 40 años, el periodo de inversión del fondo bajo la nueva ley va de 8 a 28 años y el resultado para ingresos menores a 3 salarios es similar al mencionado en el inciso a), quedando así la aplicación de la pensión mínima garantizada. Para el caso de 3 salarios, la ley anterior otorga una pensión superior en un rango de entre un 50% y un 60% a la pensión mínima garantizada, para un ingreso de 5 salarios esta relación se mantiene en una proporción superior a 2 a 1 (desde un 124% hasta 154% más), para 10 salarios en los casos de menor periodo de inversión, la pensión bajo la ley anterior es cerca de 6 veces la de la nueva ley y a medida que el periodo de inversión en afore se amplía, se reduce la relación a 2.4 veces. Para 25 salarios se observa que la relación entre ambas pensiones disminuye a una relación de 3 a 1 en los periodos de menor inversión y llega finalmente a ser casi igual a la pensión obtenida bajo la ley

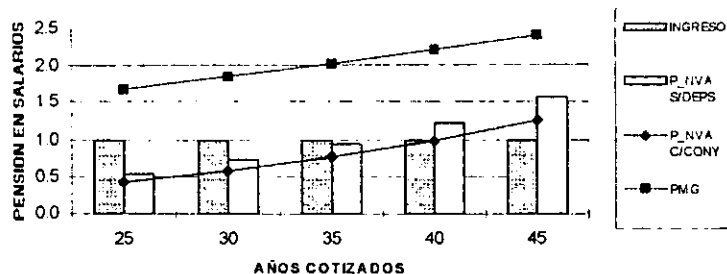
anterior (superándola esta última en un 9%) para un período de cotización en afore de 28 años, debido al incremento en el nivel de aportación bajo la nueva ley.



- c) Para las generaciones que registraron su alta al instituto a partir de 1990, su período de cotización bajo la nueva ley presenta un periodo que va de 18 a 38 años, suponiendo su jubilación en el periodo del año 2015 al 2035. Para los trabajadores de 1 salario, la opción aplicable es la pensión mínima garantizada; para 3 salarios la pensión obtenida por la ley anterior es superior entre un 25% y un 33% a la pensión mínima garantizada, primero se presenta una diferencia de 25%, después al paso del tiempo, la pensión bajo el sistema anterior crece más rápido por la antigüedad haciendo que la diferencia aumente hasta un 33% y finalmente para un periodo de 45 años de antigüedad y 38 años de cotización en afore se alcanza el 80% de la pensión anterior que representa el 67% del ingreso. Para 5 salarios la pensión obtenida en la nueva ley, para un periodo de inversión de 18 años es inferior a la pensión mínima garantizada, para periodos de cotización e inversión mayores, la pensión bajo la nueva ley se acerca y rebasa la mínima garantizada, manteniéndose por debajo de la otorgada por la ley anterior, esta diferencia disminuye a medida que aumenta el periodo de cotización, hasta alcanzar para periodos de cotización e inversión de 38 años, niveles de pensión del 74% de la anterior. Para 10 salarios la pensión bajo la anterior ley es 2 veces la calculada por la nueva, y conforme aumenta el periodo se reduce la diferencia hasta llegar con 38 años de cotizaciones e inversión en la afore a alcanzar el 69% de la pensión anterior. Para 25 salarios, la pensión bajo la nueva ley es muy similar a la anterior hasta el periodo de cotización de 30 años, variando entre .01 y .26 veces el salario mínimo, para 45 años la pensión bajo la nueva ley supera a la anterior, alcanzando un beneficio 50% mayor y representando el 52% del salario.

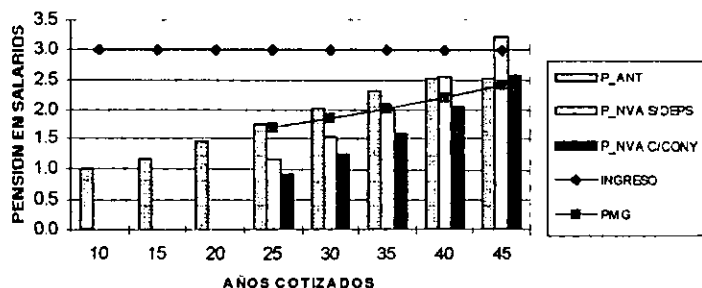
COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.

COMPARATIVO CON INGRESO DE 1 SALARIO GENERACION 2000



- d) Para las generaciones que registran su alta al instituto a partir del 2000, la ley anterior ya no aplica, suponemos un periodo de cotizaciones de 25 a 45 años, que en el caso de trabajadores con ingreso de 1 salario, se presenta que el fondo es insuficiente para alcanzar por sí sólo la pensión mínima garantizada, ya que representa desde un 32% (con 25 años) hasta un 65% (con 45 años) de la misma lo que nos revela que el mismo aún cuando satisface la condición de ofrecer una pensión superior a su ingreso en el largo plazo (que es un punto importante), no logra alcanzar a cubrir el nivel de la PMG.

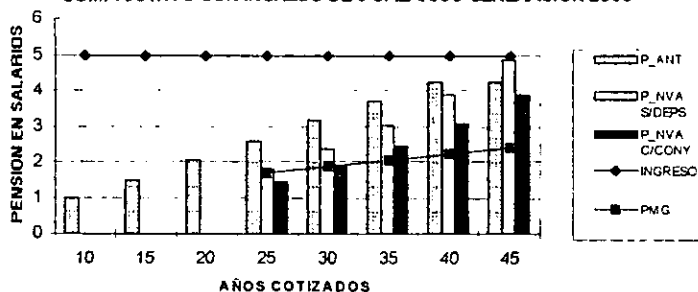
COMPARATIVO CON INGRESO DE 3 SALARIOS GENERACION 2000



Para 3 salarios, los importes de pensión obtenidos son mas acordes a los de la pensión mínima garantizada, creciendo por encima de ella en el periodo de 40 a 45 años, alcanzando en este último año una pensión superior en 32% a la PMG. Los niveles de pensión obtenida del sistema anterior superan a la pensión nueva hasta los 35 años cotizados, iniciando con un 48% más y reduciéndose hasta un 15%, modificándose este comportamiento a partir de los 40 años cotizados; para los 45 años, el pensionado podrá obtener un resultado muy gratificante al alcanzar una pensión ligeramente superior al nivel del ingreso en un 7%.

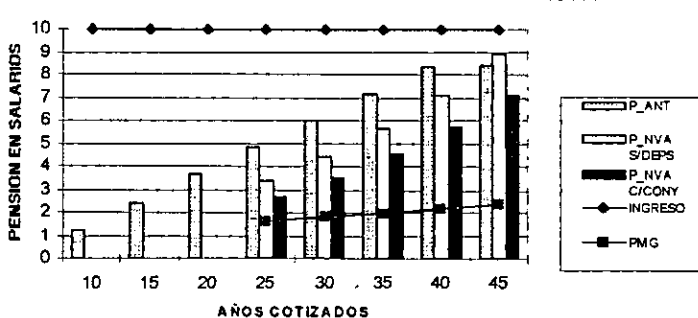
COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.

COMPARATIVO CON INGRESO DE 5 SALARIOS GENERACION 2000



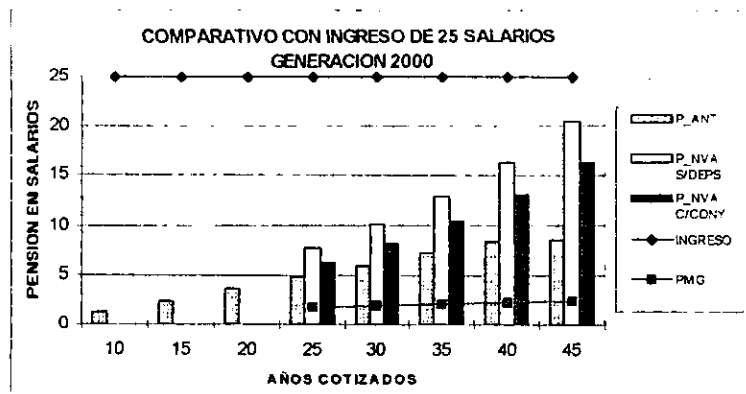
Para 5 salarios, los niveles de pensión obtenida en proporción al sistema anterior son muy similares al comportamiento presentado para 3 salarios en el periodo de 25 a 35 años, para 40 años de aportaciones e inversión, las pensiones obtenidas bajo ambos sistemas son casi iguales y para 45 años la pensión de la nueva ley supera a la anterior en un 15%, los importes de pensión obtenidos representan entre un 1.07 y 2 veces la pensión mínima garantizada y el nivel de pensión obtenida representa entre el 36% y 67% del salario, entre 25 y 35 años laborados y alcanza hasta el 97% para periodo de cotización de 45 años.

COMPARATIVO CON INGRESO DE 10 SALARIOS GENERACION 2000



Para 10 salarios la pensión bajo la nueva ley alcanza entre 70% y 85% de la pensión obtenida en la ley anterior en el periodo de 25 a 40 años cotizados, representando entre el 34% y el 56% del salario, al alcanzar los 45 años cotizados se invierte el comportamiento, superando levemente el beneficio otorgado por la pensión bajo la ley anterior y representando el 89% del ingreso.

**COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
PROYECCIONES Y RESULTADOS BAJO DIFERENTES SUPUESTOS EN CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ.**



Para 25 salarios la pensión bajo la nueva ley permite alcanzar aproximadamente niveles de incremento entre el 60% - 80% sobre la pensión bajo la ley anterior, representando entre el 31% y 52% del salario entre 25 y 35 años, llegando a representar hasta 82% del salario para periodo de cotización de 45 años.

Estos resultados muestran que las generaciones venideras requerirán mantener su participación, cotizando en la fuerza laboral durante un período de 40 años, para obtener un nivel de pensión satisfactorio, similar al del sistema anterior. u optar desde el inicio de la misma a destinar una parte de su ingreso al ahorro voluntario, con objeto de poder alcanzar los niveles de pensión planteados en un periodo de 30 ó 35 años, lo que significa reducir el periodo de cotización en el nuevo sistema en 5 ó 10 años.

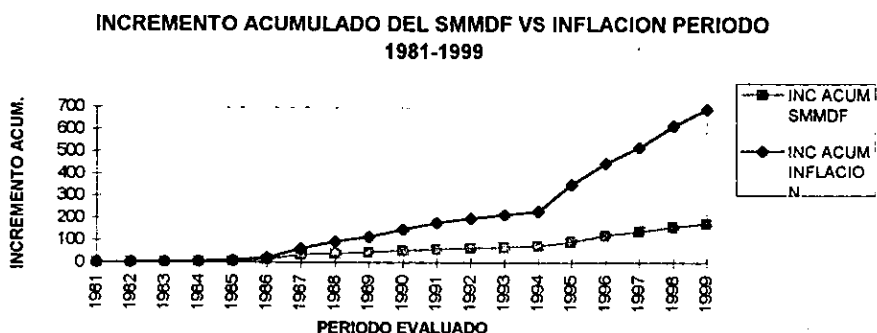
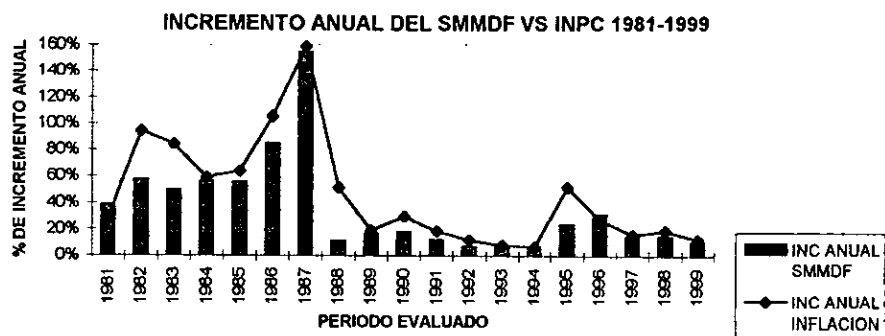
Los comentarios expresados en estos comparativos, están basados en el comportamiento de la pensión alcanzada para el caso de jubilado solo, ya que el jubilado con cónyuge obtiene una pensión que bajo los supuestos aplicados representa una reducción del 20% de la pensión alcanzada en el primer caso.

COMPARATIVO DE RESULTADOS ESPERADOS ENTRE EL SISTEMA ANTERIOR Y EL ACTUAL.
VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Las ventajas que presenta el nuevo sistema con respecto al anterior son las siguientes:

Invalidez y vida.

- Bajo la nueva ley se mejora el nivel de pensión en el largo plazo, para trabajadores con ingreso menor a 3 salarios, en la medida en que la inflación presente un incremento anual mayor al incremento del salario mínimo, ya que la base establecida de pensión mínima garantizada, fijada en la nueva ley es acumulativa.
- La actualización anual de la pensión en base al índice nacional de precios al consumidor, también representa una ventaja en base al comportamiento histórico de la inflación con respecto al salario, según se observa en las siguientes dos gráficas, las cuales muestran en un periodo de 19 años el comportamiento anual y acumulado de ambas variables, así como el impacto acumulado que la inflación ha tenido sobre el salario, presentando que el salario ha crecido aproximadamente una cuarta parte del crecimiento de la inflación.



- Para ingreso de más de 3 salarios y hasta 10 salarios, la nueva base de cálculo para determinar la pensión de estos beneficios, favorece notablemente a los trabajadores que presentan el riesgo amparado en la medida en que su salario base de cotización es mayor, ya que la ley anterior maneja una combinación de dos factores, uno decreciente en

función al incremento del salario aplicable para las primeras 500 semanas cotizadas, y un factor complementario que se adiciona por antigüedad, con esto, se favorece el importe de la pensión para aquellos casos que se invaliden o fallezcan en el rango de hasta 15 años cotizados, ya que al incrementarse el periodo cotizado aumenta en mayor proporción la pensión bajo la ley anterior, aún cuando el cálculo del salario promedio diario actualizado por inflación busca reducir este efecto, no se logra porque la parte que sustituye el factor de crecimiento por antigüedad de la ley anterior es el saldo de la cuenta individual que sobre los supuestos aplicados, crece de manera más lenta, manteniéndose la nueva pensión por abajo del nivel alcanzado en el sistema anterior.

- Para el caso de ingreso superior a 10 veces el SMMDF, la nueva ley favorece notablemente la situación de los trabajadores con este nivel de ingresos al ampliar el tope máximo del salario base de cotización hasta 25 veces, el beneficio obtenido con la nueva ley crece de manera importante al pasar de pensión ligeramente superior a un salario mínimo durante los primeros diez años al 35% (más asignaciones familiares y ayuda asistencial, cuando corresponda) del salario promedio diario actualizado por inflación, lo que le representa al pensionado una importante mejoría al obtener una pensión que dependiendo del ingreso va desde 3.15 veces hasta 10 veces el SMMDF.

Jubilación.

- La actualización anual de la pensión en base al INPC, así como la aplicación de la pensión mínima garantizada para aquellos trabajadores que alcancen una pensión menor bajo la ley anterior.
- Para trabajadores con ingreso de más de 3 y hasta 10 salarios, que coticen en el nuevo sistema 40 años, obtendrán niveles de pensión similares a los de la ley anterior y cotizando más años, obtendrán, bajo los supuestos aplicados un beneficio de pensión superior, pudiendo alcanzar una pensión muy cercana al ingreso promedio. Para quienes coticen 25 años o más en rango superior a los 10 salarios, el beneficio alcanzado por la nueva ley mejora en la medida en que aumenta el ingreso.
- El poder de decisión del pensionado sobre los recursos de su cuenta, al definir si se mantiene en la afore, contrata una renta con la aseguradora o dispone del capital que exceda a 1.30 veces la pensión mínima garantizada, para manejarlo directamente.
- Bajo los supuestos aplicados para este rubro las ventajas mencionadas pueden verse favorecidas en la práctica en las afores, si se establecen lineamientos de operación beneficiosos para este ramo, como puede ser la aplicación de una tabla de mortalidad que reduzca el costo de la pensión (permitiendo así que el pensionado obtenga un mayor beneficio) o aplicando un interés real a una tasa mayor a la autorizada actualmente a las aseguradoras en el ramo de invalidez y vida, soportado en la función principal de las siefores y en hacer participe al pensionado del beneficio adicional obtenido en la inversión de los recursos.

Desventajas.

En invalidez y vida.

Los grupos generacionales en transición, que presenten este riesgo y tengan un ingreso superior a los 3 salarios y una antigüedad en el sistema de más de 20 años, percibirán una pensión menor a la otorgada por la ley anterior, (modificándose este comportamiento para ingresos mayores a 10 salarios); Este mismo efecto se presentará en forma más notoria para los casos en que el pensionado presente dependientes, en todos los casos, con la ventaja de que se actualizará anualmente en base al INPC.

Al ampliar el requisito de semanas cotizadas para tener derecho a la pensión de invalidez, de 150 a 250 semanas cotizadas para trabajadores con invalidez de más del 50% hasta el 75%, los trabajadores que se encontraban en ese lapso de tiempo quedaron amparados bajo la ley anterior, en tanto que los que ingresan con la nueva ley sólo serán considerados si cumplen las 250 semanas.

En jubilación.

La principal es que el nuevo sistema no beneficia a los grupos generacionales que les toca vivir la transición del cambio, ya que aquellos ingresados en el rango de 1970 a 1990, no podrán ser considerados para obtener un nivel de pensión igual o superior al de la ley anterior con la garantía de que la misma se actualice al ritmo de la inflación o en caso de que a la edad de jubilación ya no se encuentren laborando, sólo podrán acceder a la pensión mínima garantizada, si reúnen las 1250 semanas cotizadas o recuperar el saldo existente en la cuenta individual.

El saldo de la cuenta individual se aplica en función a las características presentadas por el pensionado, edad de salida o jubilación, número de dependientes económicos con derecho a pensión y edades de los mismos, de tal manera que en la medida en que la esperanza de vida en el período de pago de la pensión sea mayor en el grupo familiar, mayor será el monto constitutivo necesario para otorgarla, con esto se modifica el beneficio, reduciéndose en la medida en que participe más de un beneficiario.

El trabajador requiere un mínimo de 1250 semanas cotizadas y alcanzar la edad de jubilación para ser sujeto del beneficio o cumplir con la opción de jubilación anticipada.

CAPÍTULO VIII.

Resultados a la fecha y expectativas.

TEMAS.

1. Afores, Siefores y sus resultados.
2. Información disponible sobre IMSS e instituciones relacionadas con la reforma.
3. Expectativas.

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

Afores.

Actualmente se cuenta con la participación de 13 afores para la administración de los fondos de retiro, sus resultados se presentan algunos a septiembre del 2000 y otros (la mayoría) al cierre del 2000.

Los resultados anexos buscan cubrir los siguientes aspectos:

- Nivel de cobertura alcanzado
- Niveles de comisiones cobradas por el servicio prestado.
- Recursos captados e ingreso promedio por trabajador en afore.
- Ingresos, gastos y utilidad o pérdida neta.
- Estado de resultados global de afores al cierre de 2000.

Nivel de cobertura alcanzado (trabajadores afiliados vs mercado potencial y su comportamiento en el periodo de operación de las afores).

TRABAJADORES REGISTRADOS TOTALES Y CON APORTACION POR AÑO

AÑO	TRABAJADORES REGISTRADOS		TRABAJADORES REGS C/APORTACION		PROPORCION (B/A)
	NUMERO (A)	VARIACION	NUMERO (B)	VARIACION	
Dic-97	10,732,375		6,623,322		61.71%
Dic-98	13,827,674	28.84%	11,382,783	71.86%	82.32%
Dic-99	15,594,503	12.78%	13,546,937	19.01%	86.87%
Dic-00	17,844,956	14.43%	15,891,029	17.30%	89.05%

La variación anual en el número de trabajadores registrados y trabajadores registrados con aportación, muestra que el proceso de registro que se inició en 1997, requirió de tiempo para su actualización (reflejándose esto hasta el cierre de 1998), los resultados de 1999 y 2000, ya presentan variaciones más acordes a los movimientos de la población (ingresos a la vida laboral en el sector formal).

Las cifras de control que registra CONSAR, están en base a número de trabajadores registrados y trabajadores registrados con al menos una aportación, pero no así el número total de trabajadores cotizantes a la fecha de cada cierre, lo que nos permitiría evaluar el nivel de crecimiento real medido en aportantes vigentes y el comportamiento entre total de trabajadores registrados y cotizantes.

En el boletín estadístico AIOS (Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de fondos de pensiones) a diciembre del 2000, se incluye la información de cotizantes, que alcanza los 10,330,445., representando el 58% de los trabajadores registrados.

Así mismo, se estima el mercado potencial por el IMSS, dándose a conocer en el diario oficial de la federación y que para el año 2000, asciende a 21,172,442., de esta cifra el total de trabajadores afiliados a diciembre 2000, representa el 84% y trabajadores registrados con aportación representan el 75%.

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFOREs, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

En cuanto a la distribución de afiliados por afore, tenemos que 6 administradoras cuentan con el 76% de la población y 75% de los recursos administrados, lo cual es un punto importante que puede influir de manera determinante en el desarrollo del mercado de afores, ya que la condición básica de operación es que sean rentables y las 7 afores restantes cuentan con el 25% de los recursos, lo que les implica menores ingresos y mayor exigencia en niveles de eficiencia y reducción de costos, para continuar participando en el mercado.

TRABAJADORES REGISTRADOS POR AFORE						
AFORE	TRABAJADORES REGISTRADOS TOTALES (1)		TRABAJADORES REGISTRADOS CON APORTACION (2)		PARTICIPACION MERCADO POTENCIAL (3)	RECURSOS EN MILLONES DE PESOS
	NUMERO	% DEL TOTAL	NUMERO	% DEL TOTAL		
BANAMEX-AEGON	2,248,343	12.60%	2,144,312	13.49%	10.62%	25,303
BANCOMER	2,868,189	16.07%	2,626,249	16.53%	13.55%	36,372
BANCRECER DRESNER	659,525	3.70%	576,605	3.63%	3.12%	5,465
BANORTE GENERALI	1,581,460	8.86%	1,358,621	8.54%	7.47%	8,397
BITAL	1,868,754	10.47%	1,699,323	10.69%	8.83%	13,399
GARANTE	1,965,519	11.01%	1,788,004	11.13%	9.28%	14,426
INBURSA	391,024	2.19%	369,079	2.32%	1.85%	12,428
PRINCIPAL	610,745	3.42%	537,327	3.38%	2.88%	3,174
PROFUTURO GNP	2,098,629	11.76%	1,700,699	10.70%	9.91%	15,324
SANTANDER MEXICANO	2,465,735	13.82%	2,162,633	13.61%	11.65%	14,155
TEPEYAC	298,820	1.67%	267,061	1.68%	1.41%	1,032
XXI	579,099	3.25%	530,481	3.34%	2.74%	9,465
ZURICH	209,113	1.17%	152,635	0.96%	0.99%	713
TOTAL	17,844,955	100.00%	15,891,029	100.00%	84.28%	158,652

(2) REGISTRADOS CON AL MENOS UNA APORTACION DESDE EL INICIO DEL SISTEMA

(3) OBTENIDO CON RESPECTO A (1) APLICABLE SOBRE EL DATO DEL D.O.F. DEL 24 DE DICIEMBRE DE 1999 (21,172,442)

FUENTE: CONSAR CIFRAS A DICIEMBRE 2000

Niveles de comisiones cobradas por el servicio prestado.

Con las 13 administradoras que existen, se busca que las mismas establezcan niveles sanos de competencia que les permitan operar y obtener utilidad por la actividad que realizan, satisfaciendo las necesidades de los trabajadores de ofrecer servicio oportuno y eficiente, manejando diversas opciones de comisiones que permitan al trabajador menores costos por la inversión de sus recursos. Como sabemos existen diferentes combinaciones de cobro de comisiones, mismas que se presentan a continuación:

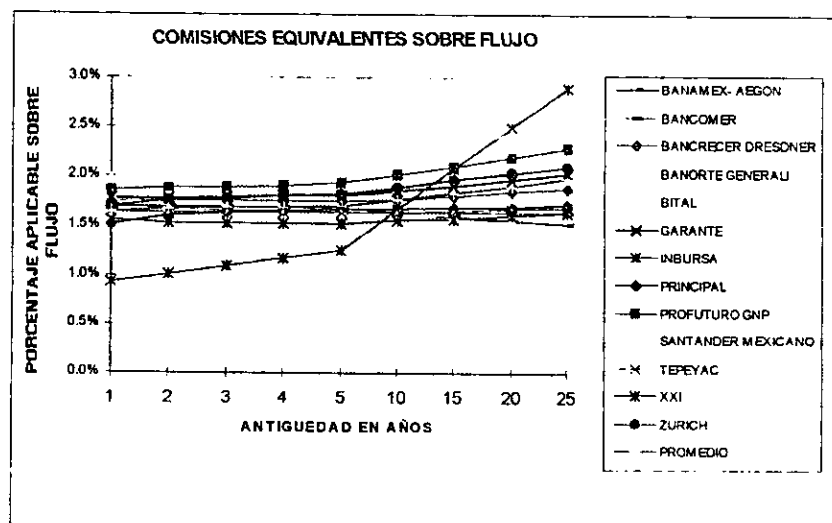
COMISIONES POR ADMINISTRACION DE CUENTAS								
AFORE	COMISIONES			MODIFICACIONES S/ SALDO			MODIFICACIONES S/FLUJO	
	SOBRE FLUJO EN % SBC.	SOBRE SALDO (% ANUAL).	SOBRE RENDIMIENTO REAL.	CADA AÑO.	FLAJA	AÑO	DESCUENTO	A PARTIR DEL AÑO
BANAMEX- AEGON	1.70	0.00	0.00	0.00			0.02%	6
BANCOMER	1.68	0.00	0.00	0.00			0.01%	3
BANCRECER DRESNER	1.60	0.50	0.00	0.00			0.02%	6
BITAL	1.68	0.00	0.00	0.00			0.02%	6
GARANTE	1.63	0.50	0.00	0.00			0.01%	6

RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS

COMISIONES POR ADMINISTRACION DE CUENTAS									
AFORE	COMISIONES			MODIFICACIONES S/ SALDO			MODIFICACIONES S/FLUJO		
	SOBRE FLUJO EN % SBC.	SOBRE SALDO (% ANUAL).	SOBRE RENDIMIENTO REAL.	CADA AÑO.	FLUJO	AÑO	DESCUENTO	A PARTIR DEL AÑO	TOPE
INBURSA	0.00	0.00	33.00	0.00					
PRINCIPAL	1.60	0.45	0.00	0.00			0.03%	4	
PROFUTURO GNP	1.67	0.70	0.00	0.00					
SANTANDER MEXICANO	1.70	1.00	0.00	0.00					
SOLIDA BANORTE GENERALI	1.45	1.00	0.00	0.00					
TEPEYAC	1.60	0.15	0.00	0.00			0.01%	3	1.55%
XXI	1.45	0.20	0.00	0.00					
ZURICH	1.65	0.50	0.00	0.00					

FUENTE: CONSAR COMISIONES VIGENTES A DICIEMBRE DEL 2000

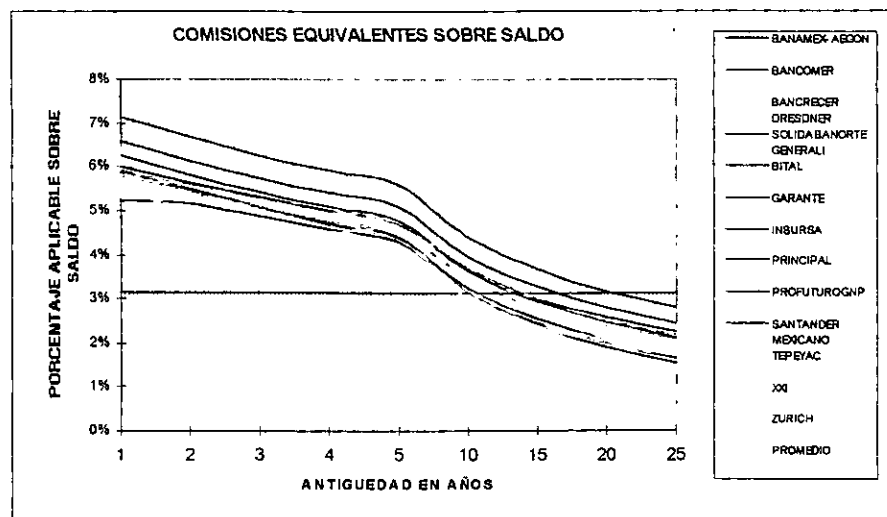
La CONSAR con objeto de apoyar a los trabajadores para una fácil interpretación de las diferentes comisiones que se aplican, genera cuadros comparativos de comisiones equivalentes, aplicables sobre un sólo concepto, esto es sobre flujo o sobre saldo, aplicando supuestos específicos de rendimiento, incremento de salario, bases de aplicación de comisiones vigentes, salario promedio y saldo al iniciar la proyección; valuándolas en el corto, mediano y largo plazo, lo que ayuda a los participantes a tener una idea más clara de los costos comparativos por afore, como se muestra gráficamente a continuación:



Como podemos observar, los niveles de comisión equivalentes sobre flujo son muy similares en la mayor parte de las afores, moviéndose en el rango de 1.5% al 2%, al inicio y entre 1.5% y 2.3% con antigüedad de 25 años, sobresaliendo del comportamiento global afore Inbursa, que inicia con un costo de .94% e incrementa notablemente en el largo plazo para llegar hasta 2.91% al año 25; afore Principal, aún cuando queda dentro del comportamiento

general, su costo es menor a las restantes, manteniendo un comportamiento uniforme con tendencia ligeramente creciente en el largo plazo.

Comparando estos mismos costos, sobre la base de saldo, se observa lo siguiente:



Podemos notar el mismo efecto presentado en las comisiones equivalentes sobre flujo, en donde se visualiza como casi todo el grupo se mueve en el mismo rango de costos, que medido en función del saldo representa un costo elevado en un inicio (en rango del 5.3% al 7.1% del saldo) y a medida que transcurre el tiempo disminuye su participación con respecto al saldo entre 1.6% y 2.8%, en tanto que afore Inbursa mantiene un porcentaje fijo del 3.15% durante todo el período.

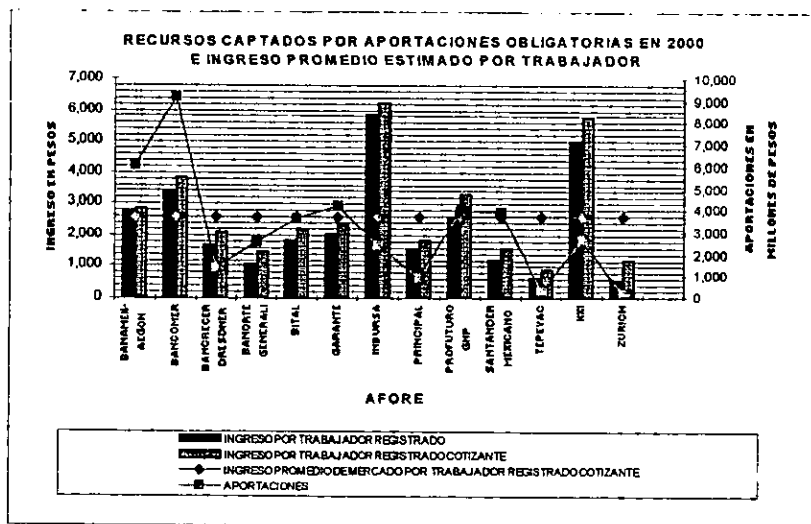
Las comisiones tienen una parte importante de su aplicación (en la mayoría de los casos) sobre las cuotas captadas de los trabajadores, por lo que dependiendo del número de participantes cotizantes (los que establecen el nivel de operaciones automatizadas requeridas para su mantenimiento) y en función de su ingreso se establecen los niveles de captación de comisiones sobre aportaciones, y sobre el total de afiliados, la captación de comisiones sobre saldo y/o rendimiento.

Recursos captados e ingreso promedio por trabajador en Afore.

Para complementar el aspecto de las comisiones, es importante conocer el monto de los recursos captados a través de cuotas obligatorias por cada afore y estimar el nivel de ingreso promedio del grupo afiliado, con esto podemos visualizar cuales son las afores con menores niveles de captación de ingresos para realizar la operación, lo que puede ser un factor importante para determinar su continuidad y funcionamiento.

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

En la gráfica siguiente se muestra conjuntamente el comportamiento de los recursos captados por aportaciones obligatorias en cada afore en el año 2000, en millones de pesos y representado en barras, el ingreso estimado promedio por trabajador registrado en cada afore, obtenido en base al total de trabajadores registrados y de trabajadores registrados cotizantes, y en línea constante, aparece el ingreso estimado promedio de mercado por trabajador registrado con cotización (obtenido bajo el mismo criterio de los estimados por afore), con los siguientes resultados:

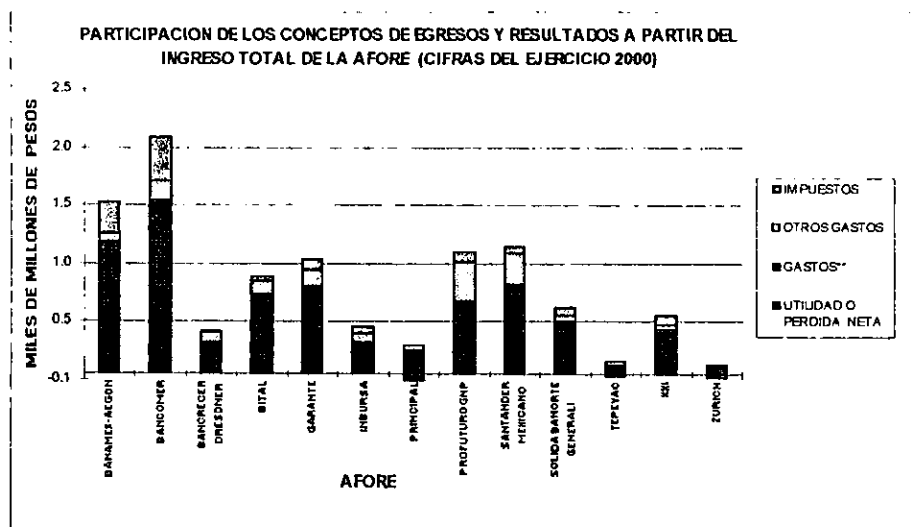


El gráfico presenta tres afores con los menores niveles de ingreso promedio, cercanos al 50% del promedio de mercado (Banorte, Tepeyac y Zurich) y dos afores con la menor captación de recursos (menos del 1% del total), que son Tepeyac y Zurich, dos afores que se encuentran ligeramente abajo del nivel de ingreso promedio de mercado, ambas con una captación de recursos importante entre el 8.8% y 10.2% de mercado, 2 afores que están al nivel del promedio y 3 que lo sobrepasan. (Bancomer, ligeramente mayor; e Inbursa y Siglo XXI con una marcada diferencia, al representar 2.4 y 2.2 veces respectivamente, el ingreso promedio de mercado)

Ingresos, gastos y utilidad o pérdida neta.

Finalmente, los factores antes mencionados tienen relación con los ingresos de las afores, los cuales deben ser satisfactorios para cubrir los gastos fijos para el mantenimiento de la operación, y permitir un margen de utilidad para que sean rentables, graficando estos resultados, podemos observar la suficiencia y eficiencia de cada una de ellas, en los niveles de gastos y márgenes de utilidad alcanzados.

RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS



Presentando la integración del ingreso en proporción de los diferentes conceptos que deben ser cubiertos, la gráfica presenta el concepto de **gastos**** que corresponde a los gastos de administración, operación y promoción, que se considera el gasto fijo que debe afrontar la afore para mantener la actividad que brinda, **otros gastos**, corresponde a depreciaciones y amortizaciones, otros gastos, resultado de posición monetaria y resultado cambiario, **impuestos** (cubiertos en función a resultados) y el resultado final de utilidad o pérdida del ejercicio.

El ingreso obtenido por las afores valuándolo en relación al monto promedio de recursos invertidos en el ejercicio representa entre el 6.7% y el 9.5% del mismo para 10 afores; el 3.93% para afore Inbursa; 10.6% afore Zurich y el 11.61% para afore Tepeyac, ubicándose el promedio de mercado en 7.42%

El monto de **gastos**** expresado en porcentaje representa entre el 35% y el 58% de los ingresos para 9 afores, dos presentan un nivel de gastos elevado entre el 71% y 87% y en los otros dos casos rebasa el nivel de ingresos, produciendo pérdida, ya que sus niveles de gastos de 73 y 215 millones respectivamente, superan sus ingresos de 60 y 206 millones de pesos; con esto, existe la imperiosa necesidad de que se establezcan adecuaciones importantes en su nivel de gastos o incrementen su participación, cubriendo el mercado potencial disponible, ya que de no ser así corren el riesgo de fusionarse o vender su cartera; a menos que tengan establecida alguna estrategia de recuperación a mediano o largo plazo.

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

RANGO DE GASTOS EN MILLONES DE PESOS	NÚMERO DE AFORES	PROMEDIO
Menos de 100	2	77.6
De 100 a 199	1	145.7
De 200 a 299	3	232.5
De 300 a 399	1	315.6
De 400 a 499	1	441.6
De 500 a 749	4	569.8
De 750 o más	1	825.2

RANGO DE INGRESOS EN MILLONES DE PESOS	NÚMERO DE AFORES	PROMEDIO
Menos de 100	2	77.5
De 100 a 199	0	0
De 200 a 299	1	206.9
De 300 a 399	1	379.9
De 400 a 499	1	412.6
De 500 a 599	2	549.4
De 600 a 699	0	0
De 700 a 799	0	0
De 800 a 899	1	859.1
De 900 a 1499	4	1,164.4
De 1500 o más	1	2,035.2

Es importante resaltar que aquellas afores cuyo grupo de afiliados se encuentra por encima del nivel promedio de ingresos, se verán más beneficiadas al captar una mayor comisión por el mismo proceso y mantenimiento que las otras y esto mismo hará que algunas otras tengan un mayor número de afiliados con ingreso menor al promedio, por lo que tendrán una mayor carga operacional y un menor ingreso individual por comisiones, si esto se combina puede llevar a la afore a incrementar sus gastos por encima del nivel de ingresos, provocando la quiebra, fusión o venta de la administradora.

En cuanto a los resultados de utilidad, las afores que la presentan, se mueven en el rango del 9% al 37%; el resultado global de mercado fue de 24%.

Estado de resultados global de afores al cierre de 2000.

Aún cuando los resultados globales son satisfactorios, resulta preocupante que 3 afores presenten pérdida y esta no sea precisamente por apalancamiento sino por insuficiencia en su nivel de ingresos

En un inicio el mercado lo conformaban 17 afores, actualmente se han reducido a 13 participantes y los resultados muestran la tendencia a continuar reduciendo el grupo.

Los egresos representan el 64.07% del ingreso y la utilidad neta el 23.68%

Al final del presente tema se anexan los cuadros correspondientes a las gráficas presentadas y el estado de resultados global al cierre del año 2000.

Siefores.

Los resultados presentados por las siefores se pueden evaluar considerando los siguientes aspectos:

- Rendimiento a los afiliados.
- Inversión de los recursos.
- Estado de resultados al cierre del año 2000.

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

Rendimiento a los afiliados.

Los resultados presentados hasta el cierre del año 2000 están apoyados en los instrumentos de inversión autorizados por la CONSAR, que han permitido la obtención de una tasa real promedio que va del 3.79% en 1997, al 6.14% en 1998, 13.72% en 1999 y 7.74% para el 2000.

Probablemente los afiliados podrán observar con gran satisfacción la obtención de estas tasas a crecimiento completamente fuera de contexto, comparativamente con las tasas de inversión bancaria, pero lo más importante en este aspecto es poder obtener un rendimiento sostenido en el mediano y largo plazo, sobre tasas reales de rendimiento en los rangos de 1997 y 1998 y de ser posible por encima de este rendimiento sin poner en riesgo los fondos.

Los resultados de rendimiento por siefore, muestran que en el periodo de operación todas han obtenido rendimiento real, excepto Siefore Bancrecer Dresdner en el ejercicio 97 y el comportamiento que muestran desde el inicio hasta el cierre de 2000, es un rendimiento cada vez más homogéneo, presentando la variación más representativa entre afores de 2.39% de rendimiento real en 1998, de 1.28% en 1999 y 1.49% en el 2000.

RENDIMIENTO DE GESTION DE LAS SIEFORES								
SIEFORE	NOMINAL				REAL			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
BANAMEX- AEGON	21.16%	25.74%	27.85%	17.64%	3.45%	6.22%	13.95%	8.08%
BANCOMER	22.40%	25.85%	27.31%	16.92%	4.29%	6.32%	13.47%	7.42%
BANCRECER DRESNER	14.66%	25.34%	27.28%	17.08%	-0.95%	5.89%	13.44%	7.57%
SOLIDA BANORTE GENERALI	22.98%	25.68%	27.99%	17.05%	4.68%	6.18%	14.07%	7.54%
BITAL	23.79%	25.51%	27.55%	17.08%	5.23%	6.04%	13.68%	7.56%
GARANTE	21.02%	26.21%	27.98%	17.14%	3.35%	6.62%	14.06%	7.62%
INBURSA	21.59%	24.89%	27.39%	17.55%	3.74%	5.51%	13.54%	7.99%
PRINCIPAL	19.99%	26.66%	27.82%	17.23%	2.66%	7.00%	13.92%	7.70%
PROFUTURO GNP	22.58%	26.97%	27.77%	17.60%	4.41%	7.26%	13.87%	8.05%
SANTANDER MEXICANO	20.73%	24.29%	27.35%	17.26%	3.16%	5.00%	13.51%	7.73%
TEPEYAC	20.20%	24.13%	26.55%	16.80%	2.80%	4.87%	12.79%	7.31%
XXI	20.69%	24.30%	27.65%	17.45%	3.13%	5.01%	13.77%	7.91%
ZURICH	20.00%	25.28%	27.62%	17.60%	2.66%	5.84%	13.74%	8.05%
PROMEDIO	21.66%	25.63%	27.59%	17.26%	3.79%	6.14%	13.72%	7.74%

Es el rendimiento que obtuvieron los activos de las siefores antes del cobro de comisiones sobre saldo.

Inversión de los recursos.

En este aspecto, el Gobierno Federal ha hecho una gran labor apoyando con su participación en los instrumentos de deuda utilizados en gran medida para permitir el objetivo principal de otorgar rendimientos reales.

Actualmente, su participación en la inversión de los recursos a través de instrumentos gubernamentales representa entre el 86% y el 97% de los recursos por siefore y el 91% del total de los recursos, en tanto que los valores privados le siguen en importancia participando

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS
AFORE, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

entre el 1% y el 10% de los recursos por siefore, con un porcentaje global del 5.4%, como se observa en el siguiente cuadro:

COMPOSICION DE LA CARTERA DE LAS SIEFORES						
AFORE	VALOR	DISTRIBUCION	INSTRUMENTOS GUBERNAMENTALES	VALORES BANCARIOS	VALORES PRIVADOS	REPORTO
BANAMEX-AEGON	26,328.40	16.10%	90.2	1.60	4.90	3.40
BANCOMER	36,891.50	22.56%	92.6	1.10	5.00	1.30
BANCRECER DRESNER	5,566.70	3.40%	92.7	0.70	5.90	0.70
BANORTE GENERALI	8,740.70	5.34%	97.3		0.90	1.80
BITAL	13,684.50	8.37%	92.4	0.40	6.60	0.60
GARANTE	14,631.60	8.95%	93.7		5.50	0.80
INBURSA	12,754.10	7.80%	90.0	0.60	9.40	0.00
PRINCIPAL	3,336.40	2.04%	89.8		6.50	3.70
PROFUTURO GNP	15,654.60	9.57%	85.8	9.90	4.10	0.20
SANTANDER MEXICANO	14,401.20	8.81%	89.5	4.10	5.10	1.30
TEPEYAC	1,087.80	0.67%	94.7		5.30	0.00
XXI	9,670.40	5.91%	87.9	1.30	7.00	3.80
ZURICH	805.40	0.49%	90.0		10.00	0.00
TOTAL	163,553.30	100.00%	91.1	2.00	5.40	1.50

FUENTE: CONSAR CIFRAS A DICIEMBRE 2000

Los instrumentos gubernamentales utilizados para apoyar la inversión de los recursos son principalmente: los bondes, udibonos y bonos representando el 94% y destacan en los valores privados la inversión en Tlevisa, Cemex y Ford.

COMPOSICION DE LA CARTERA DE LAS SIEFORES POR INSTRUMENTO

(Millones de pesos al cierre de diciembre 2000)

INSTRUMENTOS GUBERNAMENTALES

TIPO	MONTO	%
BONDES 91	84,031.43	56.51%
UDIBONO	26,222.57	17.64%
BONDES 182	16,091.13	10.82%
BONOS	12,813.30	8.62%
CETES	5,065.72	3.41%
PIC	3,277.82	2.20%
BPA's	446.98	0.30%
OTROS	744.96	0.50%
TOTAL	148,693.92	100.00%

En OTROS quedan incluidos BONDEST, BREMS y UMS

VALORES PRIVADOS

TIPO	MONTO	%
TLEVISA	1,798.08	20.31%
CEMEX	1,311.26	14.81%
FORD	983.76	11.11%
DESC	682.81	7.71%
PAN-MEX	665.11	7.51%
TELMEX	656.26	7.41%
OTROS	2,754.02	31.11%
TOTAL	8,851.30	100.00%

VALORES BANCARIOS

TIPO	MONTO	%
CPO's		
META	116	3.56%
ATM	336	10.30%
BANCA DESARROLLO		
NAFTIE	52	1.60%
BANOBR	1,645	50.46%
MULTIPLE		
BANORTE	1,111	34.08%
TOTAL	3,260	100.00%

REPORTOS

TIPO	MONTO	%
CETES	1,805.80	73.70%
BREMS	323.43	13.20%
BONDES 91	289.12	11.80%
BONDES	31.85	1.30%
TOTAL	2,450.20	100.00%

FUENTE: CONSAR

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

Estado de resultados al cierre del 2000.

El resultado global del ejercicio, sobre el manejo de recursos alcanzados hasta por 160,953 millones de pesos, arroja una utilidad del 13.25% equivalente a 21,327 millones de pesos.

Los resultados por siefore a la misma fecha presentan los siguientes márgenes de utilidad:

UTILIDAD NETA POR SIEFORE			
SIEFORE	UTILIDAD O PERDIDA NETA	SIEFORE	UTILIDAD O PERDIDA NETA
BANAMEX No 1	13.93%	PRINCIPAL	0.13%
BANCOMER REAL	15.90%	FONDO PROFUTURO	12.29%
BANCRECER DRESNER I-1	10.44%	SANTANDER MEXICANO	11.10%
BANORTE GENERALI	11.91%	TEPEYAC	14.27%
BITAL S1 DE RENTA REAL	23.00%	XXI	14.09%
GARANTE 1	10.52%	ZURICH	3.96%
INBURSA	10.34%		
TOTAL			13.25%

ESTADO DE RESULTADOS DE LAS SIEFORES		
(MILES DE PESOS, CIFRAS PRELIMINARES AL CIERRE DE DICIEMBRE 2000)		
CONCEPTO	TOTAL	%
INGRESOS		
VENTA DE VALORES DE RENTA VARIABLE		
VENTA DE INSTRUMENTOS DE TASA REAL	55,457,596	
VENTA DE INSTRUMENTOS DE TASA NOMINAL	87,934,403	
VENTA DE SOCIEDADES DE INVERSION		
INGRESOS POR APLICACIÓN DE RESERVA ESPECIAL AFORE	17	
INTERESES SOBRE INVERSION EN VALORES	17,259,916	
PRIMAS DE RECOMPRA DE CONTRATOS	300,306	
OTROS	1,254	
TOTAL DE INGRESOS	160,953,491	
		CONCEPTO INGRESOS
EGRESOS		
COSTO DE VENTAS EN VALORES DE RENTA VARIABLE		
COSTO DE VENTAS DE INSTRUMENTOS DE TASA REAL	53,348,148	33.15%
COSTO DE VENTAS DE INSTRUMENTOS DE TASA NOMINAL	85,565,987	53.16%
COSTO DE VENTAS DE SOCIEDADES DE INVERSION		
GASTOS GENERALES	712,046	0.44%
TOTAL DE EGRESOS	139,626,181	86.75%
UTILIDAD O PERDIDA NETA	21,327,310	13.25%

FUENTE: CONSAR CIFRAS A DIC-2000

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

Anexo de cuadros referenciados de Afores:

COMISIONES EQUIVALENTES SOBRE FLUJO									
AFORE	PORCENTAJE DEL SALARIO BASE DE CALCULO								
	1	2	3	4	5	10	15	20	25
BANAMEX- AEGON	1.70%	1.70%	1.69%	1.69%	1.68%	1.64%	1.60%	1.56%	1.53%
BANCOMER	1.67%	1.67%	1.66%	1.66%	1.65%	1.64%	1.64%	1.64%	1.64%
BANCRECER DRESNER	1.74%	1.75%	1.76%	1.76%	1.76%	1.78%	1.81%	1.85%	1.89%
BANORTE GENERALI	1.73%	1.75%	1.78%	1.80%	1.81%	1.87%	1.96%	2.05%	2.16%
BITAL	1.68%	1.68%	1.68%	1.68%	1.67%	1.63%	1.61%	1.60%	1.60%
GARANTE	1.77%	1.78%	1.79%	1.80%	1.81%	1.85%	1.90%	1.96%	2.03%
INBURSA	0.94%	1.02%	1.10%	1.18%	1.26%	1.67%	2.08%	2.50%	2.91%
PRINCIPAL	1.52%	1.62%	1.65%	1.66%	1.67%	1.68%	1.69%	1.70%	1.72%
PROFUTURO GNP	1.86%	1.88%	1.89%	1.91%	1.93%	2.01%	2.10%	2.20%	2.29%
SANTANDER MEXICANO	1.97%	1.99%	2.01%	2.03%	2.06%	2.17%	2.30%	2.43%	2.56%
TEPEYAC	1.64%	1.64%	1.64%	1.64%	1.64%	1.65%	1.66%	1.68%	1.70%
XXI	1.56%	1.54%	1.53%	1.53%	1.54%	1.56%	1.58%	1.61%	1.64%
ZURICH	1.69%	1.75%	1.78%	1.80%	1.82%	1.89%	1.96%	2.03%	2.10%
PROMEDIO	1.65%	1.67%	1.69%	1.70%	1.71%	1.77%	1.84%	1.91%	1.98%

FUENTE: CONSAR CIFRAS A DICIEMBRE 2000

TRANSFORMACIONES DE LOS DIFERENTES ESQUEMAS DE COMISIONES, REALIZADO POR CONSAR ARA EXPRESARLAS EN TERMINOS EQUIVALENTES
SALARIO BASE DE CALCULO - OBTENIDO DE DIVIDIR ENTRE 6.5% LA APORTACION OBRERO PATRONAL Y ESTATAL DEL SEGURO DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ (SIN CUOTA SOCIAL)
PARA EL CALCULO SE SUPONE UNA TASA DE RENTABILIDAD DE 5% ANUAL REAL, INGRESO DE 3 VECES EL SALARIO, 0% DE CRECIMIENTO DEL SALARIO Y

COMISIONES EQUIVALENTES SOBRE SALDO									
AFORE	COMISION ANUAL SOBRE SALDO								
	1	2	3	4	5	10	15	20	25
BANAMEX- AEGON	5.90%	5.46%	5.05%	4.69%	4.36%	3.17%	2.42%	1.91%	1.56%
BANCOMER	5.92%	5.46%	5.05%	4.69%	4.37%	3.22%	2.52%	2.04%	1.70%
BANCRECER DRESNER	6.06%	5.64%	5.26%	4.91%	4.61%	3.48%	2.78%	2.30%	1.97%
BANORTE GENERALI	6.02%	5.65%	5.32%	5.03%	4.74%	3.66%	3.02%	2.59%	2.28%
BITAL	5.95%	5.50%	5.10%	4.74%	4.41%	3.20%	2.47%	1.99%	1.65%
GARANTE	6.26%	5.82%	5.44%	5.10%	4.79%	3.66%	2.96%	2.49%	2.15%
INBURSA	3.15%	3.15%	3.15%	3.15%	3.15%	3.15%	3.15%	3.15%	3.15%
PRINCIPAL	5.26%	5.17%	4.89%	4.60%	4.32%	3.24%	2.56%	2.09%	1.77%
PROFUTURO GNP	6.59%	6.15%	5.76%	5.42%	5.12%	4.00%	3.29%	2.81%	2.46%
SANTANDER MEXICANO	7.14%	6.68%	6.28%	5.92%	5.60%	4.43%	3.70%	3.20%	2.83%
TEPEYAC	5.82%	5.39%	5.00%	4.65%	4.35%	3.23%	2.55%	2.10%	1.77%
XXI	5.48%	4.99%	4.62%	4.30%	4.03%	3.03%	2.41%	2.00%	1.70%
ZURICH	5.85%	5.61%	5.30%	5.00%	4.72%	3.68%	3.01%	2.54%	2.21%
PROMEDIO	5.80%	5.44%	5.09%	4.78%	4.51%	3.47%	2.83%	2.40%	2.09%

FUENTE: CONSAR CIFRAS A DICIEMBRE 2000

TRANSFORMACIONES DE LOS DIFERENTES ESQUEMAS DE COMISIONES, REALIZADO POR CONSAR ARA EXPRESARLAS EN TERMINOS EQUIVALENTES
PARA EL CALCULO SE SUPONE UNA TASA DE RENTABILIDAD DE 5% ANUAL REAL, INGRESO DE 3 VECES EL SALARIO, 0% DE CRECIMIENTO DEL SALARIO Y
COMISIONES VIGENTES A DICIEMBRE DE 2000 Y LOS RESULTADOS VARIAN AL MODIFICAR LOS SUPUESTOS

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

MONTO TOTAL DE APORTACIONES OBLIGATORIAS 2000							
AFORE	APORTACIONES OBLIGATORIAS MILLONES DE PESOS			PROMEDIO MENSUAL POR TRABAJADOR REGISTRADO (PESOS)		PROMEDIO MENSUAL POR TRABAJADOR REGISTRADO COTIZANTE (PESOS)	
	RCV(1)	VIVIENDA	TOTAL	CUOTA RCV(2)	INGRESO (3)	CUOTA RCV(4)	INGRESO (5)
BANAMEX-AEGON	6,056	3,247	9,303	245.14	2,764	250.69	2,850
BANCOMER	9,212	5,013	14,225	286.03	3,393	314.02	3,824
BANCRECER DRESNER	1,353	1,522	2,874	176.18	1,703	201.36	2,091
BANORTE GENERALI	2,583	1,526	4,109	136.63	1,096	161.23	1,473
BITAL	3,675	1,836	5,510	183.81	1,821	206.82	2,175
GARANTE	4,261	2,451	6,713	197.86	2,037	219.58	2,371
INBURSA	2,385	1,688	4,073	445.87	5,852	470.85	6,237
PRINCIPAL	934	827	1,761	165.93	1,545	185.51	1,847
PROFUTURO GNP	4,009	2,216	6,225	235.57	2,617	282.12	3,333
SANTANDER MEXICANO	3,959	1,956	5,915	145.77	1,235	170.04	1,609
TEPEYAC	372	522	894	109.93	684	124.33	906
XXI	2,674	1,586	4,260	391.95	5,023	409.65	5,757
ZURICH	252	249	501	101.64	556	143.85	1,206
TOTAL	41,724	24,639	66,362	208.36	2,196	235.53	2,616

FUENTE: CONSAR ENERO-DICIEMBRE 2000

(1) INCLUYE APORTACIONES, CUOTA SOCIAL, COMISIONES SOBRE FLUJO Y TRASPASOS

(2) SUMA DE RESULTADOS DEL " PROMEDIO POR TRABAJADOR REGISTRADO " DE ENE-DIC2000 DIVIDIDOS POR 12

(3) SE OBTIENE DE: ((2) -65.47) / .065 (CON 65.47 IMPORTE PROMEDIO ESTIMADO DE CUOTA SOCIAL MENSUAL)

(4) SUMA DE RESULTADOS PARCIALES DEL " PROMEDIO POR TRABAJADOR REGISTRADO COTIZANTE " ENE-DIC2000 ENTRE 12

(5) SE OBTIENE DE: ((4) - 65.47) / .065 (CON 65.47 IMPORTE PROMEDIO ESTIMADO DE CUOTA SOCIAL MENSUAL)

RESULTADOS DE UTILIDAD Y GASTOS DE LAS AFORES AÑO 2000							
AFORE	INGRESOS TOTALES	UTILIDAD NETA	UTILIDAD INGRESOS	RECURSOS*	INGRESOS RECURSOS	GASTOS**	GASTOS** INGRESOS
BANAMEX-AEGON	1,481,389	549,403	37.09%	21,152,700	7.00%	586,417	39.59%
BANCOMER	2,035,189	662,801	32.57%	30,319,850	6.71%	825,190	40.55%
BANCRECER DRESNER	378,928	51,971	13.68%	4,562,350	8.33%	220,849	55.13%
BITAL	859,107	77,541	9.03%	11,045,750	12.69%	608,802	70.86%
GARANTE	1,024,905	206,105	20.11%	11,754,500	9.28%	549,526	53.62%
INBURSA	412,606	137,682	33.42%	10,507,100	3.51%	145,682	35.31%
PRINCIPAL	206,869	-28,877	-13.96%	2,576,800	1.97%	215,071	103.96%
PROFUTURO GNP	1,050,457	100,542	9.57%	12,686,600	40.77%	534,551	50.89%
SANTANDER MEXICANO	1,100,836	332,531	30.21%	11,814,200	8.68%	441,834	40.12%
SOLIDA BANORTE GENERALI	582,999	140,399	24.08%	6,768,500	5.02%	315,612	54.14%
TEPEYAC	95,261	-12,683	-13.31%	818,900	11.63%	82,810	86.72%
XXI	515,744	125,860	24.40%	7,718,900	6.68%	261,681	50.74%
ZURICH	59,754	-21,829	-36.53%	563,000	10.61%	72,584	121.47%
TOTAL	9,805,044	2,321,647	23.68%	132,089,150	7.42%	4,860,210	49.57%

* RECURSOS - REPRESENTA EL PROMEDIO DEL EJERCICIO 2000, (SALDO DIC 99 + DIC 00)/2

**SE REFIERE UNICAMENTE A GASTOS ADMINISTRATIVOS, DE OPERACIÓN Y PROMOCION

FUENTE: CONSAR CIFRAS A DICIEMBRE 1999 Y ,2000

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
AFORES, SIEFORES Y SUS RESULTADOS**

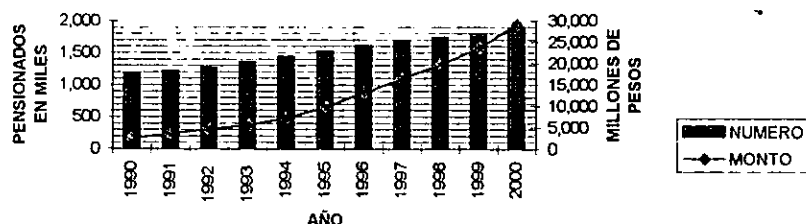
ESTADO DE RESULTADOS DE LAS AFORES		
(MILES DE PESOS, CIFRAS PRELIMINARES AL CIERRE DE DICIEMBRE 2000)		
CONCEPTO	TOTAL	%
INGRESOS		
POR COMISIONES	8,779,527	
POR LA REALIZACION DE PLUSVALIAS EN inv. SIEFORES	470,089	
OTROS PRODUCTOS	538,644	
PARTICIPACION EN LOS RESULTADOS DE SUBSIDIARIAS	16,784	
INGRESOS TOTALES	9,805,044	CONCEPTO
		INGRESOS
EGRESOS		
GASTOS DE ADMINISTRACION	767,733	7.83%
GASTOS DE OPERACION	3,195,019	32.59%
GASTOS DE PROMOCION	897,457	9.15%
DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	1,093,918	11.16%
OTROS GASTOS	50,916	0.52%
RESULTADO POR POSICION MONETARIA	276,561	2.82%
RESULTADO CAMBIARIO	550	0.01%
TOTAL DE EGRESOS	6,282,154	64.07%
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	3,522,890	35.93%
I.S.R.	1,145,844	11.69%
PARTICIPACION DEL PERSONAL EN LAS UTILIDADES	55,399	0.57%
APLICACION DE LA RESERVA ESPECIAL	0	0.00%
UTILIDAD NETA	2,321,647	23.68%

FUENTE: CONSAR CIFRAS A DICIEMBRE 2000

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las cifras de pensionados y monto de recursos asignados para el pago de las pensiones, en el periodo de 1990 al 2000e¹, muestran el siguiente comportamiento:

**NUMERO Y MONTO DE PENSIONES CUBIERTAS POR EL IMSS
 PERIODO 1990-2000**

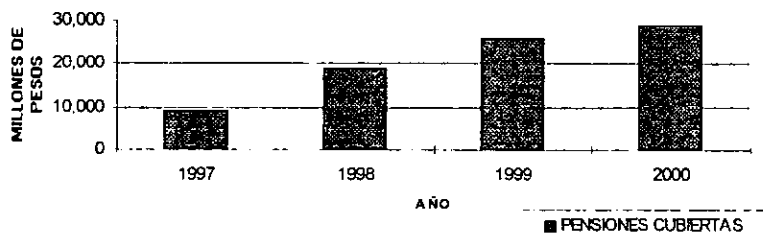


Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social.

El número de casos se ha incrementado anualmente en un rango del 4 al 6%, en tanto que el monto del pago total presenta en el periodo de 1991 a 1996 incrementos en el rango del 30% al 40% y del 1997 al 2000e, el incremento varía en el rango del 20% al 25%, resaltando que de julio 97 a la fecha ya no se incluyen los casos ocurridos de invalidez, vida y riesgo de trabajo, mismos que son transferidos a las aseguradoras.

De los montos mostrados en la gráfica anterior, a partir de julio de 1997, el Gobierno Federal absorbió el total de las pensiones en curso de pago, debido a que a partir del cambio, el IMSS ya no cuenta con ingresos para hacer frente a este rubro, ascendiendo el pago estimado para el 2000 a 29,069 millones de pesos.

**PENSIONES EN CURSO DE PAGO CUBIERTAS POR EL GOBIERNO
 FEDERAL**



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social

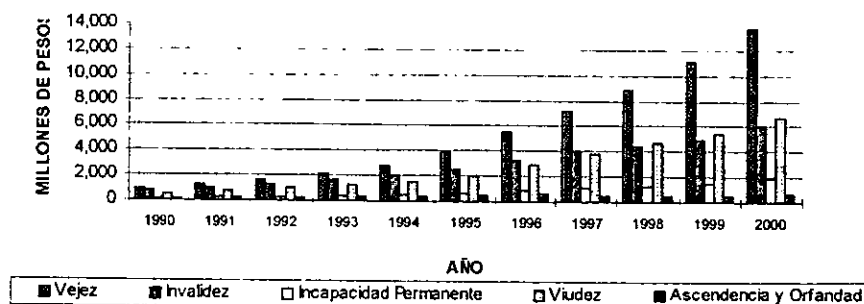
En cuanto a la distribución del monto cubierto por tipo de pensión, tenemos que la composición del monto ejercido en pensiones por el Instituto se ha modificado.

¹ Dato estimado por el IMSS

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE INSS E INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA REFORMA.**

representando en 1990 36% vejez, 28% invalidez y 23% viudez; pasando para 1996 a: 40% vejez, 26% invalidez y 21% viudez y finalmente con las modificaciones a la ley de 1997, el estimado para el año 2000 presenta la siguiente distribución: 47% en vejez, 23% viudez, 21% invalidez, 7% incapacidad y 2.17% ascendencia y orfandad; ya que vejez es el concepto que continua registrando ingreso en el número de participantes.

MONTO EJERCIDO EN PENSIONES POR EL IMSS



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social.

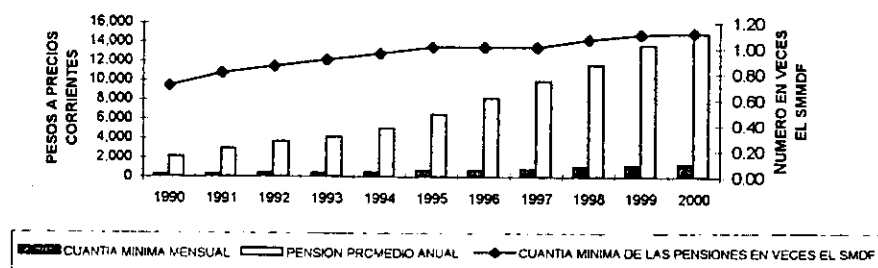
En cuanto a la cuantía mínima y pensión promedio cubierta por el IMSS, su comportamiento en el período 1990-2000e, presenta los siguientes resultados:

La cuantía mínima mensual presenta mayores incrementos en 91,95 y 98, en un rango del 30% al 40%, en tanto que el resto del periodo el incremento varia entre el 10% y 15%, en tanto que el incremento promedio del salario mínimo en el período 1990-2000 fue de 14%.

La pensión promedio anual, presenta un incremento anual promedio del 23%, de 1991 a 1999, ya que para 2000, el estimado es de 9% de incremento.

En lo que respecta al renglón de cuantía mínima de las pensiones, expresada en veces el salario mínimo del Distrito Federal, presenta un incremento promedio en el periodo de 5%, observando que los años 96, 97 y 2000 (estimado), es cero.

MONTO DE LAS PENSIONES OTORGADAS POR EL IMSS



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Aseguradoras.

A partir del cambio de ley, se dió la oportunidad al mercado asegurador de participar en la venta del seguro de pensiones privadas para la seguridad social, con lo cual se abrió la posibilidad de participar en un rubro de alta captación de recursos en un mercado cautivo, para el ramo de invalidez y vida.

Actualmente, este mercado lo integran 14 compañías, de las cuales 7 operan exclusivamente este ramo, señaladas como especializadas y 7 compañías que incluyeron dentro de sus operaciones el ramo de pensiones; finalmente, este último grupo se separará para integrarse en el grupo de especializadas, que es el requisito establecido por la autoridad.

Dentro de este mercado no existen límites máximos de participación, como en las afors, por lo que podemos observar que a diciembre del 2000, la que cuenta con la mayor participación acumulada es Bancomer con el 21.27% valuado en primas. El total de primas captadas, se distribuye en 4 grupos: El primero lo conforman 4 compañías con el 64.7% de participación, el segundo, 4 compañías con el 25.3%, el tercero por 4 compañías con el 8.6% y finalmente 2 con el 1.4%.

PORCENTAJE DE PARTICIPACION ACUMULADA DESDE EL INICIO DEL SISTEMA

PRIMAS DIRECTAS A DICIEMBRE DE 2000

ESPECIALIZADAS	% PARTICIPACION	NO ESPECIALIZADAS	% PARTICIPACION
BANCOMER	21.27	INBURSA	17.25
PORVENIR GNP	15.68	BANAMEX	10.59
COMERCIAL AMERICA	6.8	GENESIS	6.12
BANORTE GENERALI	6.55	BBV-PROBURSA	2.25
BITAL	5.84	SERFIN	1.62
ALLIANZ RENTAS VIT.	3.53	AIG	1.22
PRINCIPAL	0.96	ASEG. HIDALGO	0.41

FUENTE: COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

La composición accionaria de las aseguradoras es: Siete compañías tienen 100% capital mexicano, 3 tienen 100% capital extranjero y 4 tienen participación nacional y extranjera.

COMPAÑIA	COMPOSICION ACCIONARIA	PRINCIPAL ACCIONISTA
AIG	100% EXTRANJERA	51% AMERICAN INT. GROUP 49% AMERICAN INT. REINS.
ALLIANZ	99.9% EXT .1% MEX	99.9% ALLIANZ OF AMERICA INC.
HIDALGO	100% MEXICANA	74% GOB FED, 25% PEMEX
PORVENIR GNP	100% MEXICANA	GNP PENSIONES 99.9%
BANCOMER	100% MEXICANA	51% G.F.BANCOMER 49% AETNA INT.
BANORTE GENERAL	49% EXT 51% MEX	51% G.F.BANORTE 24.5% BELGICA INS. 24.5% PMG
BITAL	100% MEXICANA	99.9% G.F.BITAL
COMERCIAL AMERICA	100% MEXICANA	99.9% SEGS COM AME
PRINCIPAL	100% EXTRANJERA	99.9% PRINCIPAL INT. INC.
BBV-PROBURSA	.1% EXT 99.9 MEX	99.9% G.F. PROBURSA, .1% BBV
BANAMEX-AEGON	48% EXT 52% MEX	48% AEGON, 52% GF ACCIVAL
GENESIS	100% EXTRANJERA	86% METROPOLITAN LIFE INS.

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE IMSS E INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA REFORMA.**

Continuación

COMPANIA	COMPOSICION ACCIONARIA	PRINCIPAL ACCIONISTA
INBURSA	100% MEXICANA	99.9% G.F. INBURSA
SERFIN LINCOLN	100% MEXICANA	99.9% G.F. SERFIN

FUENTE: COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

Dentro de los aspectos que se consideran más sobresalientes son:

La captación de recursos.

PRIMAS INGRESADAS EN MILLONES DE PESOS

AÑO	PRIMAS
1997	1,384
1998	7,601
1999	9,242
2000	11,649
TOTAL	29,876

El resultado al tercer trimestre del año 2000, comparativamente con los fondos manejados por afores es cercano al 22% y representa el .59%² del PIB, en tanto que a nivel del mercado asegurador, valuado en reservas al primer trimestre del 2000, representa el 36%³ de los recursos de esta industria.

Manejo de las inversiones.

INSTRUMENTOS DE INVERSION

INSTRUMENTOS DE INVERSION	DISTRIBUCION %
PIC'S	48.10
UDIBONOS	30.35
BONDES91	3.74
BONOS CARRETEROS	2.91
OTROS*	14.90
TOTAL	100.00

Otros* lo conforman pagares, cetes, aceptaciones bancarias,

Papel comercial, acciones, obligaciones, reportos, certificados, etc.

FUENTE: COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

La inversión de los recursos captados, denominadas reservas técnicas se rigen por los lineamientos establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, predominando dentro de los mismos la inversión en instrumentos gubernamentales que otorgan rendimientos reales, ya que el requerimiento del beneficio de pensiones que se otorga es un beneficio actualizado anualmente por inflación y sus bases técnicas estas soportadas en una tasa de interés real del 3.5% anual.

² Recursos de aseguradoras 31,917.956 m.d.p. fuente CNSF, recursos de Afores : 145,274.3 m.d.p. fuente CONSAR y PIB trimestral al 2000Q3 5,380,978 030 m.d.p. a precios corrientes, fuente : INEGI

³ Al primer trimestre de 2000, Reservas técnicas de seguros ascienden a 66,343 y pensiones 23,911. Cifras obtenidas de CNSF

Como sabemos, en el manejo de productos de seguro de vida se manejan planes con participación de utilidades, esto es, hacer participe a cada uno de los asegurados que integran la cartera, de los resultados obtenidos por la empresa con respecto al comportamiento de la misma en mortalidad y rendimiento.

En el caso de pensiones, esto no ocurre, la pensión que se contrata es la establecida por ley y no presenta una cláusula de participación de utilidades, por lo que el beneficio adicional representa la ventaja adicional que el pensionado puede tener al elegir alguna aseguradora.

Resultados.

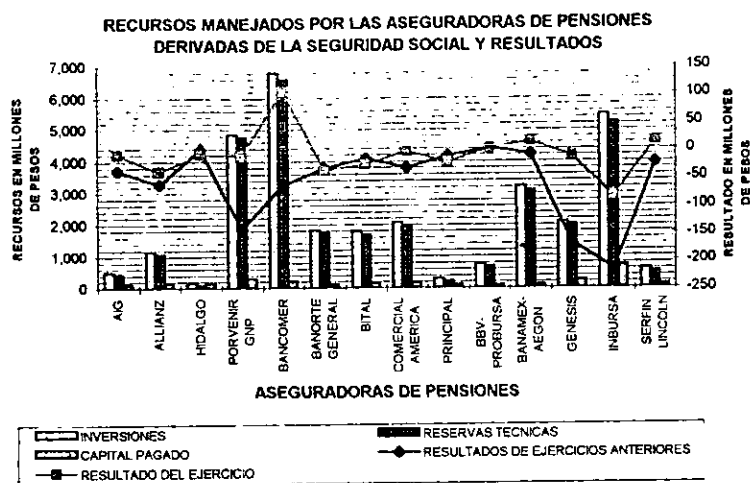
El negocio de seguro de personas de cobertura vitalicia, es un negocio a largo plazo que normalmente se ve afectado por la cancelación; el caso de pensiones es diferente ya que una vez contratado, esta garantizada su vigencia por el tiempo que se establezca en el contrato y en caso de fallecimiento del grupo familiar, antes del periodo considerado como esperanza de vida (en seguro vitalicio) o periodo cubierto, le representa a la aseguradora una utilidad mayor a la esperada por la variación en la mortalidad.

Los posibles casos de desviación que podrían afectar a estas instituciones, están consideradas por la autoridad y cubiertos por reservas y el fondo especial, de los cuales se podrá disponer, dándose así los elementos de seguridad a las empresas, para que ellas mediante una correcta y adecuada administración, obtengan en el mediano y largo plazo resultados satisfactorios.

Por las características antes descritas se requiere que al iniciar operaciones, las compañías sean quienes generen de manera inmediata el apalancamiento del negocio, constituyendo reservas adicionales y beneficios adicionales, que recuperarán en el mediano y largo plazo, con márgenes de utilidad considerados desde las proyecciones iniciales, valuadas anticipadamente al inicio de la operación.

Los resultados que presentan las aseguradoras a septiembre 2000 y el resultado de ejercicios anteriores, se muestra en la siguiente gráfica, acompañado de los recursos que manejan en inversiones, de las cuales gran parte lo representan las obligaciones contractuales constituidas, también llamadas reservas.

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE IMSS E INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA REFORMA.**



Nueve compañías presentan como resultado del ejercicio, pérdida en el rango de 3 a 39 millones de pesos, una presenta una pérdida mayor de 83 millones de pesos y cuatro tienen utilidad, una con 2 millones, 2 en el rango de 14 y 15 millones y Bancomer con una utilidad de 106 millones, muy superior al comportamiento del mercado.

Con respecto al resultado de ejercicios anteriores, sólo BBV presenta utilidad, las demás se ubican en un rango de - 8 hasta - 215 millones de pesos.

Como puede observarse el resultado de pérdida presentado ha ido disminuyendo y en proporción de los recursos que se manejan representan entre el .16% y el 7.32%; en cuanto a los recursos la mayoría maneja un monto de recursos superior a los 500 millones a excepción de aseguradora Hidalgo (180) y Principal (308).

En el marco de control que establece la CNSF, se encuentran tres indicadores que miden la solvencia de las aseguradoras y que son:

1. Cobertura de reservas técnicas.

Permite saber si la institución mantiene las inversiones suficientes para cubrir sus obligaciones contractuales y su resultado es de solvencia.

2. Margen de capital de garantía.

Mide la viabilidad financiera de la institución para hacer frente a eventos extraordinarios no considerados en materia de desviaciones a la siniestralidad. Su resultado es de solvencia y muestra si la institución cuenta con recursos suficientes para cubrir el requerimiento de capital determinado por sus operaciones.

3. Capital mínimo pagado.

Es el resultado de restar al requerimiento de capital por cada operación que se practique, el total de capital contable regulatorio. este ultimo en ningún momento podrá ser inferior al

**RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE IMSS E INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA REFORMA.**

capital mínimo pagado que fija la SHCP y representa el monto mínimo de recursos legales con que debe contar la institución, y el no tenerlo cubierto es causal de revocación.

Con estos indicadores se monitorea a todo el mercado asegurador, para garantía de los usuarios del servicio y de la estabilidad del mismo.

Administración.

La administración le requiere a cada compañía contar con una estructura de personal o agentes de ventas a nivel nacional que les permita cubrir todas las poblaciones, ya que aún cuando se presentan un mayor número de casos en las zonas de mayor concentración poblacional, el compromiso es tener la capacidad de atender el 100% de los casos que se presenten.

Por lo que este aspecto y la revisión periódica de los pensionados, para mantener vigente el pago, representan el mayor reto, ya que el control del pago y servicios de transferencia son absorbidos por la banca, quién otorga el soporte para la generación de tarjetas de débito y disposición de efectivo a través de cajeros o sucursales, con lo que se reduce el costo administrativo de las aseguradoras, al recibir este servicio por la cantidad de recursos que se transfieren periódicamente.

INFONAVIT.

Los recursos pertenecientes a los trabajadores que proceden de la cuota de Infonavit ascienden a septiembre del 2000 a:

Registrados en afores:	105,055 millones de pesos
Registrados en Instituciones bancarias:	28.619 millones de pesos
Total:	133,674 millones de pesos.

RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
EXPECTATIVAS.

Para Afores.

Cobertura.

Alcanzar una cobertura similar a la representada por la población económicamente activa⁴, integrando a todo el personal de la economía formal de manera obligatoria y al personal de la economía informal a través del recurso de las aportaciones voluntarias o de su incorporación voluntaria al régimen obligatorio, ampliando así su cobertura a una mayor parte (aproximadamente 56%) de la población en edad productiva.

Inversiones.

Lograr una inversión diversificada de los recursos, aplicándolos principalmente al desarrollo interno del país, para así cumplir los objetivos de obtener rendimientos reales y fomentar su crecimiento.

Para ello, es necesario que se establezca un límite sano en los instrumentos de inversión gubernamentales, dando autonomía al sistema y buscando que cumpla las dos funciones de ayudar en el desarrollo del país y obtener tasas de rendimiento real que permitan el crecimiento de los recursos de acuerdo al planteamiento original, por arriba de la inflación, así como la posibilidad de invertir incluso en el extranjero, con condiciones de seguridad y rentabilidad aceptables; aún cuando actualmente los valores gubernamentales representan un gran apoyo, el permitir que sigan absorbiendo más del 90% de los recursos generados por las afores no es sano para un desarrollo equilibrado, ya que el crecimiento de los recursos se dará de manera desmedida al paso del tiempo.

Costos.

Es necesario mantener una constante optimización de los gastos con objeto de reducir costos, esto principalmente en beneficio de las propias administradoras o reducir los márgenes de utilidad de las siefores y las administradoras, quienes por la cantidad de recursos invertidos, obtienen resultados en valor absoluto muy significativos.

Competencia en el pago de beneficios al pensionado.

El mercado de pensionados por jubilación es el sujeto de competencia entre aseguradoras y afores, el margen de utilidad que la aseguradora comparte a través del beneficio adicional, la afore lo acreditará directamente en el rendimiento y en el cálculo anual, las posibles desventajas de las afores serán el gasto administrativo y la condición de sobrevivencia superior al promedio, que lleve al pensionado al agotamiento del fondo.

Una vez que se implemente esta opción, las afores estarán en posibilidad de ofrecer mejores opciones de pago que las aseguradoras, siempre que el costo administrativo que se establezca por el pago mensual de las pensiones no sea excesivo, además ante la perspectiva

⁴ Actualmente estimada en 39,751,385. Según Encuesta Nacional de Empleo 1999 Fuente: Inegi

del margen que contempla la tabla de mortalidad de activos para la seguridad social 1997 y el cálculo conservador que permita corroborar al futuro pensionado que a tasas de rendimiento conservadoras, el saldo permita cubrir el pago de la pensión hasta edades similares a las consideradas en la tabla, existe una alta probabilidad de que las opciones ofrecidas por las Afores puedan resultar más atractivas que las de las aseguradoras.

Aseguradoras.

Alcanzar mediante esta operación un manejo de recursos impensable, bajo el esquema de seguros vigente (sin considerar las pensiones), ya que aún cuando el número de casos que se presentan para invalidez y vida es menor al mercado potencial de jubilados por vejez y cesantía en edad avanzada, los montos constitutivos son cifras altamente representativas, que alcanzan el tercer trimestre del 2000 el 22% de los recursos de afores.

Cobertura.

Deberá perfeccionarse el producto de pensiones, buscando beneficiar más al pensionado, lo cual podrá presentarse en la medida en que se obtengan tasas de rendimiento superiores a las establecidas como requeridas para el otorgamiento del beneficio y a la competencia con las afores en la parte de pensión por jubilación.

Inversiones.

Al igual que las afores, las instituciones aseguradoras tienen permitidos cajones de inversión, en los que sobresale un alto porcentaje de inversión en instrumentos gubernamentales, lo cual es válido para el impulso del otorgamiento de los beneficios bajo las condiciones establecidas, pero a medida que transcurra el tiempo es necesario que se presente la diversificación de instrumentos de inversión, para un sano crecimiento y competencia.

Servicio y administración.

Mantener la calidad de los servicios sin incrementar el costo de administración, ampliando la cobertura territorial.

Los gastos tanto en aseguradoras como en afores, deben estar muy bien vigilados y en constante proceso de optimización, ya que es un punto que en la medida en que el comportamiento de los grupos captados cambie, puede representar en proporción un incremento substancial de los mismos.

IMSS.

El IMSS dejará de ser administrador de las pensiones, para convertirse en regulador en el cumplimiento de todos los aspectos de la operación de invalidez y vida, riesgos de trabajo y jubilación.

RESULTADOS A LA FECHA Y EXPECTATIVAS.
EXPECTATIVAS.

La administración de la operación disminuirá de manera paulatina en la medida en que el nuevo sistema represente una mejor opción económica para los pensionados.

En la parte de salud, estará sujeto a las directrices que se sigan, ya sea apoyando fuertemente a la institución en la parte financiera u orientándola a cubrir las necesidades básicas de salud de la población.

Infonavit.

Deberá actuar con prudencia y manejar adecuadamente los recursos que tiene destinados, ya que debe responder sobre los mismos y su rendimiento, sin reducir la prioridad de desarrollo y satisfacción de vivienda, de manera que quien no haga uso del beneficio, pueda bajo un esquema de baja inflación en el mediano y largo plazo, obtener un rendimiento anual similar a la inflación, lo cual contribuiría en mejores resultados para el beneficio de pensión.

Gobierno Federal.

Cuenta con una carga social importante en la parte del IMSS, al afrontar la cantidad de recursos destinados para las pensiones en curso de pago, la cuota social y el faltante de la pensión mínima garantizada de los trabajadores que no la alcanzan.

En cuanto al pago de las pensiones, estas tienden a incrementarse en el corto y mediano plazo y posteriormente a irse reduciendo hasta desaparecer, en tanto que el pago del complemento para alcanzar la pensión mínima garantizada dependerá del comportamiento que presente la inflación, el salario y los rendimientos obtenidos por las afores, pero es muy probable que en la mayoría de los casos de ingreso menor a 3 salarios, el saldo generado sea insuficiente y el gobierno participe, complementándolo.

Finalmente, el aspecto más importante y representativo en el largo plazo, será la cuota social y la participación estatal en enfermedades y maternidad actualizadas por inflación.

Pensionados.

Alcanzar mejores niveles de pensión y atención médica, que les permitan subsistir en condiciones satisfactorias de bienestar y autosuficiencia.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES

Este trabajo se evalúa en función al nuevo sistema y las mejoras que representa para el beneficio individual y colectivo de la población del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en los beneficios que se obtienen para el país.

Con el nuevo sistema se inicia una nueva etapa en la vida de los trabajadores, quienes requieren reaccionar, despertando del modelo anterior y tomando una posición activa de participación y toma de decisiones, interesándose en su bienestar y su futuro y cuidando sus intereses, informándose acerca del sistema y de lo que ofrece cada uno de los participantes.

Este paso es difícil para gran parte de la población, ya que va de la mano con las características de falta de participación y de desinterés por decidir sobre los aspectos de su vida y su superación, pero es el cimiento para que a mediano y largo plazo, se den las bases a las generaciones en transición y las venideras para que actúen de acuerdo a la dinámica planteada por el sistema y en la medida en que esto ocurra, el mismo podrá optimizarse y hacerse más sofisticado.

Los grandes aciertos que trae consigo el cambio son la transparencia, identificación de recursos propios, opción de ahorro sin limitaciones e ingresar a opciones de inversión atractivas, superiores a las bancarias, disposición de los recursos excedentes, selección de administradora de recursos, pago del beneficio y en un futuro de siefore.

En cada uno de los ramos, tenemos:

Enfermedades y maternidad.

El cambio de esquema en cuotas:

- No favorece ni soluciona el problema de insuficiencia del ramo, sino que lo acrecienta al reducir las cuotas obrero-patronales en la mayoría de los rangos con mayor ingreso y sentar las bases para incentivar la reversión de cuotas, transfiriendo parte de los fondos de salud originalmente canalizados a la seguridad social a instituciones privadas.
- Con esto se reduce de manera significativa el concepto de redistribución en apoyo de la seguridad social entre los trabajadores de bajos y altos ingresos, ya que la cuota única representa una cotización porcentualmente mayor sobre el ingreso para los trabajadores de mas bajo ingreso, quedando establecido un costo fijo por trabajador y como elemento redistributivo el porcentaje aplicable en exceso de 3 salarios, lo que representa con la nueva distribución cerca del 28% de los ingresos a este ramo.

El seguro de salud para la familia, como esta diseñado, no es la alternativa para captar los recursos que permitan complementar el ingreso que requiere el instituto para la autosuficiencia del ramo, ya que para que la población pueda adquirirlo es necesario mejorar substancialmente su nivel de ingresos y las condiciones de cobertura del mismo, situación

CONCLUSIONES

que aún con el pago de primas correspondiente, el instituto (bajo el esquema actual) no cuenta con la capacidad para atender.

Mediante la promoción e implementación de la reversión de cuotas y el seguro de salud para la familia, quedan al margen los mexicanos sin posibilidades económicas y los que se encuentran enfermos y no tienen servicio médico, pasando a ser personas no asegurables, quienes sólo podrán aspirar a mantener su salud a través del apoyo de las instituciones de SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia) o de beneficencia, rompiendo así con el objetivo de la política de salud que busca no solo el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, sino también su bienestar general, afectando así el derecho a la vida y al pleno desarrollo de capacidades y potencialidades colectivas e individuales.

Se observa que el objetivo primordial planteado en la reforma de solucionar el problema de insuficiencia del ramo, no se satisface, más aún desaparece el apoyo de solidaridad y redistribución que tenía el sistema al disminuir notablemente la cuota de los trabajadores con ingresos de más de 3 salarios y se incrementa fuertemente el apoyo estatal sin un beneficio real para la institución como representante de los intereses de sus derechohabientes, quién mediante el nuevo esquema percibe los mismos ingresos, por lo cual se concluye que sería de mayor utilidad mantener el esquema anterior de cuotas e incrementar la cuota del estado al nivel establecido de 13.9% del SMMDF, actualizado por inflación. (alcanzando así una aportación estimada del 16.8% del salario base de cotización, lo cual permitiría continuar con el desarrollo del ramo mediante su suficiencia).

El servicio médico para pensionados, representa un gran apoyo, ya que aplica sin costo para los mismos; un beneficio que se conserva con el cambio de ley y que es importante resaltar como aspecto solidario a uno de los grupos que más lo necesitan, ya que en otros países este beneficio es otorgado a través de un costo determinado en porcentaje de la pensión y descontado mensualmente.

Riesgos de trabajo.

El procedimiento establecido para determinar las cuotas del seguro de riesgos de trabajo permite que al paso del tiempo lleguen a coexistir los casos extremos de empresas con niveles de participación muy reducidos, que no presenten siniestralidad y empresas con altos niveles de siniestralidad que alcancen el tope máximo de cuota, este último caso sólo podrá solucionarse o eliminarse en la medida en que se trabaje conjuntamente entre IMSS y empresas, dando apoyo a aquellas con menor capacidad para invertir y modernizar la planta productiva, ya que de otra manera, este punto actuaría como un desincentivador para quienes no dispongan de recursos para el logro de estos objetivos, aunque la mecánica del cambio de cuota, hace que los cambios significativos se vayan dando en el largo plazo, por lo que hay manera de monitoriar, apoyar y buscar medidas correctivas para las empresas que presenten esta tendencia.

Cuando en un año una empresa presente desviaciones en siniestralidad muy significativas, no habrá un mecanismo de reajuste inmediato, por lo que el costo de la desviación será cubierto

CONCLUSIONES

por el sistema, ya que la cuota variará a lo mas en un punto porcentual, en tanto, que las empresas que consistentemente presenten resultados desfavorables durante un lapso continuado de tiempo (de más de tres años), serán aquellas que se verán más afectadas, por el incremento acumulado de la cuota.

La expectativa con las modificaciones es reducir la siniestralidad por abajo de la del pasado reciente. El costo del seguro de riesgos de trabajo con base en el presupuesto de 1996 representaba el 2.23%¹ de los salarios, con un importe captado de 2.43%, lo que arrojaba un margen de .20%, lo que establece que la cuota era suficiente; el actual sistema continuará bajo la tendencia de suficiencia, pero al paso del tiempo, cuando algunas empresas presenten desviaciones severas, el cuestionamiento es si el sistema generará los márgenes suficientes para cubrirlas.

Con respecto a la integración del monto constitutivo para la pensión, el aspecto cuestionable es el por qué disponer del saldo de la cuenta individual propiedad del trabajador, (aun cuando en la mayoría de los casos el saldo es muy pequeño, ya que este tipo de riesgo presenta mayor incidencia en edades jóvenes de 20 a 39 años) si el riesgo de trabajo es un riesgo inherente a la actividad y a las medidas de seguridad, que debe cubrir totalmente el patrón y que esta amparado por la cuota que paga al instituto; la realidad es que el saldo de la cuenta individual no debería ser afectado, permitiéndole al pensionado una mejoría económica del nivel de pensión otorgado; pero al no funcionar así, el fondo de la cuenta no es propiedad del trabajador cuando ocurre el riesgo de trabajo.

Pensiones.

Con la infraestructura de afores, siefores y aseguradoras se logra la expansión del ahorro, un mejor desarrollo de nuestros mercados financieros y la constitución de una fuente amplia y permanente de capital a largo plazo.

La mayor participación estatal dentro de la reforma es el costo de la privatización del sistema de pensiones, constituyendo así recursos adicionales e inmediatos para las afores, siefores y aseguradoras de pensiones, por lo que los principales beneficiarios del nuevo esquema son los grandes grupos financieros, quienes pueden obtener utilidades muy representativas por el manejo de estos recursos que a su vez en un 91% están invertidos en instrumentos de deuda gubernamental.

Los supuestos conservadores aplicados en las proyecciones, muestran que el trabajador con un ingreso de 3 salarios mínimos, logra un nivel de pensión (para invalidez y vida amparado en su saldo más la suma asegurada) cercano a la pensión mínima garantizada, lo que origina que el ahorro realizado por el trabajador con ingreso menor requiera una fuerte participación del gobierno federal para cubrir la pensión mínima garantizada, lo cual afecta nuevamente en la parte económica al gobierno (efecto redistributivo), quién afrontará esa variación en los niveles de pensión alcanzados.

¹ Fuente: Informe financiero y actuarial al 31/dic/1995 del IMSS.

CONCLUSIONES

de cobertura, ya que este porcentaje no es acorde a las necesidades del pensionado, puesto que lo deseable es alcanzar un nivel de pensión del 70% del ingreso real promedio, como existe en Chile, buscando así la suficiencia de los niveles de pensión otorgados; sobre este mismo punto, los porcentajes de pensión por orfandad y ascendientes, acreditados con el 35% son irrisorios (entre el 7% y el 10.5% del salario del trabajador), esta situación puede solucionarse al modificar el porcentaje considerado para invalidez y vida y de no ser así, solo se podrá mejorar en la medida en que se genere antigüedad y crecimiento del saldo de la cuenta individual.

En lo que respecta al nivel de pensión alcanzada con el nuevo sistema, esta es superior al anterior en tanto aplique la condición del 35% del salario diario promedio más asignaciones familiares y ayuda asistencial², una vez que bajo el anterior sistema empieza a tener peso la antigüedad del trabajador (más de 15 años), los resultados en el nuevo sistema para ingreso entre 3 y 10 salarios, bajo los supuestos aplicados son menores al nivel de pensión que otorga la ley anterior, haciéndose esta diferencia más marcada para las generaciones en transición.

Jubilación.

La participación del mercado asegurador y de las afores, en competencia por los casos de pensión que igualen o superen la pensión mínima garantizada en lo que respecta a jubilación, es un aspecto que beneficia al pensionado, ya que el sistema les exigirá una mejora continúa en el beneficio a otorgar, así como el servicio, lo importante es que el pensionado distinga claramente entre los beneficios que le ofrece cada uno de los participantes con objeto de que valore objetivamente lo que se le ofrece, para elegir la mejor opción; esto, a medida que transcurra el tiempo, madurará.

Como pudimos apreciar en las proyecciones presentadas se visualiza que los asegurados con cotizaciones en el rango de 40 a 45 años, se encontrarán en posibilidad de obtener pensiones por jubilación mas acordes al ingreso percibido durante su vida laboral, no así los que se encuentren en periodos de tiempo de 25 a 35 años; por lo que el esquema para mantener el nivel de vida del trabajador, será satisfactorio en la medida en que el trabajador que no tenga posibilidad de laborar todo ese periodo, este dispuesto a canalizar una parte de su ingreso a incrementar ese fondo, de tal manera que al llegar a presentarse la causa que origine el pago de la pensión, el trabajador pueda alcanzar un nivel cercano al ingreso neto que percibía antes de pensionarse, actualizado por inflación.

Aún cuando a través de las proyecciones realizadas se vislumbra la obtención de una equivalencia de beneficios entre el anterior y el nuevo sistema en el rubro de jubilación, para las generaciones que ingresaron a partir de 1997, el nuevo sistema presenta grandes oportunidades de obtener mejoría en los resultados en la medida en que los supuestos conservadores utilizados, sean superados y ofrece al trabajador en un periodo laborado de entre 40 y 45 años, alcanzar y en algunos casos superar el nivel de ingreso neto real promedio percibido en su vida laboral, opción inexistente en el sistema anterior.

² O la pensión mínima garantizada, lo que resulte mayor.

CONCLUSIONES

Al determinarse el costo del valor presente de la pensión en base a la edad, sexo, estado físico y mental del pensionado y edades y número de beneficiarios, se modifica el costo en función a estas variables, esto hace que el monto constitutivo varíe, así como el importe de la pensión para el caso específico de jubilación; situación que no ocurría en el sistema anterior, al mantenerse fijos los beneficios, independientemente de las circunstancias que presentara el pensionado; esto es una deficiencia comparativa con el sistema anterior, ya que todos los elementos influyen en una reducción del beneficio, pero es resultado del mecanismo de cálculo, que constituye la pensión en base al saldo y a los elementos mencionados.

Las afores cuentan con grandes ventajas para captar a la población pensionada por cesantía en edad avanzada y vejez, ya que al reconocerle al jubilado rendimiento real superior al 3.5% anual (como se ha experimentado hasta la fecha) y costos de operación aceptables, podrán otorgar un beneficio inmediato mayor, con la alternativa en el mediano y largo plazo de que si las expectativas de vida del pensionado cambian, puede continuar con esta opción u optar por el cambio y contratar una renta vitalicia con aseguradora, siempre que el fondo le permita contratar una pensión igual o mayor a la mínima, en tanto que al seleccionar la aseguradora ya no podrá cambiar porque esta decisión es irrevocable y el beneficio adicional que ofrece la aseguradora está delimitado al momento de contratar la pensión.

Conclusiones finales.

El crecimiento logrado por el Instituto, mediante el uso de los fondos de pensiones para inversión en infraestructura hospitalaria, ha sido determinante para alcanzar la cobertura territorial actual y funcionamiento, por lo que al separar cada ramo, las decisiones sobre cambios en la amplitud de los beneficios, no dependerán de un concepto integral, sino de las condiciones financieras de cada seguro, con esto, el sistema perderá su carácter público y su mayor cobertura por la falta de soporte financiero. Siendo el ramo más perjudicado enfermedades y maternidad por el fuerte desequilibrio que sufrirá al ya no contar con recursos para su crecimiento y desarrollo, ahora en el mejor de los casos continuará con la estructura establecida de cuotas y únicamente se incentivará a través del apoyo federal.

Se incrementa substancialmente la carga estatal para sustentar el cambio, cubriendo:

1o El costo de transición que corresponde al pago de las pensiones en curso, con su ajuste periódico.

2o Las aportaciones para complementar el monto constitutivo de la PMG en los rubros de invalidez, fallecimiento y riesgos de trabajo.

3o El pago de pensiones del grupo de trabajadores de transición, que se jubilen bajo el régimen de ley anterior, sin poder apoyarse en las cuotas obrero-patronales para su financiamiento.

CONCLUSIONES

4o El incremento de la cuota de enfermedades y maternidad garantizando su actualización al INPC, para apoyar el desarrollo de alternativas de servicio médico privado con la opción de crecimiento mediante la transferencia de parte de los recursos de la seguridad social.

5o La cuota social actualizada al INPC.

La actualización de las cuotas gubernamentales en función al INPC, establece una situación comprometedora para el gobierno, por ser una variable independiente al ingreso y al crecimiento del salario. que puede representar desviaciones importantes, al acumular en el largo plazo incrementos por encima del salario de acuerdo a la experiencia vivida.

Con la aplicación del esquema establecido en la nueva ley:

- Se pierde la integralidad del sistema de seguridad social, ya que el conjunto de beneficios y servicios sociales alcanzados, dejarán de ser lo suficientemente amplio para garantizar condiciones de vida razonables y desarrollo pleno de los seres humanos, al separar los ramos y poner los recursos en manos de diferentes administradores.
- Se revierte la tendencia del estado de retirarse o de ir disminuyendo su participación en el financiamiento de los servicios y beneficios sociales, ya que al darle otro cause a los ingresos de la seguridad social (transferencia de cuotas para pensiones a través de las afores y de enfermedades y maternidad a través de la reversión de cuotas), el es quién tiene que generar el soporte financiero adicional para cubrir el hueco que se genera con estos cambios, por lo menos en este periodo de transición, para beneficio directo de las nuevas estructuras creadas, quienes obtendrán utilidad y recuperaran su inversión en el mediano plazo, manteniendo o incrementando con esto, las deficiencias existentes en la seguridad social y la participación estatal se mantendrá o aumentará en el largo plazo, dependiendo de los logros, alternativas y funcionamiento que presente el sector privado, así como los apoyos que continúe brindando el estado, que encarecen aún más el costo del cambio.
- El bienestar social (pensiones y salud) pasa a ser una responsabilidad individual, dentro de un ámbito de negocios privados, por lo que con este modelo en práctica se establecerá una nueva estratificación social, reproductora de las crecientes desigualdades provocadas por el modelo económico.

Así mismo, la cuota social que afronta el gobierno, desde su conceptualización de beneficio generalizado, es satisfactorio como soporte principal a las cuotas de los trabajadores con menor salario, pero no debe ser absorbida como carga de gasto público en materia de seguridad social por el gobierno, sino que debe ser generada via impuestos del sector laboral y transferida de manera transparente, ya que de otra manera puede representar una carga insostenible en el largo plazo, al actualizarse trimestralmente a la inflación. (Un cálculo estimado, suponiendo una cuota bimestral de 125.45 por trabajador, sobre un total de 12,000,000 de trabajadores registrados en el IMSS, representa un gasto anual aproximado

CONCLUSIONES

de 9 mil millones de pesos, el 31% del monto anual estimado de pensiones en curso de pago cubiertas por el IMSS en el año 2000).

Se menciona dentro del mercado de seguros la necesidad de contar con instrumentos de inversión a largo plazo (de 15 a 30 años) que le proporcionen estabilidad al sistema y permitan la inversión en proyectos a largo plazo. El principal inconveniente para su realización son los vaivenes que presenta la economía y la experiencia histórica, ya que comprometerse a pagar inflación anual más una tasa real, sólo el estado lo haría con objeto de crear confianza, pero con el riesgo de que si las expectativas fallan se presente una bancarrota, que perjudicaría por completo al nuevo sistema.

La maduración del sistema se alcanzará por el nivel de conocimiento de los participantes, sus experiencias y el despertar de un mayor interés de la población por su bienestar, lo que esta directamente relacionado con su auto - estima y el nivel educativo de la misma.

El éxito del presente sistema dependerá básicamente de la estabilidad económica del país, condición necesaria para el adecuado desarrollo del mismo.

BIBLIOGRAFÍA.

BIBLIOGRAFÍA.

Libros.

- Titulo: La seguridad social: reformas y retos.
Autor: Coordinadora : Berenice P. Ramírez López.
Editorial: UNAM-Purrua.
Año: 1999. Paginas: 352. Editado en Ciudad de México, México.
- Titulo: El sistema chileno de pensiones.
Autor: Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.
Editorial: SAFP.
Año: 1996. Paginas: 197. Editado en Santiago de Chile, Chile.
- Titulo: Ley del Seguro Social.
Editorial: SISTA.
Año: 1995. Paginas. 260. Editado en México, D.F.
- Titulo: Sistema de ahorro para el retiro.
Editorial: Ediciones Fiscales ISEF.
Año: 1995. Paginas. 127. Editado en México, D.F.
- Titulo: Ley Federal del Trabajo.
Editorial: SISTA.
Año: 1995. Paginas. 213 Editado en México, D.F.
- Titulo: S.A.R. Sistema de ahorro para el retiro.
Editorial: ALF.
Año: 1994. Paginas. 215. Editado en México, D.F.
- Titulo: Principles of risk management and insurance.
Autor: George. E. Rejda.
Editorial: Harper Collins
Año: 1992. Paginas: 673. Editado en Estados Unidos de América.
- Titulo: Social Security: What every taxpayer should know?
Autor: Haeworth Robertson
Editorial: Science Press.
Año: 1992. Paginas: 326. Editado en Estados Unidos de América.
- Titulo: Prontuario bursátil y financiero.
Autor: Gonzalo Cortina Ortega.
Editorial: Trillas.
Año: 1988. Paginas. 157. Editado en México, D.F.

BIBLIOGRAFÍA.

Titulo: La previsión en Chile ayer y hoy: Impacto de una reforma.
Autor: Hernan Chevre V
Editorial: Centro de estudios públicos.
Año: 1988. Paginas: 196. Editado en Santiago de Chile, Chile.

Titulo: La crisis de la Seguridad social y la atención a la salud.
Selección de textos por: Carmelo Mesa-Lago.
Editorial: Fondo de Cultura Económica.
Año: 1986. Paginas: 443. Editado en México, D.F.

Titulo: Derecho constitucional a la protección a la salud.
Autor: Varios. Guillermo Soberón A.
Editorial: Porrúa.
Año: 1983. Paginas: 177. Editado en México, D.F.

Titulo: Fundamentals of private pensions.
Autor: Dan M. McGill.
Editorial: Richard D Irwin, Incapacidad.
Año: 1979. Paginas: 637. Editado en Estados Unidos de América.

Titulo: La reforma contra la salud y la seguridad social.
Autor: Asa Cristina Laurell
Editorial: Era
Año: 1999. Paginas: 122. Editado en Ciudad de México, México.

Titulo: La seguridad social en México.
Autor: Lecturas Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez (compiladores).
Editorial: CIDE, CONSAR y Fondo de Cultura Económica
Año: 1999. Paginas: 401. Editado en Ciudad de México, México.

Publicaciones y Artículos Diversos.

Diario oficial.
Fecha: 21 de diciembre de 1995.
Tema: Ley del Seguro Social.
Paginas: 63

Diario oficial.
Fecha: 7 de agosto de 1995
Tema: Programa Nacional de Población 1995-2000.
Paginas: 79

BIBLIOGRAFÍA.

Revista: Expansión
Editado por: Grupo Editorial Expansión.
Números: Varios de los años de 95 y 96.
Editado en México, D.F.: Revista Quincenal.

Revista: Laboral.
Editado por: SICCO.
Números: Varios de los años de 95 y 96.
Editado en México, D.F.: Revista Mensual.

Circular S-22.3 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
Asunto: Nota Técnica de Beneficios Básicos y disposiciones para el registro de Bases Técnicas de Beneficios Adicionales, para seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social.
Editada el 31 de marzo de 1997

Circular S-22.1 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
Asunto: Se dan a conocer las Reglas de Operación para los Seguros de Pensiones derivados de las leyes de Seguridad Social.
Editada el 13 de febrero de 1997.

Direcciones de Internet consultadas.

www.imss.gob.mx	Instituto Mexicano del Seguro Social. Página oficial.
www.shcp.gob.mx	Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Página oficial.
www.ine.cl	Instituto Nacional de Estadística de Chile. Página oficial.
www.bcentral.cl	Banco Central de Chile.
www.safp.cl	Superintendencia de administradoras de fondos de pensiones. Página oficial.
www.consar.gob.mx	Consar. Página oficial.
www.cnsf.gob.mx	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Página oficial.