

# Salud al Retiro

Por Act. Marcela Flores Quiroz.

## INTRODUCCIÓN:

El Instituto Mexicano del Seguro Social otorga beneficios de pensiones por jubilación cuyo monto tiene por objeto servir sólo de plataforma básica y no el de satisfacer todas las necesidades de las personas. Después de un ingreso fijo, en la etapa posterior al retiro, el acceso a un servicio de salud es indispensable.

Al igual que se puede establecer un Plan de Jubilación Individual para asegurar el ingreso en los años futuros, también es posible instrumentar un Plan de Ahorro para los servicios de salud posteriores al retiro. Así que en este boletín se muestran las alternativas y los costos por persona para las diferentes formas de cómo conformar y llevar a cabo dicho plan.

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL 2005

**C.P. Ricardo Ancona Sánchez**

Presidente

**C.P. Eduardo Vargas Priego**

Presidente del Consejo Técnico

**IQ MBA Juan Carlos Erdozain Rivera**

Secretario CDN y Director General IMEF

INTEGRANTES

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL

PRESIDENTE

Act. Marcela Flores Quiroz  
Presidenta Comité Técnico Nacional  
de Seguridad Social

INTEGRANTES

Lic. Alberto Espinosa Desigaud

Act. Arturo Casares González

Act. Carlos Soto Pérez

Lic. David Buenfil Friedman

Lic. David Garduño Contreras

Lic. Eduardo Silva Pylypciov

Ing. Emilio Illanes Díaz Rivera

Act. Enrique Peña Velásquez

Act. Héctor Rode Haza

Act. José De Caso García

Act. José Luis Salas Lizaur

Act. José Muriel Delsordo

Lic. Moisés Pérez Peñaloza

Lic. Pablo Chevez Macías Valadez

Lic. Pedro Dondé Escalante

Lic. Pedro Vásquez Colmenares

Guzmán

C.P. Sergio Arvizu Treviño

Lic. Timothy Heyman Marcuse

Lic. Verónica Zetter De Anda

**Lic. Gloria Elena Ortiz**

Coordinador del Comité

Técnico Nacional

de Seguridad Social

**ANTECEDENTES**

La manera en que el futuro afectará a las pensiones y a la salud ha sido tema en muchos Foros, sean estos políticos o privados; nacionales o internacionales; académicos e, inclusive, religiosos, como fue el caso de la conferencia dada por Hans Tietmeyer, bajo el título: "Solidaridad Intergeneracional y Crisis del Estado de Bienestar: **Las Pensiones y la Sanidad**" Mayo 2004. Roma. Pontificia Academia de Ciencias Sociales. (Zenit. ZSI04051501).

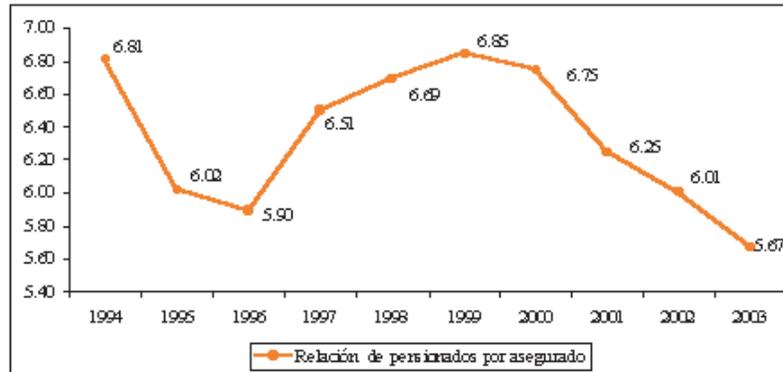
En esos foros, el tema coincidente fue, y sigue siendo, el que "en varias áreas de la seguridad social, especialmente en lo relativo a las pensiones de jubilación y a la salud, los actuales cuellos de botella financieros hasta ahora apenas han reflejado estos cambios demográficos. Los factores dominantes en estos cuellos de botella han estado sobre todo, por la parte de los gastos, en unas regulaciones excesivamente generosas y, por el lado de los ingresos, en un menor crecimiento económico y en trastornos estructurales en el mercado laboral, que se han vuelto especialmente obvios en los periodos de actividad empresarial débil".

México, en el devenir del tiempo, no ha sido la excepción. Basta con estar al tanto de la información financiera emitida por los directivos del IMSS y del ISSSTE. En este último caso, ante todos los mexicanos, se ha publicitado que:

- El ISSSTE guarda una situación más grave que la del IMSS antes de la reforma de 1997.
- Déficit actuarial y de flujo de caja insostenible dentro de un sistema de pensiones de beneficios definidos.
- Subsidios cruzados hacia el fondo médico y de pensiones de los otros fondos (vivienda, préstamos personales, etc.)
- Esta situación es insostenible y pone en peligro el pago de las pensiones y la viabilidad del instituto, sobretodo, en el dar los servicios de salud a sus participantes.

Demos un vistazo a las siguientes dos diapositivas que muestran la realidad y dimensión de lo dicho en antecedentes.

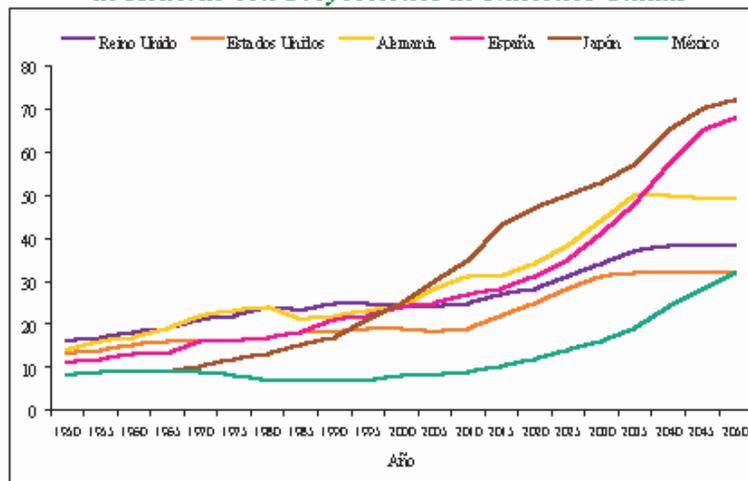
*Relación de Trabajadores Asegurados en el IMSS con Respecto a los Pensionados*



La relación asegurados/pensionados ha ido disminuyendo constantemente en los últimos cuatro años, ubicándose en 5.67 en 2003. Esto ha afectado el equilibrio entre el ingreso y el gasto, sobre todo en la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados.

44

*Tasa de Dependencia Senil para Diversos Países, de Acuerdo con Proyecciones de Naciones Unidas*



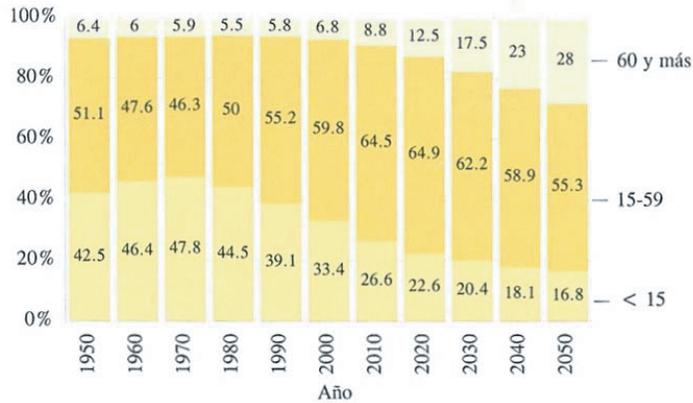
El número de adultos mayores por cada 100 personas en edad de trabajar aumentará rápidamente en México.

26

Otro punto es que el aspecto intergeneracional aumentará también su importancia en este asunto, porque al contrario que en el caso del seguro de pensiones - la demografía no sólo se sentirá por el número de receptores de los be-

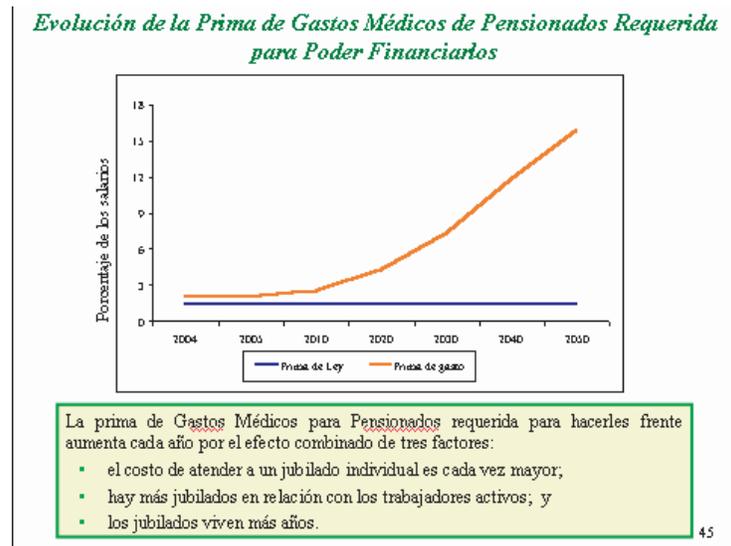
neficios sino también por el nivel medio de gasto que haya que pagar. Esto se aprecia en la diapositiva siguiente, ya que entre 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores en México pasará de 7 a 28 %.

*Distribución de la población de México por grandes grupos de edad, 1950-2050*



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

La aceleración del envejecimiento también someterá indudablemente a la asistencia médica y hospitalaria a ulteriores presiones de ajuste, lo que se muestra en la diapositiva siguiente:



Pero las perspectivas de esto son mucho más difíciles de interpretar que en el caso de las pensiones de vejez. Los perfiles de gasto, según la

edad, de las compañías de seguros de gastos médicos muestran que el gasto en salud es más alto cuanto más anciano es el asegurado. Sin

embargo es discutible la conclusión de que esto funcione de igual forma para una sociedad envejecida. Algunos estudios sugieren que el gasto en salud depende más de la cercanía a la muerte que de la edad absoluta del asegurado. Punto de controversia que analizaremos más adelante.

### ANÁLISIS TÉCNICO.

En el caso de México, tenemos alta incidencia de enfermedades como la diabetes que grava a la

persona a lo largo de toda la enfermedad. Además, que lo incapacita, poco a poco. Por consiguiente, los cuidados de largo plazo serán otro problema.

Viene muy al caso, comentar que la primera conclusión de las investigaciones realizadas, recientemente, en el Colegio de la Frontera Norte, es que la población mexicana transitará de la vejez a la longevidad, acumulándose en edades extremas, que ponen en entredicho la promesa de pensiones y de equidad social.



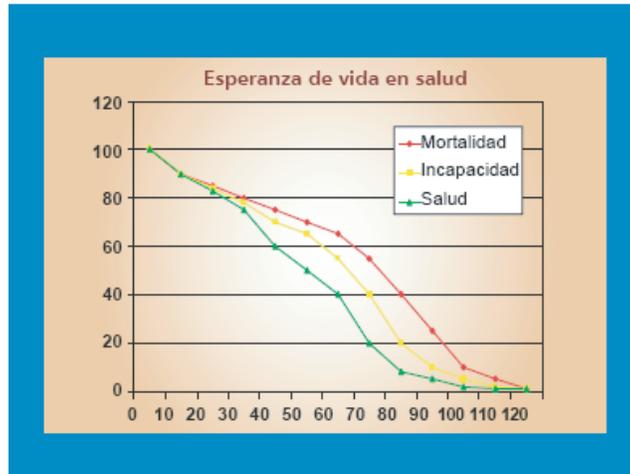
**LONGEVIDAD MÁXIMA 1.**

Medias y desviaciones estandar de  $d_x$  y estimaciones de longevidad máxima bajo el supuesto de normalidad a la derecha

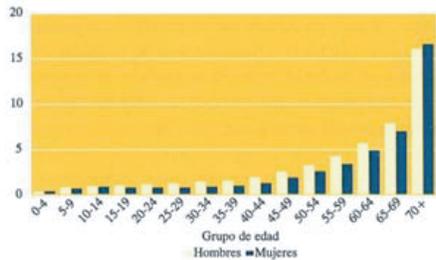
Año	hombres				Mujeres			
	$\mu$	$\sigma$	$\mu+2\sigma$	$\mu+3\sigma$	$\mu$	$\sigma$	$\mu+2\sigma$	$\mu+3\sigma$
1930	71	9.6	90.1	99.7	71	9.6	90.3	99.9
1950	74	9.9	93.8	103.8	76	9.1	94.3	103.4
1970	77	9.8	96.6	106.4	79	9.0	97.0	105.9
2000	84	8.6	101.1	109.7	90	7.9	101.9	109.8
2030	88	7.8	103.7	111.6	91	6.7	104.5	111.2
2050	90	7.3	104.7	112.0	93	6.1	108.3	114.4

El conteo de 1995 enumeró a 14046 personas de 100 años o más de edad y en el de 2000 se censaron 19757, en este grupo de los llamados centenarios y centenarios plus.

La segunda conclusión es que la transición a la salud irá hacia las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes. Al paso del tiempo, la esperanza de vivir sanos, en un estado de salud, se va acortando, iniciándose así una transición hacia la incapacidad y después, hacia la muerte. Lo podemos apreciar en las cuatro siguientes diapositivas:

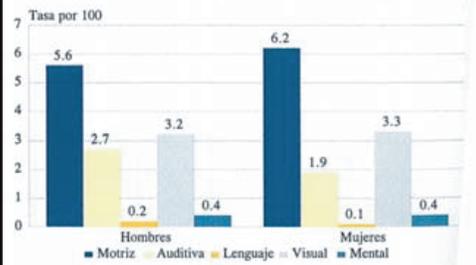


Porcentaje de la población con discapacidad por grupos quinquenales de edad, 2000



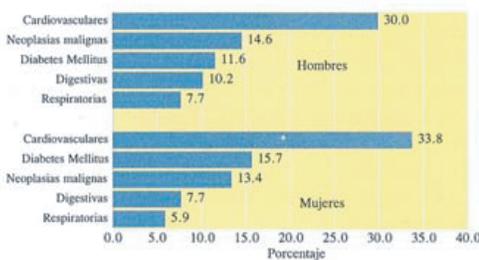
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Tasas específicas de discapacidad para los adultos mayores por sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Cinco principales causas de defunción entre las personas de 60 o más años según sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en defunciones de INEGI y SSA, 2000.

Muchos analistas económicos de la salud han sostenido el punto de vista de que no es la estructura de edades de una sociedad en sí misma la que determina el gasto sanitario, sino principalmente los avances en la tecnología médica, que sólo en raras ocasiones dan como resultado innovaciones que recortan el gasto y con mucha más frecuencia innova-

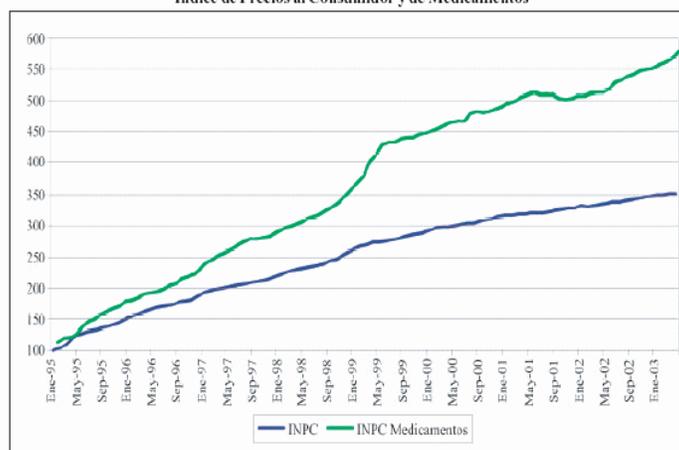
ciones que elevan los costos. Incluso así, la cuestión que surge es **quién financiará, y cómo**, el volumen creciente de servicios profilácticos, médicos y de curación.

Debe recordarse en este contexto que los límites al gasto que defienden los legisladores suelen ser, las más de las veces, inapropiados. Después de todo,

existe el riesgo, de que no se materialicen los nuevos bienes y servicios, y no logren salir a la luz las innovaciones, por las que los individuos habrían estado dispuestos a pagar.

A pesar de que la hipótesis de que el coste por motivos demográficos está adquiriendo mayor peso, **los gastos en salud seguirán subiendo**.

Gráfica I.42  
Índice de Precios al Consumidor y de Medicamentos



Base: Enero 1995=100  
Fuente: Banco de México, mayo 2003.

Al mismo tiempo, los ancianos como regla general siguen financiados por los jóvenes. Esta "financiación de los mayores por los jóvenes" se está debatiendo actualmente con fuerza en Japón y en muchos otros países, como también en Alemania.

En estos países, normalmente, se hacen llamamientos a aumentar la contribución financiera de la generación más anciana. En México, tarde que temprano, llegaremos a esta discusión y toma de decisiones, so pena de sufrir el desas-

troso impacto predicho por las pirámides poblacionales de años recientes y las del 2025 y 2050.

### ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

Ante estas cuatro visiones, todas ellas por demás inquietantes, hoy por hoy, cada uno de nosotros, durante nuestra etapa activa, estamos obligados a ir formando un ahorro para complementar los servicios de salud que iremos a requerir en nuestra etapa de post-jubilación,

bien sea dentro de un plan de salud patrocinado por la empresa (ya los hay y muy bien diseñados, tanto en beneficios cubiertos como en costo individual para el empleado) o un plan de salud personal o familiar (esposo/ esposa) o un simple plan de ahorro para contar con recursos financieros que completen el pago de ese volumen creciente de servicios profilácticos, médicos y de curación que estarán por venir.

Es por ello que las Empresas, cada vez más, contratan Programas de Gastos Médicos Mayores, manejado a través de diversas Pólizas de Seguros, para cubrir a sus empleados y ejecutivos por riesgos de salud, mientras son trabajadores activos. El beneficio se termina cuando se cumplen ciertas condiciones de edad y antigüedad y el empleado se retira o jubila.

La problemática actual es que cuando un empleado o ejecutivo se jubila, deja de tener derecho al seguro de gastos médicos mayores.

Estos seguros de salud al retiro se tornan muy onerosos en lo individual y representan un gasto muy significativo para las personas.

En algunas empresas se adopta la política de mantenerlos en la póliza del seguro de grupo de los activos, pero eso puede representar un impacto importante.

Por ejemplo, las posibles tarifas que se pueden lograr mediante negociación dentro del sector asegurador y que aplicarían a un Grupo para edades de jubilación, si se ofreciera el programa a los jubilados a partir de 60 años de edad pueden ser como las siguientes:

Tarifa			Tarifa		
Tarifa Subsidiada			Morbilidad Media		
Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer
60	\$6,537	\$6,537	60	\$7,320	\$7,320
65	\$8,594	\$8,594	65	\$14,435	\$14,435
70	\$10,795	\$10,795	70	\$18,134	\$18,134
75	\$12,542	\$12,542	75	\$28,088	\$28,088
80	\$13,150	\$13,150	80	\$29,450	\$29,450
85	\$14,561	\$14,561	85	\$40,764	\$40,764
90	\$16,924	\$16,924	90	\$47,380	\$47,380
95	\$17,532	\$17,532	95	\$49,082	\$49,082
100	\$18,140	\$18,140	100	\$50,784	\$50,784
105	\$18,748	\$18,748	105	\$62,984	\$62,984
110	\$19,356	\$19,356	110	\$65,027	\$65,027

La diferencia entre las tablas mostradas, representa el subsidio que la Empresa estaría dando a los jubilados si les cobrara una prima con subsidio del grupo y **no la prima específica correspondiente a su edad**, con base a la probabilidad incremental del riesgo de enfermarse (morbilidad).

Estas tablas en seguros individuales, dependiendo el tipo de programa pueden ser de hasta más de un 100%.

En un ejemplo de una Empresa que otorgara a los Empleados el beneficio de Gastos Médicos Mayores, sin costo para los empleados, como una prestación la proyección esperada de primas y jubilados sería la siguiente:

PROBABLES JUBILADOS							
NUM.	AÑO	NUMERO DE NUEVOS JUBILADOS PROBABLES	COSTO PROBABLE DE NUEVOS JUBILADOS	JUBILADOS PROBABLES ACUMULADOS	COSTO PROBABLE ACUMULADO ANTES INFLACION SALUD	COSTO PROBABLE ACUMULADO CON INFLACION SALUD DE 2.5%	COSTO PROBABLE ACUMULADO CON INFLACION SALUD DE 2.5% Y CONYUGES
1	2004	86	\$629,548	86	\$629,548	\$645,286	\$1,319,610
2	2005	22.75	\$166,554	107.82	\$1,159,403	\$1,218,097	\$2,491,009
3	2006	32.80	\$240,136	139.37	\$1,541,954	\$1,660,516	\$3,395,756
4	2007	23.68	\$173,338	161.33	\$1,909,954	\$2,108,231	\$4,311,333
5	2008	33.49	\$245,157	192.71	\$2,325,505	\$2,631,096	\$5,380,591
6	2009	36.59	\$267,814	226.65	\$2,813,228	\$3,262,483	\$6,671,777
7	2010	64.27	\$470,482	287.67	\$3,532,744	\$4,199,323	\$8,587,615
8	2011	50.63	\$370,644	334.08	\$4,282,549	\$5,217,870	\$10,670,544
9	2012	62.69	\$458,902	391.66	\$5,089,687	\$6,356,321	\$12,998,677
10	2013	74.77	\$547,331	460.24	\$6,052,309	\$7,747,467	\$15,843,570
11	2014	79.57	\$582,455	532.31	\$7,121,470	\$9,343,986	\$19,108,451
12	2015	83.72	\$612,822	607.07	\$8,693,772	\$11,692,157	\$23,910,461
13	2016	75.29	\$551,145	671.80	\$9,920,190	\$13,675,091	\$27,965,562
14	2017	68.36	\$500,384	727.97	\$11,127,584	\$15,722,984	\$32,153,503
15	2018	54.59	\$399,601	768.70	\$12,166,357	\$17,620,512	\$36,033,947
16	2019	70.23	\$514,117	823.44	\$13,309,933	\$19,758,670	\$40,406,480
17	2020	67.17	\$491,693	873.22	\$14,468,812	\$22,016,009	\$45,022,739
18	2021	62.65	\$458,642	916.50	\$15,703,699	\$24,492,411	\$50,086,980
19	2022	70.98	\$519,585	966.07	\$16,882,796	\$26,989,685	\$55,193,905
20	2023	68.67	\$502,651	1,011.10	\$18,094,351	\$29,649,701	\$60,633,638
21	2024	76.72	\$561,619	1,061.88	\$19,387,756	\$32,563,323	\$66,591,995
22	2025	78.51	\$574,711	1,111.97	\$20,704,803	\$35,644,797	\$72,893,610
23	2026	71.19	\$521,130	1,152.16	\$22,249,315	\$39,261,380	\$80,289,521
24	2027	52.97	\$387,759	1,171.55	\$23,295,746	\$42,135,621	\$86,167,345
25	2028	60.23	\$440,880	1,195.77	\$24,247,742	\$44,953,959	\$91,930,846
26	2029	58.54	\$428,549	1,215.78	\$25,023,460	\$47,551,899	\$97,243,633
27	2030	61.72	\$451,832	1,236.77	\$25,857,453	\$50,365,148	\$102,996,728
28	2031	53.76	\$393,550	1,247.32	\$26,563,452	\$53,033,800	\$108,454,121
29	2032	45.83	\$335,457	1,247.62	\$27,169,035	\$55,598,913	\$113,699,778
30	2033	43.66	\$319,640	1,243.57	\$27,628,761	\$57,953,193	\$118,514,279
31	2034	38.08	\$278,748	1,231.89	\$27,963,147	\$60,120,955	\$122,947,353

CON TABLA NO LINEAL. PERSONAL JUBILABLE LOS PRÓXIMOS 30 AÑOS, SUPONIENDO INFLACIÓN SALUD DEL 2.50%.

PROBABLES JUBILADOS								
NUM.	AÑO	COSTO DE ACTIVOS	COSTO TOTAL	TOTAL ASEGURADOS	PRIMA PROMEDIO DEL GRUPO	PRIMA PROMEDIO DE JUBILADOS	PRIMA SUBSIDIADA	PROPORCION DE SUBSIDIO
1	2004	\$43,408,750	\$44,728,360	14,741	\$3,034	\$15,344	\$12,310	80.23%
2	2005	\$44,504,821	\$46,995,830	14,782	\$3,179	\$23,104	\$19,924	86.24%
3	2006	\$45,639,694	\$49,035,449	14,841	\$3,304	\$24,365	\$21,061	86.44%
4	2007	\$46,814,916	\$51,126,249	14,882	\$3,435	\$26,723	\$23,288	87.14%
5	2008	\$48,032,104	\$53,412,695	14,941	\$3,575	\$27,920	\$24,345	87.20%
6	2009	\$49,292,947	\$55,964,723	15,004	\$3,730	\$29,436	\$25,706	87.33%
7	2010	\$50,599,210	\$59,186,825	15,118	\$3,915	\$29,853	\$25,938	86.89%
8	2011	\$51,952,738	\$62,623,283	15,205	\$4,119	\$31,940	\$27,821	87.11%
9	2012	\$53,355,462	\$66,354,139	15,313	\$4,333	\$33,188	\$28,855	86.94%
10	2013	\$54,809,399	\$70,652,969	15,441	\$4,576	\$34,425	\$29,849	86.71%
11	2014	\$56,316,657	\$75,425,108	15,576	\$4,843	\$35,897	\$31,055	86.51%
12	2015	\$57,879,444	\$81,789,906	15,715	\$5,204	\$39,387	\$34,182	86.79%
13	2016	\$59,500,069	\$87,465,631	15,836	\$5,523	\$41,628	\$36,105	86.73%
14	2017	\$61,180,946	\$93,334,449	15,941	\$5,855	\$44,169	\$38,314	86.74%
15	2018	\$62,924,603	\$98,958,550	16,018	\$6,178	\$46,877	\$40,699	86.82%
16	2019	\$64,733,685	\$105,140,165	16,120	\$6,522	\$49,070	\$42,548	86.71%
17	2020	\$66,610,962	\$111,633,701	16,213	\$6,885	\$51,560	\$44,674	86.65%
18	2021	\$68,559,333	\$118,646,313	16,294	\$7,282	\$54,650	\$47,369	86.68%
19	2022	\$70,581,833	\$125,775,738	16,387	\$7,675	\$57,132	\$49,457	86.57%
20	2023	\$72,681,642	\$133,315,281	16,471	\$8,094	\$59,968	\$51,874	86.50%
21	2024	\$74,862,092	\$141,454,087	16,566	\$8,539	\$62,711	\$54,172	86.38%
22	2025	\$77,126,670	\$150,020,280	16,660	\$9,005	\$65,553	\$56,548	86.26%
23	2026	\$79,479,033	\$159,768,555	16,735	\$9,547	\$69,686	\$60,139	86.30%
24	2027	\$81,923,014	\$168,090,358	16,771	\$10,023	\$73,550	\$63,527	86.37%
25	2028	\$84,462,627	\$176,393,473	16,816	\$10,489	\$76,880	\$66,391	86.36%
26	2029	\$87,102,084	\$184,345,717	16,854	\$10,938	\$79,985	\$69,047	86.32%
27	2030	\$89,845,800	\$192,842,528	16,893	\$11,416	\$83,279	\$71,863	86.29%
28	2031	\$92,698,404	\$201,152,525	16,913	\$11,894	\$86,950	\$75,056	86.32%
29	2032	\$95,664,753	\$209,364,531	16,913	\$12,379	\$91,133	\$78,754	86.42%
30	2033	\$98,749,941	\$217,264,220	16,906	\$12,852	\$95,302	\$82,450	86.51%
31	2034	\$101,959,314	\$224,906,667	16,884	\$13,321	\$99,804	\$86,483	86.65%

Como se observa de las proyecciones, si bien actualmente el costo de los que ya tienen derecho a la jubilación con respecto al costo total únicamente es del 2.95%, si se otorga como prestación, en el tiempo, en 20 años, el costo de

la prima de jubilados representaría el 45.48% del costo total del programa asumiendo la misma población cubierta de activos. (Fin del ejemplo).

También vale la pena resaltar que si una Empresa otorga este tipo de prestaciones a sus empleados debe reconocer en sus estados financieros las obligaciones posteriores al retiro como un pasivo, durante la vida activa de los empleados, de acuerdo con los principios de contabilidad y que estos pasivos representan un impacto importante a ser reconocido y analizado.

Así que, debido al impacto que este tipo de prestación tiene en costos en el tiempo, las posibles alternativas que podrían evaluarse son:

- a. Tomar la decisión de no cubrir a los jubilados y que en edad de jubilación utilicen la Seguridad Social como único medio de protección o lo tenga que pagar el jubilado y su familia directamente.
- b. Que se limite el programa de jubilados a un Plan con base a una red cerrada con mayores deducibles y coaseguros, sin cobertura en el extranjero. Con base en lo anterior, los costos y pasivos a reconocer por parte de la Empresa se reducirían en un porcentaje muy importante.
- c. Cobrar al Empleado jubilado el total de la prima de tarifa de Grupo de sus cónyuges y solo otorgar el beneficio por la prima del titular. De cualquier manera la prima de grupo para los cónyuges es menor que el costo del mercado de seguro individual a esas edades.
- d. Estructurar un Plan de Contribución Definida Opcional donde el empleado decida crear un ahorro para contratar su salud al retiro.

En esta alternativa, los montos que el empleado tendría que ahorrar, cada mes, dependiendo de los años para jubilarse son en el caso de hombres:

- Para alguien a 10 años de jubilarse \$2,600 mensuales para la cobertura del titular y \$3,600 mensuales para la cobertura del cónyuge.

- Para alguien a 20 años de jubilarse \$1,900 mensuales para la cobertura del titular y \$3,100 mensuales para la cobertura del cónyuge.
- Para alguien a 30 años de jubilarse \$1,050 mensuales para la cobertura del titular y \$1,700 mensuales para la cobertura del cónyuge.

Estos montos consideran que llegada la fecha de jubilación el seguro de salud quede saldado con el monto ahorrado y se contrate el tipo de Plan acorde al monto que se haya logrado acumular o se pague únicamente la prima por la diferencia entre lo que se puede comprar con el ahorro y el costo real del programa a dicha fecha.

Por su parte, las Empresas pueden otorgar una contribución definida anual, actualizable anualmente con base a la inflación. La ventaja del Plan de Contribución Definida Flexible es que le dará la opción a la Empresa a fijar el gasto por sus contribuciones anuales sin tener incrementos futuros inesperados.

Bajo el Plan de Contribución Definida el empleado ahorra las cantidades que puede destinar para el concepto de Salud al Retiro como activo y llegada la fecha de jubilación en función del monto ahorrado puede tomar la decisión de :

1. Contratar un seguro limitado ya sea en tiempo o en coberturas hasta donde los recursos aportados se lo permitan.
2. Participar como jubilado con el pago de una prima, mucho menor.
3. Retirar su ahorro y correr por su cuenta el riesgo con base a los recursos ahorrados.

Para terminar este breve apunte, vale mencionar que hay una gran variedad de ofertantes de servicios en el mercado, de todos colores y sabores. Llama la atención el caso real de una empresa de servicios que proporciona el poder acceder por Internet al servicio gratuito de una oficina virtual, en donde cada participante puede calcular el

monto de ahorro necesario para alcanzar una pensión determinada o la pensión que se obtendría a través de un cierto ahorro periódico, junto con toda la información y soporte necesario para la elección de la póliza, en el caso de que se contrataran Planes para Servicios de Salud Posteriores al Retiro.

Ahí mismo se proporcionan las diferentes alternativas de los productos disponibles en el mercado estableciendo las ventajas y desventajas entre las diferentes opciones.

También, existe la posibilidad de encontrar en el mercado de consultoría de seguros el poder conformar una colectividad a través de las personas que decidan participar y negociar tarifas preferenciales no sólo para la compra de las rentas vitalicias sino también para la contratación de pólizas de Gastos Médicos Mayores.

### CONCLUSIONES

Hasta aquí hemos tratado de resaltar el hecho de que el segundo aspecto más importante, después de un ingreso fijo, en la etapa posterior al retiro, es el acceso a un servicio de salud.

En otras palabras, podemos decir que al igual que se puede establecer un Plan de Jubilación Individual para asegurar el ingreso en los años futuros, también es posible instrumentar un Plan de Ahorro para los servicios de salud posteriores al retiro.

Se presentaron varias alternativas de solución y, de manera particular, se mostraron los costos mensuales a pagar por la instrumentación de dicho Plan, bajo una contribución definida opcional para los empleados y la de contribución definida flexible para las empresas.

Nuestro esfuerzo y pretensión con este artículo ha sido, es y será el resaltar la importancia de prever, tanto por parte de las Empresas como de los individuos, el acceso garantizado a un servicio de salud posterior al retiro.

Las dos preguntas finales son:

- ¿Qué harás, con respecto al tema de la salud, cuando seas jubilado?
- ¿Qué hace tu empresa, con respecto al tema de salud, cuando sus empleados llegan a su edad de jubilación?

---

Referencias específicas de pensiones que sirvieron de apoyo para la realización de este boletín:

1. Banco de información sobre las diversas presentaciones existentes de ponencias llevadas a cabo dentro del Comité Nacional Técnico de Seguridad Social del IMEF. Años 2003-2004.
2. "Solidaridad Intergeneracional y Crisis del Estado de Bienestar: Las Pensiones y la Sanidad" Mayo. 2004. Conferencia de Hans Tietmeyer. Roma. Pontificia Academia de Ciencias Sociales. Zenit. ZS104051501.
3. Conferencia Episcopal Alemana y el Consejo de la Iglesia Protestante en Alemania en 1997 en una Declaración Conjunta sobre la Reforma del Sistema de Pensiones de Jubilación. (p. 49).
4. "Envejecimiento de la población en México" Reto del siglo XXI. Elena Zúñiga y Daniel Vega. Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2004.
5. La longevidad en México: el desplazamiento de w y la reorientación de mx. Roberto Ham Chande. El Colegio de la Frontera Norte. Octubre del 2004.
6. La esperanza de vida después de la esperanza de vida al nacer. Manuel Ondorica. COLMEX. Octubre del 2004.
7. Salud, enfermedad y condiciones Discapacitantes en la vejez. Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Octubre del 2004. FÍN.

***ESTIMADO SOCIO***

---

Cualquier comentario, observación o sugerencia a este Boletín, favor de hacerlo llegar al Coordinador Técnico del Comité. Lic. Gloria Elena Ortiz  
Email: [gortiz@imef.org.mx](mailto:gortiz@imef.org.mx)