

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

REVISTA CIESS

PUBLICACIÓN DEL
CENTRO INTERAMERICANO DE
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

EDICIÓN
BILINGÜE
BILINGUAL EDITION

PRIMERA ÉPOCA

JUNIO

2004

NÚMERO

7



R E V I S T A

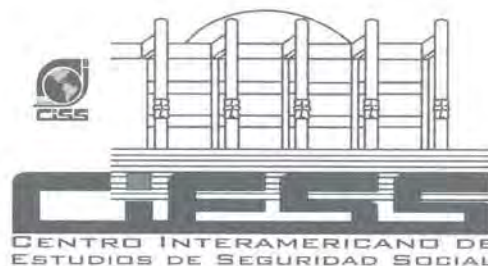
CIESS

Revista
CIESS

7

JUNIO
2004

PUBLICACIÓN SEMESTRAL



**CENTRO
INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE
SEGURIDAD
SOCIAL**

Órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia
Interamericana de Seguridad Social

PROFESOR EMIL SCHOENBAUM

Breve biografía

El profesor Emil Schoenbaum nació en la ciudad de Benésov, República Checa, antes Checoslovaquia, el 10 de junio de 1882. Estudió matemáticas en la facultad de Filosofía de la Universidad de Praga, en Viena, Austria y en Gotinga, Alemania. Se destacó en la parte actuarial correspondiente al tema de la seguridad social, por lo que logró altos cargos en diversas instituciones de su país, como el de director general del Instituto General de Pensiones. Padre de la ley checoslovaca de 1924, donde se introduce el seguro de vejez, invalidez y sobrevivientes para los trabajadores manuales.

Como miembro del comité de expertos en seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1930, el gobierno de Grecia le confía la elaboración del plan financiero y la ejecución

de los estudios actuariales para la implantación de los seguros sociales.

En 1939 aceptó la invitación de la OIT, para trasladarse a Ecuador para organizar los seguros sociales; una vez cumplida su labor, se trasladó a Bolivia, Chile, Paraguay y Costa Rica con misiones similares. En 1943 se estableció por un tiempo en México donde preparó la ley del seguro social.

Después de la guerra regresó a Checoslovaquia donde retomó su cátedra, pero al poco tiempo, aceptó el cargo de asesor técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que vivió en México sus últimos veinte años de vida, convirtiendo a este país en su segunda patria. Murió el 16 de noviembre de 1967, a la edad de 85 años.

Oficio de presentación del informe a cargo del profesor Emil Schoenbaum al Presidente del Instituto Nacional de Previsión de Ecuador 1941

Accediendo al pedido que me hiciera la Oficina Internacional del Trabajo, con la cual me hallo ligado desde hace muchos años con motivo de mi profesión de actuario, me comprometí a trasladarme a Ecuador y efectuar los estudios conducentes a la revisión y reforma de la organización y funcionamiento del seguro social de este país, de acuerdo con los términos del respectivo contrato que firmé en Ginebra con el representante del instituto, señor don Alejandro Gastelú, cónsul general de Ecuador en dicha ciudad.

Desde enero de 1940 me he dedicado al cumplimiento de mi compromiso, con todo el interés que producen en mi ánimo los problemas del seguro social y que han sido el objeto de mis actividades y preocupaciones desde hace treinta años, y con todo el cariño que, desde los primeros momentos, despertó en mí este bello país, pletórico de dones de la naturaleza y llamado a un brillante porvenir.

Tuve la suerte de contar con el apoyo decidido del directorio del instituto y, especialmente, de su entusiasta presidente y con la colaboración eficiente de los gerentes y del personal de cada una de las cajas y del departamento técnico, de lo cual quiero dejar constancia. Naturalmente, y en cuanto al departamento técnico, mis primeros pasos se encaminaron a educarlo en la disciplina del actuariado, cuyos principios y cuya técnica le eran desconocidos, tarea que, con base en los conocimientos matemáticos profundos del doctor Meter Thullen y de su ayudante y discípulo señor Gonzalo Arroba, y con el interés que demostraron siempre en aprender aquella ciencia relativamente nueva, he obtenido un éxito magnífico, a tal punto que puedo asegurar con orgullo y satisfacción que el país cuenta ya con dos verdaderos actuarios, mis discípulos; que para el instituto y la caja de previsión se ha llenado la necesidad de la verdadera dirección y consejos de la técnica, y que los altos empleados de las cajas tienen ahora conocimientos más precisos y amplios para el mejor desempeño de sus funciones.

Con paciente y escrupuloso afán he estudiado la legislación ecuatoriana sobre seguros sociales, he reunido, organizado y copilado todos los datos de carácter económico-social que me ha sido posible obtener para penetrar en las realidades ecuatorianas; he analizado y criticado el acervo estadístico de las cajas, muy escaso, por desgracia, y, en suma, me he empapado, hasta en los pequeños detalles, de la

organización y marcha del seguro social de este país.

Los resultados de mis estudios y observaciones, y las sugerencias que evocan en mi criterio, con miras a la reforma legislativa y administrativa que habrá de afrontarse, los he concretado en el amplio y detallado informe general que someto a la ilustrada consideración del directorio. Este informe se acompaña por un informe actuarial y estadístico en el que son ampliamente descritos los métodos matemático-actuariales mediante los cuales se realizaron los cálculos y se presentó el material estadístico que sirvió como base. En verdad, señor presidente, la tarea ha sido dura y compleja. La implantación del seguro social en Ecuador, sin la madura y extensa preparación del ambiente, y sin el acopio de las estadísticas necesarias para el establecimiento de las bases técnicas en que debe descansar una institución de esta clase, constituyó una verdadera improvisación, justificable solo en gracia de la buena intervención de los autores y propugnadores de tan trascendental reforma nacional y las probables dificultades que se habrían presentado al tratar de alcanzarla por las vías de un trámite, legislativo normal, dadas las modalidades políticas del país, según conozco. De ahí que, naturalmente, el sistema actual adolezca de errores y lagunas, cuya enmienda o eliminación, después de algunos años de funcionamiento, constituye un serio problema para la técnica y para el poder público. Felizmente, con un profundo sentido de la naturaleza de los problemas sociales y de la idiosincrasia política del país, el legislador de 1935, al dictar la *Ley del Seguro Social Obligatorio*, fundó un sistema de una bien consultada autonomía, que permitiese, dentro del mismo sistema, una relativamente fácil reforma de los defectos que se presintieron en la obra que se implantaba. El establecimiento del

Instituto Nacional de Previsión, como organismo técnico-legislativo del seguro social ecuatoriano, constituye un verdadero acierto que tengo que aplaudir sin reservas. Gracias a esta modalidad, además, se está formando un distinguido grupo de especialistas en el ramo, con cuyo concurso no sólo se ha llegado a establecer con claridad y precisión las fallas del régimen actual, sino que se alcanzará la urgente y fundamental reforma que éste requiere.

Como usted sabe, señor presidente, y como lo saben los señores directores, en materia de seguros sociales no se puede establecer una fórmula o un patrón invariable para todas las latitudes. Por esta razón, es preciso un conocimiento profundo de las realidades del país de que se trate, para adoptar un sistema que responda a ellas, sistema que, a su vez, es susceptible de múltiples modalidades según la amplitud que se quiera dar a los seguros, los recursos de que se disponga, la forma de prestación de los servicios, etcétera. De allí que después de conocer la verdadera situación de Ecuador en sus variados aspectos, el informe que acompañó no contiene un único proyecto de reformas en determinada línea, sino unas cuantas alternativas concretas para cada uno de los variados problemas, con el objetivo de que el instituto, con mejor conocimiento de la idiosincrasia del medio ambiente y de las peculiares características políticas y administrativas de la nación, se decida por la que estima más conveniente. Desde luego, como mi labor no termina con este informe, he de asistir hasta que venza el plazo de mi contrato y hasta cuando el directorio lo considere necesario, a las deliberaciones previas a la reforma y a los difíciles trabajos de implantación legal y administrativa, ya que me hallo interesado en ver realizadas las sugerencias que, con verdadero amor a la causa del seguro social ecuatoriano, me han inspirado mis conocimientos y mi experiencia en este ramo.

Porque tengo el honor de conocer de cerca el entusiasmo, la comprensión y la inteligencia de los dirigentes del seguro social ecuatoriano y del señor ministro de previsión, para afrontar los problemas que tienen a su cargo, abrigo la confianza de que en época cercana el país podrá vanagloriarse de contar con un sistema de seguros sociales que, por la técnica y eficiencia, sirva de modelo a muchas naciones interesadas en la implantación o en la mejora de los mismos.

Debido a que habré de concurrir a las sesiones del directorio en que se discuta el informe, me relevo de una explicación de los alcances de cualquiera de sus partes, que pudieran dar lugar a variadas interpretaciones o cuyos términos no estén suficientemente claros.

Con esta oportunidad, me es grato repetirme del señor presidente, muy atento servidor.

Prof. Emil Schoenbaum

Informe financiero y actuarial sobre el proyecto de la reforma legal de 1949

Introducción

La ley del seguro social entró en vigor mediante un decreto del presidente de la república, el 1 de enero de 1944, en contradicción al programa de realización de la ley, formulado detalladamente en la página 102 del informe financiero y actuarial sobre el proyecto de la ley, entraron en vigor inmediatamente por motivos político-sociales todas las ramas del seguro social. Por tanto, desde que la ley entró en vigor han transcurrido cinco años.

Es preciso considerar que el proyecto de ley fue elaborado por la Comisión de preparación a finales de 1941. Desde la elaboración del proyecto han transcurrido siete años. Y precisamente en esa época, la legislación del seguro social acusa un progreso considerable expresado en la declaración y en la recomendación de la seguridad social, aprobada por la Conferencia Internacional del Trabajo en la vigésima sexta reunión celebrada en Filadelfia en mayo de 1944, y en actos legislativos posteriores en los diferentes países de casi todo el mundo.

Puede ser motivo de satisfacción para los creadores de la ley mexicana que la recomendación mencionada y las leyes nuevas del seguro social hayan sido elaboradas bajo la influencia directa de la ley mexicana. Algunas ideas fundamentales de esta ley son aceptadas en las leyes nuevas, por ejemplo la unificación de todas las ramas del seguro social en una sola ley con cotizaciones uniformes y prestaciones que se complementen orgánicamente o la ejecución del seguro por un solo asegurador.

El rápido progreso de la legislación del seguro social en los años siguientes a la implantación del seguro mexicano, conduce a la necesidad de someter la ley a una revisión. Sin embargo, aun sin tener en cuenta ese progreso, los cinco años de existencia de la Ley del Seguro Social representan un periodo suficientemente largo para que la experiencia pueda ser aprovecharse para reformar una obra de tal alcance, tan compleja y cuya realización exige una preparación bastante larga.

Al formularse el proyecto original se calculó que la reforma sería necesaria precisamente después de un periodo de cuatro o cinco años de vigencia de la ley, en especial en la rama del seguro de invalidez, vejez y muerte. Se sabe que todas las leyes del seguro social fueron sometidas

a una revisión profunda después de un periodo más corto aún.

La ley no se realizó de acuerdo con el plan original de introducción paulatina de los distintos ramos del seguro, especialmente en lo que hace al ramo de invalidez, vejez y muerte, cuya realización fue proyectada después de ocho o diez años de funcionamiento del seguro. Todas las ramas del seguro social fueron implantadas simultáneamente, incluyendo prestaciones médicas para los familiares, beneficios que debieron aplazarse después de una larga preparación.

La implantación simultánea de todas las ramas del seguro social constituye un precedente en la historia y, sin embargo, no ha traído perjuicios al desarrollo económico del país, como podría esperarse, por el contrario, le ha acarreado notables beneficios que pueden apreciarse después de cinco años de funcionamiento del instituto; en otros países, donde se ha hecho la misma implantación paulatina, solo después de un largo periodo de actividades se sienten sus efectos bienhechores.

La carga imprevista que afectó de golpe a la economía mexicana ha sido absorbida perfectamente por los sectores patronales y obrero sin perjuicio alguno, mientras que los beneficios demográfico-sociales en higiene y sanidad nacionales que reporta la introducción integral del seguro social, resultan de considerable importancia.

Desgraciadamente, la implantación inmediata del seguro de familia, provechosa desde los puntos de vista demográfico y social, implicó un aumento de la prima calculada solo para los trabajadores en el ramo de enfermedades generales y maternidad, incremento que debió fijarse por la ley antes del establecimiento del seguro de los familiares, por un método semejante al que se calculó la prima para las prestaciones de los trabajadores.

La falta de preparación del material administrativo y médico y, especialmente, del ambiente psicológico de los trabajadores y los patrones, produjo inevitablemente serias dificultades en el funcionamiento del seguro.

La implementación de la ley debió hacerse (página 103 del anteproyecto) con base en la inscripción general de empresas y de trabajadores para hacer factible el control continuo y permanente de los derechos del trabajador y de las prestaciones, sin embargo, la primera inscripción—efectuada en el segundo semestre de 1943—se realizó en forma censal, sin tener en cuenta las necesidades administrativas y de organización del seguro social y sin respetar las experiencias adquiridas en más de 60 años en diferentes países. Este hecho trajo como resultado la deficiencia, cada vez más acentuada, de la maquinaria administrativa y organizativa del instituto y que éste no conozca ni pueda conocer del modo como corresponde a una institución del seguro social las obligaciones contraídas con centenares de miles de asegurados que, debido a la falta de control, existe notoria desproporción entre el número de asegurados y el número de trabajadores que debieran estar asegurados (diferencia que asciende a más de 100 000 personas). Igualmente muchos patrones, a menudo en convivencia con los trabajadores, inscriben salarios inferiores a los realmente devengados y hay una selección de riesgos desfavorable para el instituto, que consiste en que se inscriban de preferencia trabajadores de edad avanzada, casados y con numerosas familias, de precaria salud, etcétera, como se ha comprobado mediante la comparación de los datos obtenidos en el censo. La falta de control del servicio médico se revela en la cuantía excesiva de todas las partidas de egresos en el ramo de enfermedades y maternidad.

De la exposición anterior se deriva, como consecuencia, la necesidad urgente, de reformar la ley. El proyecto de reformas persigue las siguientes finalidades:

1. Presentar una ley que corresponda mejor a las necesidades resultantes de los recientes cambios en la vida económica y social de la nación y que implante prestaciones contenidas en leyes más recientes y que respete también, en lo posible, las recomendaciones sugeridas por la Oficina Internacional del Trabajo.
2. Garantizar un equilibrio financiero especialmente en el seguro de enfermedad y maternidad, en el cual la implantación perentoria del seguro de asistencia médica a los familiares, motivada por las necesidades higiénicas de la nación, ha producido un desequilibrio.

Para el cubrimiento ha sido necesario aumentar las cuotas totales en 2% del salario promedio del grupo, distribuidas en un aumento de 1% de la cuota patronal, $\frac{1}{2}\%$ de la cuota obrera y $\frac{1}{2}\%$ de la cuota estatal.

Además del aumento de las cuotas, el establecimiento del equilibrio financiero exige incondicionalmente la reorganización del sistema de inscripción, del procedimiento en los cobros y del servicio médico para procurar un control efectivo, como se explica en el punto 4, y más detalladamente, en la parte general y en el capítulo de este informe relativo al ramo de enfermedades generales y maternidad.

3. Mejorar en cuantías y en condiciones, especialmente las prestaciones del seguro de invalidez, vejez y muerte de acuerdo con la teoría moderna de acumulación mínima. Los deseos expresados por varios grupos de

trabajadores y de patronos se han respetado, en cuanto fue posible.

Para el cubrimiento actuarial de las mejoras se han liberado coeficientes de seguridad, contenidos originalmente en los cálculos actuariales, conservando así las primas originales del ramo de riesgos profesionales y de invalidez, vejez y muerte.

4. Simplificar la administración e introducir un control más eficiente de los ingresos y de los egresos, especialmente, establecer un registro de los derechos de los asegurados; para este propósito sirven diversas disposiciones de la ley y en particular, la que se refiere a una nueva inscripción de trabajadores y de patronos, la relativa a las modificaciones periódicas a los asegurados acerca del estado de sus derechos, así como una reforma administrativa en el seguro de enfermedades generales. Con todo lo anterior se creará una base que haga posible una administración más eficiente y que permita una estadística necesaria para controlar actuarialmente el equilibrio financiero del instituto.

La ley actual tiene como base un informe actuarial que se considera un manual de la matemática actuarial del seguro social. Es oportuno recordar que los métodos empleados en dicho informe fueron aprobados por la crítica, como se ve en las citas reproducidas en las páginas 90-91 del informe actuarial del anteproyecto y que, después de su publicación, fueron aprovechados para los seguros boliviano, venezolano, costarricense, ecuatoriano y el de otros países. Basta citar *el Informe actuarial para el seguro costarricense*, elaborado por el señor Mark Kormes, notable actuario norteamericano y publicado en 1945 por la Oficina Internacional del Trabajo. Los métodos empleados en el informe actuarial

mexicano fueron desarrollados y adaptados recientemente a las necesidades de extender el seguro social a toda la nación y que originalmente se limitaba a los asalariados. En los años siguientes a la publicación del informe actuarial mexicano, se desarrolló especialmente el principio de acumulación mínima, expresado en la página 89 del mismo, tanto en el aspecto teórico como práctico.

Parte general

Respecto a la cobertura de las tres diferentes ramas del seguro social, nos limitamos aquí a consideraciones generales.

Los cambios traídos por la reforma relativos a la cuantía y a las condiciones de las prestaciones, como también a la cuantía de la cobertura, no amenazan el equilibrio financiero del instituto en la rama del seguro de enfermedades y maternidad, por el contrario, lo garantizan bajo el supuesto de que no tendrán lugar oscilaciones económicas ni sociales anormales. Los detalles se muestran en la exposición de motivos, en la que se señalan métodos nuevos empleados para el cálculo de las obligaciones resultantes del seguro de invalidez y vejez. Es preciso indicar que las deficiencias de la estadística del instituto han imposibilitado considerablemente el aprovechamiento de la experiencia propia; esto se debe, en primer lugar, a los defectos fundamentales de la primera inscripción general y, en segundo lugar a determinadas deficiencias de la administración, es decir, a la falta de coordinación entre la afiliación con recaudación de cuotas y el otorgamiento de prestaciones. Es necesario reconocer que el efecto desfavorable de algunas de esas deficiencias ha disminuido por algunas reformas administrativas.

Por estas consideraciones, la prueba del equilibrio financiero se realizó de la

siguiente manera: mediante el aprovechamiento de algunos datos nuevos derivados de la experiencia del instituto y del extenso material estadístico contenido en la exposición de motivos al anteproyecto original, se ha demostrado que las primas calculadas y fijadas por la ley en la rama del seguro de riesgos profesionales, como en el de invalidez y vejez, bastan para cubrir las prestaciones mejoradas; en cambio, en el seguro de enfermedades no profesionales y maternidad, es preciso aumentar la cuota de la ley original en 2% del salario promedio del grupo, de la cual el 1% corresponde al patrón, el ½% al asegurado y el ½% a la contribución estatal, para cubrir las prestaciones del seguro de los familiares, también las mejoras de algunas prestaciones de este seguro necesarias desde el punto de vista social-político. Este resultado, relativamente favorable, demuestra que los cálculos del proyecto original fueron realizados muy concienzudamente y con coeficientes de seguridad.

Los cambios realizados por el decreto del 30 de diciembre de 1947 en el sistema de los grupos de salario, también han tenido un efecto favorable sobre el equilibrio financiero.

En detalle podemos indicar lo siguiente:

1. El seguro de riesgos profesionales, en cuanto a la cuantía y las condiciones de las prestaciones, se puede comparar con leyes más modernas, de modo que la reforma se limita al aumento del mínimo para gastos de entierro a \$250 pesos (Art. 37, VIIa), a la implantación de una pensión para viudos y la extensión de pensiones de orfandad para el caso de incapacidad permanente del huérfano o que estudie hasta la edad de 25 años. Estas mejoras se cubren ampliamente por la prima, de modo que no se precisa ningún aumento en las cuotas. Puede esperarse que el primer balance

actuarial, realizado con base en la nueva inscripción general de patrones y asegurados según el artículo 16 transitorio, arrojará un superávit que podrá aprovecharse para formar un fondo de emergencia, según el artículo 116, necesario en el seguro, en vista de las posibles desviaciones casuales, en especial, en el caso de accidentes colectivos. Dicho balance, junto con la nueva inscripción, harán posible algunos cambios en la clasificación de las empresas que, por lo demás, ha resultado acertada.

2. En cuanto al seguro de enfermedad y maternidad, se ha calculado la carga proveniente de las prestaciones según la ley actual y las mejoras propuestas, aprovechando la experiencia del instituto sobre la intensidad de las prestaciones en 1947 y la distribución de asegurados cotizantes, según los grupos de salarios en el segundo y tercer bimestres de 1948, lo anterior para el Distrito Federal, las cajas de Puebla, Monterrey y Guadalajara.

Las mejoras cuyo peso financiero se calcula según las tablas de serie empleadas en la exposición de motivos al anteproyecto original publicadas en el Anexo B.V., se refieren a la extensión de la asistencia médica y al subsidio en dinero en 10% en caso de que la incapacidad dure más de 13 semanas, y en 20% en caso de enfermedades largas y graves que duren más de 26 semanas; luego, el aumento de gastos de entierro a \$250 pesos y la implantación de la canastilla en el caso del parto según el artículo 56 IV. Se implanta el derecho a prestaciones en especie según el artículo 51 X para todas las categorías de pensionados, con excepción de los incapacitados parcialmente por un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

Después de terminar este reporte, se verificó en el informe actuarial para la asamblea general del 26 de septiembre de 1949, empleando un método nuevo, aunque aproximado, que no sólo haya equilibrio en este ramo, sino mediante la elaboración de un balance actuarial. Para más detalles nos remitimos al capítulo II de este informe.

La carga proveniente de las prestaciones en especie está cubierta por un recargo a la prima del seguro de invalidez y vejez, de modo que no grava los gastos del seguro de enfermedad.

Estas mejoras tienen gran importancia social y política ya que enfermedades prolongadas pueden tener un grave perjuicio para la situación social y económica del asegurado y que, por lo regular, preceden a la invalidez y, por tanto, implican una carga considerable para el instituto. Por esta razón, el cálculo de la carga correspondiente se realizó con mucha cautela. Hay que considerar que los abusos que pueden realizarse por parte del asegurado al simular la enfermedad o su agravación están casi excluidos en los casos de enfermedades prolongadas y la incapacidad resultante de éstas. Mediante esta reforma, la ley mexicana se coloca entre las leyes más progresistas, ya que sólo una minoría de leyes reconoce un periodo de asistencia médica y subsidio en dinero mayores que 39 semanas.

No se ha satisfecho el deseo de que el derecho a prestaciones se otorgue también a los padres de los asegurados en casos en que no existe derecho de otros familiares, y eso por motivos más bien administrativos que financieros. Aparte del hecho de que el casamiento del asegurado o el nacimiento de un hijo implicaría la extinción del derecho de los padres, el control de la dependencia

económica de los derechohabientes que no pertenecen directamente a la familia del asegurado es sumamente difícil por lo que puede conducir a fraudes. Una extensión del círculo de los derechohabientes, sin condiciones limitativas semejantes, será posible lograrla hasta la reforma próxima, después de la experiencia que se obtenga con mejor control de los familiares.

Aparte de las mejoras de las prestaciones y de las condiciones de su otorgamiento, la reforma contiene, en el capítulo IV, disposiciones tendientes a intensificar el control del derecho de los asegurados a las prestaciones y a las condiciones de su otorgamiento. Ese propósito refiere al comienzo de la enfermedad y, principalmente, el aviso de ésta. El nuevo reglamento de servicio médico deberá eliminar en gran parte los abusos sin limitar, en lo mínimo, la eficiencia de esa importante parte de la protección a los asegurados; por el contrario, la concentración de medios financieros para los casos de necesidades verdaderas podrá intensificar el servicio médico.

En la parte especial se reproducen los métodos y los cálculos: la tabla A indica los egreso anuales del seguro de enfermedades y maternidad y su cobertura en tanto por ciento de salario para prestaciones, según la ley actual y por separado para las prestaciones propuestas. En esta tabla se revela que el aumento de la cuota de 6% a 8% del salario promedio del grupo, cubre los gastos provenientes de las prestaciones según la experiencia de 1947, incluyendo las de los miembros de la familia. El aprovechamiento de la experiencia relativa a los gastos de 1947 se justifica plenamente ya que se puede esperar que las medidas administrativas mencionadas lograrán que los gastos actuales por cada asegurado queden debajo del nivel del mismo año.

Puede esperarse que, debido a las nuevas disposiciones de los artículos 7, 29 y 34 y al establecimiento de un control más eficaz, el número de cotizantes se ajustará más al número verdadero de trabajadores y la cuantía de salarios inscritos se acercará más a la de los salarios realmente percibidos. Los ingresos rebasarán, pues, el nivel de 1948. Por consiguiente, la reforma garantiza un equilibrio en la rama en que la implantación prematura del seguro de prestaciones en especie para familiares derechohabientes, no prevista originalmente pero justificada desde las visiones social y demográfica, ha desequilibrado el sistema financiero.

Para el establecimiento del equilibrio será necesario reducir los egresos por prestaciones en especie, especialmente la asistencia médica y la farmacéutica, por un control efectivo que no menoscabe la efectividad de los servicios.

En la tabla se ve también que el aumento propuesto hace posible cubrir los gastos administrativos, garantizando, además, la cobertura del déficit de caja, que han acusado en especial algunas Cajas Regionales en los últimos tres años.

3. En el seguro de invalidez, vejez y muerte se conserva el sistema de capitalización colectiva por primas promediales correspondiente al postulado de la estabilidad de la cuota y a la idea de la solidaridad, pues los asegurados que ingresarán en el futuro en edades bajas, contribuyen a la cobertura de los derechos de quienes ingresaron al seguro en el día de su implantación y cuya edad asciende, según los datos del censo de 1940, a más de 30 años.

Sin embargo, los cambios realizados por la reforma en el sistema de prestaciones, acentuaron aún más que en la ley original el principio de la acumulación

mínima. En primer lugar, se trata de aumentos en las cuantías básicas de las rentas de invalidez y de vejez de 20% del salario promedio del grupo a 26%, y la disminución del aumento de 1.5 a 1%. La importancia social-política de esta enmienda (artículo 74) consiste en que se aumentan todas las categorías de rentas en el caso de que la invalidez o la muerte del asegurado sobrevengan en los primeros 18 años del seguro, esto es, en los casos de invalidez o de muerte prematura, precisamente cuando son necesarias las rentas que compensan, por lo menos en parte, el salario extinguido del asegurado. Más aún, en el caso de que un asegurado tenga hijos, las rentas se aumentan en un 10% por cada hijo según el artículo 75.

Es muy importante la trascendencia actuarial de dichas enmiendas. El aumento de las cuantías básicas y la disminución del aumento tienen por consecuencia un decremento de la velocidad y una acumulación del capital. La misma consecuencia tiene el artículo 6º transitorio, tomado de la ley actual, pero hasta ahora no aplicado en perjuicio de la generación actual de asegurados. De acuerdo con ese artículo –formulado con más precisión–, a todos los asegurados que han ingresado simultáneamente antes de la vigencia de la reforma o en los primeros meses de su vigencia, se les reconocerá el periodo en que fueron trabajadores asalariados, pero que no pudieron ser asegurados porque la Ley del Seguro Social no estaba en vigor. Dicho reconocimiento, que aumenta inmediatamente los derechos de los asegurados de más edad ha sido simplificado mediante la formulación nueva, de modo que su realización no presentará dificultades administrativas. Desde el punto de vista actuarial, la carga proveniente de esa prestación ha sido estimada de manera que garantiza la seguridad, como ya se había hecho notar en la exposición de motivos original.

El sistema de capitalización colectiva por primas fijas, que conserva el principio de acumulación mínima, tiene ventajas considerables en comparación con el sistema de reparto de riesgos realizados o, en otras palabras, reparto de capitales propuesto para el financiamiento del seguro de invalidez y vejez. Del proyecto citamos textualmente los párrafos siguientes:

Se considera "que este régimen al propio tiempo garantiza con amplitud las obligaciones diferidas del instituto y disminuye el cuantioso volumen de las reservas, permitiendo, además, unificar y aumentar las cuantías básicas de las pensiones, así como disminuir los plazos de carencia para obtener los beneficios concedidos".

"De acuerdo con este sistema de los riesgos realizados que se propone, con respecto al seguro de pensiones, se contabiliza el capital necesario para otorgar las pensiones a las que ya se tuviere derecho, en vez de acumularse fondos para el otorgamiento de posibles pensiones de la masa asegurada, con lo que se calcula que la cuota de cubrimiento de los riesgos podría aligerarse en un dos por ciento de lo que importa, hasta la fecha, el financiamiento de ese seguro, operándose de esta manera, con base en costos reales y no de costos probables, lo cual hace posible la reducción en el acumulamiento de las reservas y al mismo tiempo el otorgamiento de pensiones en condiciones más favorables a las que por hoy consigna la ley".

Después de presentar este reporte fue posible verificar de manera más exacta en el informe presentado a la asamblea general de septiembre de 1949, los resultados de los cálculos en el capítulo sobre el seguro de enfermedades generales y maternidad con base en los egresos del año de 1948, como se ve del anexo B tomado del citado informe. De esta manera se

muestra que una reducción de 25% en el costo de los servicios médicos y otra de 30% en el costo de los servicios farmacéuticos, alcanzables mediante el ejercicio efectivo en el control de los suministros de los servicios, se ha obtenido no sólo un equilibrio financiero en este ramo, sino que incluso, podría absorberse poco a poco el déficit arrastrado en los años 1946-1949.

El sistema de reparto de capitales de cobertura trae como consecuencias:

Ya que siempre hay oscilaciones en el número y en la cuantía de las pensiones concedidas de invalidez, de viudedad y de orfandad, puesto que la mortalidad, y sobre todo la invalidez, oscilan en el tiempo, habrá oscilaciones en el valor de las cuotas que deben cubrir los capitales constitutivos de las pensiones. Las cuotas descienden, por ejemplo, si se presenta una coyuntura económica o aumentan si surge una crisis o una epidemia que provoquen invalidez o mortalidad anormales.

En la técnica del seguro social, el sistema primitivo de reparto de capitales constitutivos se reemplaza por el sistema de primas predeterminadas que cubren capitales constitutivos estimando "a priori" el número y las cuantía de las pensiones de invalidez, de vejez, de viudedad, etcétera, de manera que introduciendo probabilidad de invalidez, de supervivencia, de muerte, de casamiento, de tener hijos, etcétera, pueden calcularse "a priori" primas que cubran capitales constitutivos de pensiones que se conceden cada año.

Al modificar de este modo el sistema, debe utilizar las mismas bases actuariales que el sistema de capitalización colectiva con una prima promedio, como el empleado en el seguro de invalidez, vejez y muerte mexicano. También se evitan las oscilaciones casuales del sistema simple de reparto, pero tiene siempre la desventaja

de que las primas subirán año tras año, ya que las pensiones crecen con el tiempo de cotización, hecho que ocurre precisamente en el sistema de prestaciones del seguro mexicano.

Ese crecimiento puede prolongarse durante cuarenta años y provocar dificultades económicas. Además, traerá consecuencias psicológicas desfavorables si suben anualmente las primas aunque no se mejoren las prestaciones y aunque haya considerables acumulaciones de reservas.

El sistema de primas de cobertura de capitales está basado en la hipótesis de que la distribución de los asegurados según edades permanece constante en el tiempo. Tal hipótesis es contradictoria con los hechos, como lo comprueban las estadísticas de los últimos cincuenta años (la baja de la natalidad, la mortalidad y el desarrollo de otros fenómenos demográficos y económicos harán cambiar por sí solos la distribución de los asegurados según las edades).

Ahora bien, si el sistema de reparto de capitales constitutivos ha de ajustarse a las objeciones indicadas, debe conducir a primas promedios del sistema de capitalización colectiva idénticas a las fijadas por la ley.

La comparación matemática de la identidad de ambos sistemas puede verse en una forma muy general, en varias publicaciones del ramo.

Para concluir, podemos afirmar que en las primas a que conducen ambos sistemas, se respetan los aumentos a las pensiones y si se conservan los derechos de las personas que abandonan el régimen del seguro social, transitoriamente producen las mismas primas.

En el seguro de riesgos profesionales, donde no hay tiempo de espera ni

oscilaciones provocadas por crisis económicas o por epidemias, y donde – especialmente – la cuantía de las prestaciones no depende del tiempo de cotización y donde, además, la probabilidad de accidentarse no depende esencialmente de la edad del asegurado, puede utilizarse el sistema de reparto de capitales constitutivos, sin conducir a un constante aumento de las primas. Por estas razones, este sistema fue empleado, desde el comienzo, para el cálculo de las primas de riesgos profesionales en el seguro social mexicano.

La tendencia a reducir capitales acumulados en el seguro de invalidez, vejez y muerte a largo plazo, realizada mediante el principio de acumulación mínima, se fortaleció después de la Primera Guerra Mundial y se intensificó aún más después de la Segunda Guerra. Del informe actuarial para la ley actual reproducimos lo referente a algunos factores que obligan a reducir la intensidad de acumulación: "la mayor o menor estabilidad de la moneda en relación con el poder adquisitivo de ésta, la inseguridad política, la situación crediticia de los estados, la regulación del mercado financiero y, particularmente, la regulación gubernamental de la tasa de interés y de los salarios (los dos momentos más importantes par los cálculos actuariales). Todo esto nos obliga a limitarnos al principio de la acumulación mínima, principio que es realizado en el presente anteproyecto".

A parte de esto, la disminución gradual de la tasa de interés que corresponde a determinadas teorías económicas –en especial la de Keynes y su escuela– nos conducen a limitarnos al principio de acumulación mínima, conservando en lo posible la estabilidad de primas.

En resumen, el sistema de prestaciones de la ley original y de esta reforma, combinado con el de capitalización colectiva, conducen

a una acumulación que está muy cerca de la posición óptima de acumulación, según el principio de la teoría de la acumulación mínima.

Las reformas siguientes son las que cumplen con esa finalidad: el aumento de la cuantía básica y el aumento de 10% por cada hijo de pensionista por invalidez o vejez, la reducción en los incrementos de los montos de las pensiones y la mejora por edad avanzada a que se refiere al artículo 3º transitorio.

La reducción de los tiempos de espera para las pensiones de 200 a 150 semanas de cotizaciones, y para las de vejez de 750 a 500 semanas; la concesión de la pensión de vejez no reducida a 60 años de edad bajo condiciones más liberales, luego la extensión de la renta de orfandad en caso de incapacidad o estudio hasta la edad de 25 años, medida que se refiere, según la experiencia de otros países, a una cantidad insignificante de rentas de orfandad, y la implantación del seguro de dote que asciende a 30% de la renta de invalidez, a la que tendría derecho un asegurado que al casarse haya cubierto 150 semanas de cotizaciones después de la fecha de vigencia de la reforma. La cobertura de estas mejoras está garantizada sin necesidad de aumentar las cuotas, ya que ha sido calculado con más exactitud el valor de las expectativas en el seguro de invalidez y viudez.

Algunos de los coeficientes de seguridad, contenidos en los cálculos de la exposición de motivos original, han sido liberados:

En primer lugar, se considera en los cálculos actuariales, la reactividad, el hecho confirmado por estadística, de que los pensionados inválidos pierden la pensión no sólo por la muerte sino también por el reintegro al trabajo asalariado. Para este cálculo se aprovecha el material de Zimmermann, semejante al de nuestro

seguro y se han empleado métodos nuevos deducidos por el autor de esta exposición.

Luego de la evaluación actuarial del hecho de que la pensión de viudez se extingue no sólo por la muerte sino también por las nuevas nupcias, se les concede a las que se casan un indemnización que asciende a tres anualidades de viudez.

Además, de acuerdo con la experiencia del instituto en los últimos años, se supone que el número de asegurados que ingresan por primera vez asciende a 12% del total de la llamada generación inicial, aunque las experiencias del instituto aparentemente reflejan en los primeros años una cifra más alta, como puede verse en el anexo C, capítulo III de este informe.

El recargo para gastos de administración se redujo a 8% de la prima bruta de acuerdo con la circunstancia de que la realización del seguro de invalidez y vejez no exige gastos administrativos nuevos, esencialmente diferentes a los del seguro de enfermedad y de riesgos profesionales, cubierto por un recargo suficiente para las primas de estas ramas. Para mayores detalles véase la parte especial de este informe.

Por falta de material estadístico no ha sido posible calcular el primer balance actuarial. por tanto, se ha empleado un método que lo sustituye y ofrece la seguridad para fijar las primas. Dicho método está basado en la idea de que, si se hubieran conocido las prestaciones según la ley nueva a partir del 1° de enero de 1944, la cuota de la ley original habría bastado completamente a la cobertura de esas prestaciones, incluyendo las disposiciones de los artículos transitorios y la formación de reservas técnicas para la estabilidad de la cuotas.

Finalmente, destaca el hecho de que no han sido afectados otros coeficientes de

seguridad, mostrados en la exposición de motivos original; por ejemplo, el hecho de que las cifras de invalidez durante un tiempo bastante largo serán probablemente menores a las supuestas; la suposición de que un asegurado adquiere anualmente en promedio 50 semanas de cotización comparado con la realidad de que el número promedio de semanas de cotización adquiridas dentro de un año es sustancialmente más bajo; la hipótesis de que la renta incondicional de vejez se concede exactamente en la edad de 65 años mientras en realidad, una proporción considerable de asegurados continúa en el seguro después de dicha edad. Por falta de material no ha sido posible tener en cuenta, ni en esta vez, el hecho de que el derecho a la pensión de viudez y de orfandad no tiene, para las mujeres aseguradas, el mismo peso que para los hombres asegurados. Otro coeficiente de seguridad proviene del hecho de que en las salidas prematuras y definitivas el instituto tiene una reserva aprovechable, que podrá ser evaluada conforme vaya adquiriéndose la experiencia propia; dichas salidas compensan plenamente las entradas pospuestas al seguro después de 20 años de edad.

Esta compensación es necesaria, ya que la comparación de los números de los trabajadores inscritos al seguro durante los cinco primeros años se desvía intensamente del número de trabajadores censados en 1940; estas desviaciones son desfavorables para las finanzas del instituto, porque se refieren a edades menores de 25 años, y son causadas, sin duda, por deficiencias del reglamento actual de inscripción que permite a los patrones no inscribir a trabajadores solteros y jóvenes, aprovechándose de la disposición del artículo 6° que exime del seguro a los trabajadores eventuales y temporales sin definir esas categorías. Los datos numéricos que comprueban esta desviación pueden verse en el anexo D.

Debe esperarse que el nuevo reglamento y, especialmente, la nueva inscripción general, según la disposición del artículo 10° transitorio de la reforma legal, reducirá esta influencia desfavorable para las finanzas del instituto.

Las disposiciones transitorias proporcionarán el material para calcular el balance actuarial que se elaborará según un plan que ya ha sido preparado, acentuando los métodos de agrupamiento, que formarán la base de los balances actuariales futuros.

En la tabla E se ve que hay un equilibrio entre el valor de las obligaciones del instituto y el de las contribuciones futuras, basadas en la prima fijada por la ley. Es patente también que, aparte de los coeficientes de seguridad mencionados, está cubierta más ampliamente la carga proveniente del aumento natural del salario, como se explica más detenidamente en la parte especial del informe.

Después de elaborar este informe se ha comprobado en el correspondiente a la asamblea general del instituto en septiembre de 1949, por un nuevo método, que existe equilibrio bajo el supuesto de que la inscripción general de que habla el artículo 12° transitorio de la ley vigente y la introducción y práctica efectiva de nuevos reglamentos de afiliación y de cobros, podrán absorber una masa considerable de trabajadores –más de 100 000– que no habían sido inscritos cuyas distribuciones, según edades y composición familiar y civil, pueden ser muy favorables para el equilibrio financiero del instituto. Para más detalles nos remitimos al informe para la asamblea general anexo a éste.

Debe acentuarse que los artículos transitorios 8, 9 y 10 forman un conjunto orgánico con la finalidad de hacer posible una reorganización administrativa del instituto, proporcionándole nuevo fundamento para el registro de asegurados

y de sus derechos. La necesidad de establecer, mediante estos artículos, un nuevo sistema para el otorgamiento de pensiones con respecto al tiempo de cotizaciones anterior a la fecha de la vigencia de la reforma, se funda en que por deficiencias de la primera inscripción de trabajadores, así como del sistema de avisos de inscripción posterior, de bajas y de cambios de salario, no existe un registro del tiempo cotizado, especialmente para los años 1944, 1945 y 1946 y resulta imposible –por causas diversas– hacer su reconstrucción; no obstante, una minuciosa investigación demuestra que sí es posible tal reconstrucción para los años de 1947 y 1948.

Por esta razón el artículo 8° persigue la finalidad de sustituir el número de semanas cotizadas hasta la fecha de vigencia de la reforma por el número de semanas cotizadas en los dos últimos años anteriores a esa fecha, valorizándolas de manera que en ningún caso se menoscaben los derechos adquiridos de los asegurados; por esta razón se reconocen 50 semanas adquiridas por pago de cuotas en los dos últimos años, como equivalentes a las 200 semanas de cotización exigidas como tiempo de espera según la ley original.

Para los asegurados que no han cumplido con el pago de las 50 semanas, debe valorizarse en la misma proporción el número de semanas computable para la determinación del tiempo de espera.

Un reglamento especial, elaborado con base en la concentración del número de semanas de cotización, en los dos últimos años, y de la nueva inscripción general según el artículo 10° transitorio, que será también la base de la certificación de derechos a que se refiere el artículo 9° transitorio, debe fijar detalladamente las condiciones y cuantías para este grupo y para otros grupos de asegurados, probablemente muy reducidos; por ejemplo, para el grupo de asegurados que tienen semanas de

cotización en los años 1944-1946 y que después hubieran interrumpido su seguro a lo menos hasta la fecha de la vigencia de la reforma y reingresaren al seguro después de dicha fecha. Es natural que el volumen de estos casos excepcionales se podrá conocer después de elaborar el nuevo reglamento de avisos que deberá contener disposiciones que permitan controlar estos casos.

De todos modos las pensiones se concederán en condiciones y cuantías mejores a las que le corresponderían si se hubiese reconocido el tiempo de cotización según la ley original.

La carga proveniente de la aplicación del artículo 8° transitorio está cubierta, ya que en los cálculos actuariales para la reforma legal se supone que todos los asegurados que han ingresado en la fecha de implantación del seguro, cumplirán como asegurados, el tiempo de espera legal. Debe recordarse que el artículo 8° transitorio de la ley original da un máximo de cien semanas para el cómputo del tiempo de espera de 200 semanas.

La carga proveniente de la disposición del artículo 3° transitorio, relativa a mejora por edad avanzada, fue estimada en los cálculos de la reforma legal como puede verse en el cuadro E (inciso d) del anexo y queda cubierta por la prima legal.

Los certificados según el artículo 9° transitorio fijarán los derechos adquiridos hasta la fecha de vigencia de la reforma legal y crearán el material documentario de los años anteriores a esa fecha.

Conferencia pronunciada por el profesor Emil Schoenbaum con el tema: Observaciones sobre el método para la construcción de balances actuariales, 30 de septiembre 1949, Ciudad de México

El informe financiero y actuarial presentado a la consideración de la asamblea general del instituto celebrada el día 26 del corriente, se elaboró como reemplazo del balance actuarial, que debió elaborarse, pero que no fue posible por las razones que detalladamente se consignan en ese documento, no constituye un verdadero sustituto del balance; el método empleado por vez primera, y para cuya fijación y aplicación hubo de desarrollar penoso y laborioso esfuerzo mental, me apoya en la suposición de que se conservan las hipótesis actuariales básicas de los cálculos. Si se producen desviaciones favorables o desfavorables sobre tales supuestos se generarán superávit o déficit que –por la naturaleza del método– no pueden ser cuantificados.

De ningún modo debe repetirse el empleo del método señalado (cuyo análisis aparece en el informe que mencionamos); en su lugar han de construirse periódicamente – la periodicidad que establece la ley– los balances actuariales.

Constituye, en efecto, una de las tareas esenciales del actuario la elaboración periódica del balance, instrumento que mide el equilibrio financiero de las instituciones aseguradoras; empero de la tarea del actuario social tiene alcances más amplios, debe procurar que dentro del equilibrio se realice un principio de justicia entre los diferentes grupos humanos que forman la masa asegurada.

El actuario social debe tener presente que con cada peso que ingresa a las arcas del instituto nacen obligaciones de realización mediata o inmediata que se deben cumplir oportunamente.

Al examinar esas obligaciones dentro de cada ramo del seguro social mexicano, actualmente en operación, podemos observar lo siguiente:

- 1) En el ramo de enfermedades generales y maternidad, cuyo régimen financiero es el reparto anual con predeterminaciones de los montos de los ingresos y de los egresos, las obligaciones son de carácter inmediato, esto es, han de solventarse dentro de la duración del año para el cual se han calculado los recursos y las cargas.
- 2) El régimen financiero en el seguro de riesgos profesionales es el llamado de capitales o de reparto de capitales, llamado erróneamente "método de capitales constitutivos de reparto", consiste en capitalizar las pensiones de toda índole concedidas en el pasado.

Las razones que nos han conducido a introducir el método explicado sucintamente, que es diferente del usado en el régimen de invalidez, vejez y muerte, son esencialmente las siguientes:

- a) En el seguro de riesgos profesionales, las prestaciones son independientes del tiempo de permanencia en el seguro, no existe, en otras palabras, el tiempo de espera. Las prestaciones no crecen en función del número de semanas cotizadas.
- b) La experiencia demuestra en todos los países, que las probabilidades de ocurrencia de los siniestros son independientes de la edad del trabajador, (hemos de apuntar aquí, que no existe absoluta unificación sobre el

criterio de que la probabilidad de accidentarse sea del todo ajena a la edad: algunos tratan de indicar mayores frecuencias relativas de accidentarse en los trabajadores jóvenes, aduciendo la inexperiencia, la inhabilidad, el atolondramiento, etcétera, pero otros las rechazan esgrimando la mayor elasticidad y rapidez de reacción a los movimientos en los individuos jóvenes. Sea como sea, en caso de existir la dependencia, ésta es de tal modo reducida, que puede ignorarse).

- c) En el seguro de invalidez, vejez y muerte, crecen las prestaciones con el tiempo de cotizaciones; es por tanto, poco prudente establecer en este régimen el sistema de capitales constitutivos, pues de hacerlo, la revisión constante de las cargas y de las primas, a causa precisamente del constante aumento en el valor de las pensiones, sería necesaria.

El hecho de necesitar el cambio año con año de las primas a cargo de las entidades financiadoras del seguro es de efectos económicos y psicológicos del todo desfavorables para el buen desarrollo del seguro social.

En contravención a los proyectos de implantación paulatina de los servicios del seguro social fueron establecidos simultáneamente, en el año 1944, todos los ramos, lo cual constituyó un gravamen imprevisto y bastante pesado para los empresarios. En efecto grave a la producción con una carga de cerca del 14% de los salarios; no obstante, después de algunas reticencias, fue aceptada la carga por parte de los patrones y de los trabajadores. Pero lo que les incomoda —y con razón— es el aumento constante por pequeño que sea, pues trastorna todos sus presupuestos de costos, planes de venta, etcétera. No debe olvidarse que es de excepcional importancia el mantenimiento

de la carga constante del seguro social por tiempos bastante largos. Podría, sin embargo, calcularse la cuota estable desde el comienzo de las actividades del instituto asegurador, pero entonces debían calcularse asimismo las probabilidades de invalidez, de muerte, etcétera.

Hay otra razón más para no aceptar el método de los capitales constitutivos. A menudo se hacen críticas al instituto por las cuantiosas reservas que, dicen sus detractores, ha acumulado y acumulará.

Hemos de decir al respecto que, en primer lugar, en el seguro de enfermedades generales y maternidad no hay creación de reservas técnicas y, en segundo lugar, que en el régimen de riesgos profesionales se crean reservas solo para las pensiones ya constituidas; únicamente en el régimen de invalidez, vejez y muerte tenemos el sistema de capitalización colectiva con primas promedias.

En posterior conferencia me extenderé acerca de este punto tan debatido, demostrando que el método de capitales constitutivos conduce a idénticos resultados respecto al método de capitalización colectiva por primas promedias y que, mediante la utilización de la teoría de la acumulación mínima, pueden obtenerse resultados que se aproximan al óptimo.

Es oportuno detenerme en la explicación del empleo del "método de las diferencias", que permite el control constante de la mecanización de los cálculos de cualquier naturaleza.

El método de las diferencias ofrece las ventajas siguientes:

a) Los valores con los cuales se opera son siempre muy inferiores respecto a los originales (puesto que son diferencias de ellos).

b) Es muy fácil descubrir errores en los cálculos puesto que pueden controlarse cada vez que se juzgue necesario, haciendo el cálculo directo.

Las diferencias permiten descubrir, en una simple inspección de errores cometidos, si la tendencia se rompe bruscamente, en el caso de que la serie sea continua.

Es claro que pueden cometerse errores compensados pero la probabilidad de tal suceso –ya calculado– es despreciable, de modo que si son correctas las cantidades revisadas en la forma indicada, puede tenerse la seguridad de que todos y cada uno de los valores calculados son correctos.

Informe del profesor Emil Schoenbaum sobre la protección de la salud y contra el desempleo de los trabajadores migrantes, especialmente los llamados "braceros"

(Se ignora fecha exacta del documento)

A. Antecedentes

A) EL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO

Según la Ley del Seguro Social Mexicano, únicamente los trabajadores cuyos patrones realizan actividades dentro de las circunscripciones territoriales donde han sido establecidos los seguros sociales obligatorios, están protegidos contra las consecuencias de los riesgos profesionales, las enfermedades generales, la maternidad y la invalidez, vejez y muerte. No se ha extendido el seguro social obligatorio a los trabajadores del campo, que debe

implementarse por decreto del ejecutivo federal, según las disposiciones del artículo 6° de la ley.

El seguro social obligatorio contra el desempleo no existe actualmente en México; los trabajadores no sujetos al régimen del seguro social obligatorio, sea porque están excluidos por el artículo 6° o porque el seguro social no se ha implantado a todas las circunscripciones territoriales, están protegidos en casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, por la Ley Federal del Trabajo que protege también a los trabajadores en el caso de maternidad.

B) EL SEGURO SOCIAL EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

En Estados Unidos el seguro social obligatorio se limita al seguro de vejez de los trabajadores, el seguro de las esposas e hijos de éstos si cumplen ciertas condiciones y a los seguros de viudez y orfandad. Aun no ha sido implantado el seguro social contra las enfermedades generales e invalidez, aunque en algunos estados existe, a lo menos en parte, el seguro de enfermedades generales y el seguro de riesgos profesionales se ha substituido por obligaciones legales a cargo de los patrones.

Los seguros de vejez y de viudez han sido ampliados por la reforma legal de 1950, a los trabajadores regulares del campo, esto es, a los que satisfacen una definición de la regularidad en el trabajo; esta ampliación no puede extenderse a los trabajadores migrantes, especialmente a los braceros, en mi opinión.

El seguro social obligatorio se financia con las cotizaciones de los trabajadores y de los patrones, sin ninguna participación del estado.

Además existe el seguro obligatorio de desocupación para todos los trabajadores del campo con prestaciones y cotizaciones diferentes según los estados, pero que según sus condiciones no se extiende tampoco a los trabajadores migrantes.

No existe un seguro obligatorio contra otros riesgos, fuera de los indicados, sino leyes de asistencia pública diferentes en cada estado, que no dan derechos a las prestaciones, limitándose exclusivamente a los residentes y que no pueden aplicarse bien a los braceros.

B. Conclusiones

Con base en estos antecedentes, se presenta el problema de la protección de la salud y en contra de la desocupación de los trabajadores mexicanos migrantes, en esta forma:

1. Ya que los trabajadores migrantes de México acuden a Estados Unidos de América por tiempos limitados, a la cosecha generalmente, a la pesca del salmón y ocasionalmente para la reparación de vías férreas, estas categorías de trabajadores normalmente no están sometidas a los seguros de vejez y de viudez que exigen un número mínimo de trimestres con percepción de salario.

No sería justo privar a esos trabajadores de las cuotas que por ellos obligatoriamente deban pagar los patrones que los contraten temporalmente; sería aconsejable que esas cuotas se entreguen, sea a los propios trabajadores al terminar su contrato, o bien que se depositen en el IMSS para formar un fondo especial, aprovechable para su seguro social en México, una vez que estén sometidos a este régimen.

2. En lo que se refiere a la protección de la salud y de la maternidad, debería suministrarse con cargo a los patrones, en condiciones análogas a las que establece la Ley Federal del Trabajo de México y a las de las leyes especiales de los estados de la unión americana, en los que presten sus servicios.
3. Por los riesgos profesionales, los trabajadores migrantes deben estar protegidos como los otros trabajadores de Estados Unidos de América, donde sea por el aseguramiento en empresas privadas de seguros o de otra manera, garantizan los patrones tal protección, semejante a la que fija la Ley Federal del Trabajo mexicana.
4. En los casos de desocupación, los trabajadores migrantes deberían ser sometidos a la Ley Federal de Desocupación si cumplen las condiciones establecidas; pero tal protección no será muy importante, porque la ocupación es, por su naturaleza y por contratos firmados, de carácter transitorio.
5. Para el futuro es recomendable que los dos países establezcan convenios de reciprocidad para el seguro social con base en las normas establecidas en convenios internacionales, tal como existen en varios países, que protegen a los trabajadores que se intercambian de uno a otro país, concediéndoles la protección que gozan los trabajadores residentes, con algunas pequeñas modificaciones.

Sobre esta reciprocidad existen convenios auspiciados por la Oficina Internacional del Trabajo; es de advertirse que la reciprocidad prevista en esos convenios, para los trabajadores migrantes, tiene como suposición que el seguro social obligatorio incluye a la mayor parte de los trabajadores en los dos países, que proporcione

protección semejante para riesgos semejantes.

Atentamente
Prof. Emil Schoenbaum

Carta del profesor Emil Schoenbaum al licenciado Benito Coquet, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15 de diciembre de 1960

Me complace satisfacer su deseo por la colaboración del departamento matemático actuarial de presentarle un borrador del memorando que, desde hace algún tiempo, preparo para usted, advirtiéndole que no es definitivo, no sólo desde el punto de vista formal, sino porque están ausentes de él los resultados de investigaciones aún no terminadas, de hechos que tienen efectos financieros, por ejemplo, la cuantificación de los costos extraordinarios de ingresos por primera vez al régimen del seguro social obligatorio, de personas en altas edades, ingresos que en su mayor parte persiguen propósitos fraudulentos; las consecuencias, expresadas con cifras, de la falta de cotizaciones por ausencias del trabajo sin goce de salario, hecho no permitido por disposiciones explícitas contenidas en las dos últimas reformas a la ley y cuya tolerancia ha producido, fuera de lesión económica para el instituto, graves consecuencias de carácter psicológico, así como otras investigaciones todavía en proceso de elaboración, que he encomendado a varios departamentos.

Advierto a usted que el memorando contiene, en buena parte, repeticiones de

asuntos, problemas y proposiciones de cómo resolverlos, tratados en cuatro informes financiero-actuariales relativos a otros balances matemático-actuariales y en informes que, sobre la situación del instituto, he elaborado anualmente para las personas que han precedido en la dirección del instituto y a las que han tenido a su cargo las subdirecciones técnica y médica, para lograr el equilibrio financiero en la rama de enfermedades generales y maternidad, que se proceda a la reorganización de los procedimientos administrativos del instituto, tendientes a eliminar graves defectos y vicios que detenidamente se analizan en los mencionados informes¹ y en los cuales se describe no solo el desarrollo de las tres ramas del seguro, sino que se comunica abundante material que aclara los principios de la técnica utilizada como base de las actividades del seguro social. He creído conveniente facilitarle el material documental y técnico sobre el desarrollo de nuestra institución

Esencialmente, el memorando se dirige al examen del desarrollo financiero de los seguros de enfermedades generales y maternidad, y de riesgos profesionales, permitiéndome advertir a usted, que hemos creído conveniente tratar separadamente los efectos financieros provenientes del establecimiento de uniones médicas, porque el sistema y la organización de los servicios médicos al cuidado de esas uniones, no tuvo apoyo en los principios de técnica ni de financiamiento de nuestro seguro social, y por la razón de que no disponíamos de los datos necesarios para hacer una estimación actuarial; sin embargo, dedicamos un capítulo especial para explicar los más importantes defectos en el procedimiento del suministro de los servicios médicos, y de control, que motivan el empeoramiento del estado administrativo y financiero de nuestro seguro, el que ciertamente se agravaría si no se introducen, con energía, las medidas

que se sugieren en algunos de los informes ya referidos.

Es mi deber acentuar la eficaz ayuda del departamento matemático actuarial que merece elogio y especialmente la fiel e inapreciable colaboración del señor Alfonso Velarie Sacristán quien es el coautor de este memorando.

Ruego a usted que considere el borrador anexo, como la expresión de nuestra voluntad para ayudarle a resolver las graves e ingentes problemas que encara el instituto, cuya solución no debe demorarse más, reservando para un informe especial nuestras recomendaciones sobre la reorganización administrativa del IMSS.

Atentamente
Prof. Emil Schoenbaum

Introducción al memorando

El memorando contiene frecuentes citas, referencias y transcripciones de los informes correspondientes a cuatro balances matemáticos-actuariales, así como de numerosos informes sistemáticos y extraordinarios presentados a la dirección general y a los subdirectores del Instituto Mexicano del Seguro Social, explicando el desarrollo financiero anual desde un punto de vista técnico, tratando importantes problemas que se han dado en la administración del seguro social, para enfatizar que el seguro social mexicano, como de todos los países que tienen bien o mal organizada la administración de un régimen, opera con una técnica especial, diferente para cada rama del seguro y diferente de las técnicas utilizadas en la organización de las actividades de empresas bancarias, aseguradoras privadas, instituciones de servicios públicos y de

entidades particulares, técnica que exige procedimientos especializados en la inscripción, cobro de primas, otorgamiento de prestaciones, contabilidad, estadística y matemática actuarial.

Se proporciona, además, una descripción desde el punto de vista técnico y financiero, del desarrollo del seguro social mexicano desde su establecimiento en 1944 al año 1959, procedimiento que consideramos conveniente para explicar mejor los defectos descubiertos en la organización y en la administración del instituto y de los errores que se han cometido, sea por desconocimiento de la técnica especial por parte de los órganos directivos, por las alteraciones hechas por las cámaras legisladoras a los proyectos originales de la ley y de sus reformas, las que sólo mencionamos:

- a) El establecimiento inmediato del seguro familiar sin respaldo financiero.
- b) La implantación del seguro de los trabajadores eventuales y temporales.
- c) La fijación de un salario tope en \$60 diarios, en vez del salario de \$100 propuesto, que sirvió como base para el cálculo del costo de las mejoras introducidas en la reforma de 1956, en las prestaciones existentes y para estimar el costo de las nuevas prestaciones.
- d) Los importantes aumentos en las prestaciones en el ramo de riesgos profesionales y el cambio substancial de la *Tabla de valuación de incapacidades* que el instituto se vio obligado a aceptar para respetar las modificaciones de la Ley Federal del Trabajo del año 1956, en las que no tuvo ninguna intervención.
- e) Otros más que se tratan en el cuerpo del memorando.

Esos cambios y otros de menor importancia que se realizaron sobre los anteproyectos originales, tuvieron consecuencias financieras no previsibles.

Forman dos partes este memorando: en la primera se analizan, desde el punto de vista técnico, la situación y el desarrollo de las ramas del seguro y, en la segunda, se tratan también desde el punto de vista técnico, algunos defectos administrativos comprobados por cifras estadísticas y contables referidos a los ingresos del instituto. En esta segunda parte, se da solución a algunos problemas que serán discutidos ampliamente en un *Programa para la reestructuración de la organización y la administración del instituto*, que nos permitiremos presentar a usted en su oportunidad.

Desgraciadamente, para la elaboración de este memorando no nos hemos podido apoyar en material estadístico ni contable del que se puede disponer para la presentación de los informes sobre balances actuariales, por dos razones:

- a) Porque no fue posible obtener a tiempo parte del material mencionado.
- b) Porque no conocimos, sino hasta casi terminado el documento la formulación definitiva de los estados contables de ingresos y egresos.

El memorando presenta graves problemas cuya solución es casi vital para el instituto en cada rama del seguro social, deteniéndonos por su gravedad, en los asuntos financieros y administrativos relativos a enfermedades generales y maternidad; en efecto, el equilibrio actuarial de este seguro, logrado en 1957, y a pesar de que se corrigieron varios de los defectos denunciados en múltiples ocasiones, que detallo en su oportunidad, y no obstante la evasión de los costos por la continua mejoría en la calidad de la

diversificación de los servicios médicos, fue afectado de golpe en 1958 por la implantación en la administración del seguro de las uniones médicas, con déficit crecientes año tras año, causado en parte por la omisión de los principios técnico-actuariales, financieros y médicos, en la organización de los procedimientos de operación de esas uniones.

Me permito presentar en el memorando algunos proyectos para resolver los problemas financieros y administrativos de las tres ramas del seguro que mantienen una relación orgánica.

Para convertir esos proyectos de soluciones en proposiciones concretas, es necesario realizar cuidadosas investigaciones sobre el mantenimiento de todos los departamentos del instituto que intervienen en las operaciones conectadas con el cobro y la recaudación de cuotas, y con el otorgamiento de las prestaciones en especie y en dinero fijadas por la ley.

Terminadas esas investigaciones, que deben efectuarse conforme al programa de trabajo, será necesario elaborar numerosos reglamentos e instructivos que precisen las tareas del personal del instituto encargado de la afiliación, del cobro de cuotas y del otorgamiento de las prestaciones y de los servicios y que harán, si se llevan a cabo en la forma y términos propuestos, que nuestra institución sea un modelo no sólo de consistencia financiera, sino también de organización y administración.

En las investigaciones debe prestarse especial cuidado al funcionamiento de las delegaciones foráneas, en las cuales están afiliados, ya ahora, más del 50% de los asegurados y que muestran defectos extraordinarios y particulares, probablemente por la falta de adecuada interpretación de los reglamentos y los instructivos de los funcionarios del instituto, pero también por la comisión de

abusos y fraudes que, con algunas excepciones, afectan los resultados financieros de esas delegaciones.

Comentario del profesor Emil Schoenbaum sobre el desarrollo financiero de los seguros de enfermedades no profesionales, maternidad y de riesgos profesionales

(Se ignora fecha exacta del documento)

1. La base técnica del seguro de enfermedad general y maternidad, y la estimación de la prima se explican detenidamente en el *Anteproyecto de la ley del seguro social*, publicado en la *Memoria de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social*, correspondiente a 1942.

Sobre el informe financiero y actuarial relativo al anteproyecto, la Oficina Internacional del Trabajo opinó: "La dirección de los trabajos actuariales se ha confiado a un técnico con experiencia mundial en todo el sentido de la palabra, maestro de matemáticas de seguros y verdadero actuario social. Utilizando al máximo los datos estadísticos mexicanos disponibles, recogidos y publicados por la dirección general de estadística de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el actuario ha debido recurrir —esto es indispensable cuando se trata de la primera introducción de un régimen general de seguro social— a la experiencia de países extranjeros que presentan la mayor similitud con las condiciones biodemográficas y médico-sociales de México. Las hipótesis sociales y biológicas de una parte y las hipótesis económicas de otra, parecen haber sido establecidas con justeza y teniendo en

cuenta el conjunto de las similitudes y disimilitudes que pueden distinguirse en estos casos.

La elección del régimen financiero y la afectación de los recursos, ambos específicos a cada riesgo, se ha hecho de acuerdo con las reglas técnicas más rigurosas.

La dotación del seguro de enfermedad-maternidad, destinado a funcionar dentro de un régimen de partición de gastos anuales, parece amplia. Tal dotación es, sin embargo, necesaria para permitir, paralelamente con la vigencia del servicio de prestaciones, la constitución del utilaje asistencial, indispensable a la eficacia y a la economía de las prestaciones médicas y farmacéuticas, utilaje cuya connotación se facilitará y acelerará esperando el funcionamiento del seguro familiar".

"La Oficina Internacional del Trabajo, consciente del valor intrínseco de la iniciativa está animada del deseo de ver a México dotado de un régimen general de seguro social obligatorio, sistema que la experiencia común de los países de América y de otros continentes, conforma como el medio más racional y eficaz de la seguridad social y económica. El proyecto de ley sólidamente elaborado y técnicamente fundado, proporciona la oportunidad para ello".

2. En el mismo informe se dice, en el capítulo *Estimación del costo probable del seguro de enfermedad y maternidad*: "No fue respetado en los cálculos anteriores el seguro de enfermedad de los familiares (seguro familiar). Las razones son obvias. El seguro obligatorio de miembros de familia se ejecuta desde hace bastante tiempo en Alemania, Checoslovaquia, Yugoslavia, Hungría, Polonia y, desde hace unos años, en

Francia. En Chile hay un seguro facultativo con base en una cuota suplementaria, y la ley de Perú prevé el seguro obligatorio con una cuota especial de 2% ó 1% del salario. Desgraciadamente, los datos del seguro familiar no pueden ser tomados de las estadísticas disponibles ya que engloban los gastos del seguro general de enfermedades con los del seguro familiar. Esta es una de las razones por las que se han estimado los gastos del servicio médico y farmacéutico con base en las experiencias ecuatorianas, donde no existe el seguro familiar, complementándose por experiencias de otros países".

La posibilidad de estimar las cargas del seguro de familia directamente sobre la base de la estadística familiar no existe tampoco, ya que la estadística de familia, si es que llega a elaborarse del censo de 1940, será el último de los trabajos censales. Además, aunque existiera esa estadística muy complicada, la mayor dificultad consiste en apreciar el riesgo de enfermedad y maternidad para los miembros de la familia, sobre lo que no hay ninguna experiencia mexicana, sobre todo con relación a las enfermedades endémicas del país. A estas dificultades de estimación se agregan las importantes dificultades de organización, de administración, de control y de inspección que, especialmente en el ambiente mexicano, pueden ser muy grandes debido a los obstáculos para la identificación de los miembros de familia y a la falta de preparación material y moral. En efecto el seguro familiar se ha introducido siempre después de una larga duración del seguro de enfermedad para los trabajadores.

Con relación a estas dificultades de estimación y administración se recomienda que, si se desea introducir el seguro

familiar, se aplase su realización hasta que se organice y funcione el servicio médico y su control técnico para los trabajadores asegurados y hasta que se obtengan experiencias con este seguro principal".

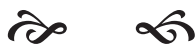
Nos limitamos a transcribir la parte del informe donde se mencionan las razones por las que debió aplazarse la implantación del seguro de enfermedad de los familiares, observando que las bases empleadas para el cálculo de la prima y el método de cálculo están explicados detenidamente en el informe.

Debemos advertir en esa oportunidad, que la introducción del seguro social mexicano debió hacerse por etapas, conforme al plan para introducir el seguro, que prevé como primera etapa la implantación del seguro de enfermedad después de un periodo de preparación de, por lo menos, un año; transcurrido otro periodo de tres a cuatro años, podría entrar en vigor el seguro de

accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y en la última etapa el seguro de invalidez, vejez y muerte, después de 8 ó 10 años. Contrariamente a esas previsiones, el seguro social obligatorio se implantó simultáneamente para las tres ramas del seguro, incluyendo a los familiares, desde el 1 de enero de 1944, con las consecuencias que ampliamente se describen en la exposición de motivos para la reforma a la ley, que empezó su vigencia el 28 de febrero de 1949.

3. Desde los puntos de vista técnico y de equilibrio financiero el desarrollo del seguro de enfermedades generales y maternidad debe tratarse en cinco periodos:

- A.- Del 1-I-1949 al 28-II-1949
- B.- Del 1-III-1949 al 31-XII-1952
- C.- Del 1-I-1953 al 31-XII-1957
- D.- Del año de 1958
- E.- Del 1-I-1959 hasta esta fecha



¹ Los informes no se anexan por tener un desarrollo netamente matemático-actuarial, solamente se agrega la introducción al memorando de los mismos.
