



**El Seguro Popular de Salud en México:**  
**Posibles efectos sobre la economía**  
**informal**

Ciudad de México, febrero de 2011

© 2011, Avance-Análisis, Investigación y Estudios para el Desarrollo, A.C.

**Coordinadora del proyecto**

Alicia Santana Cartas

**Equipo de Trabajo**

Liliana Alvarado Baena, Stephen Birtwistle y Carlos Demian Rivera Saldaña

El contenido del presente documento es responsabilidad exclusiva de la coordinadora y no refleja necesariamente la visión o puntos de vista de Fundación ETHOS.

Agradecemos el apoyo que brindaron las siguientes personas para el desarrollo de esta investigación:

Mtro. Francisco Caballero García (Coordinador de Asesores del Comisionado Nacional del Seguro Popular), Dr. Mauricio Rodas Espinel (Director de Fundación Ethos), Mtro. José Luis Romo Cruz (Coordinador de Asesores del Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social).

**D.R. © Avance-Análisis, Investigación y Estudios para el Desarrollo, A.C.**

Enrique Rebsamen 1108

Col. Del Valle 03100

México D.F.

[info@ethos.org.mx](mailto:info@ethos.org.mx)

Todos los derechos están reservados. Ni esta publicación ni partes de ella pueden ser reproducidas, almacenadas mediante cualquier sistema o transmitidas, en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, de fotocopiado, de grabado o de otro tipo, sin el permiso previo de Fundación Ethos.

Febrero de 2011

## Acrónimos

- AFORE – Administradoras de Fondos de Retiro  
CAUSES – Catálogo Universal de Servicios de Salud  
CECASOEH – Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar  
CEEESP – Centro de Estudios Económicos del Sector Privado  
CONEVAL – Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social  
ENE – Encuesta Nacional de Empleo  
ENOE – Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo  
ENIGH – Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares  
FMI – Fondo Monetario Internacional  
IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social  
INEGI – Instituto Nacional de Estadística y Geografía  
INFONAVIT – Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores  
INSAD – Investigación en Salud y Demografía  
INSP – Instituto Nacional de Salud Pública  
ISSSTE – Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado  
LGS – Ley General de Salud  
*NHS – National Health Service*  
OIT – Organización Internacional del Trabajo  
OMS – Organización Mundial de la Salud  
PEA – Población Económicamente Activa  
PEMEX – Petróleos Mexicanos  
PIB – Producto Interno Bruto  
PROGRESA – Programa de Educación, Salud y Alimentación  
PyME – Pequeña y mediana empresa  
REPSS – Regímenes Estatales de Protección Social en Salud  
SEDENA – Secretaría de la Defensa Nacional  
SEDESOL – Secretaría de Desarrollo Social  
SMNG – Seguro Médico para una Nueva Generación  
SP- Seguro Popular  
SPSS – Sistema de Protección Social en Salud  
SSA – Secretaría de Salud  
STPS – Secretaría del Trabajo y Previsión Social

# Índice

Introducción .....	6
1. Los sistemas de salud .....	8
1.1. Definición, importancia y retos de un sistema de salud .....	8
1.2. Antecedentes y evolución de los sistemas de salud .....	9
1.2.1. Reformas en los sistemas de salud .....	10
1.3. Elementos de un sistema de salud eficiente .....	12
1.4. Antecedentes del sistema actual de salud en México .....	14
1.4.1. Los intentos de descentralización .....	15
1.5. El sistema actual de salud en México: seguridad social vs. protección social .....	16
1.5.1. Características de la protección social en México .....	18
2. La economía informal .....	20
2.1. Definición de la economía informal .....	20
2.2. Medición de la economía informal .....	22
2.3. Determinantes de la economía informal .....	23
2.4. Caracterización de la actividad informal y sus trabajadores .....	25
2.5. Efectos negativos de la economía informal .....	25
2.6. La economía informal en México .....	26
2.6.1. Medición y conceptualización de la economía informal en México .....	27
2.6.2. Características del trabajo informal en México .....	28
2.6.3. Determinantes de la informalidad en México .....	29
2.6.4. Evolución de la economía informal en México .....	29
2.6.5. Políticas de combate a la informalidad en México .....	31
3. El Seguro Popular .....	33
3.1. Antecedentes .....	33
3.1.1. Reforma a la Ley General de Salud .....	34
3.2. Creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) .....	34
3.3. Objetivos del Seguro Popular .....	35
3.4. Población objetivo del Seguro Popular .....	35
3.5. Financiamiento del Seguro Popular .....	36
3.6. Evolución de la cobertura y recursos asignados al Seguro Popular .....	38
4. Evaluaciones del Seguro Popular .....	40
4.1. Principales resultados de las evaluaciones al Seguro Popular .....	40
4.2. Impacto del Seguro Popular en la Informalidad: revisión de la literatura .....	44
5. Los sistemas de salud en el contexto internacional .....	48
5.1. Desempeño de los sistemas de salud en el mundo .....	48
5.2. Sistemas de salud en América Latina .....	50
5.3. Sistemas de salud en Estados Unidos y Canadá .....	54
5.4. Sistemas de salud en Europa .....	54
5.5. Sistemas de salud en Asia .....	58
5.6. Experiencias de inclusión de trabajadores informales a la protección social .....	59
en salud .....	
6. Impacto del Seguro Popular en la economía informal .....	61

6.1. Encuestas a negocios .....	62
6.2. Encuestas a beneficiarios del Seguro Popular.....	66
6.3. Análisis de los microdatos de la ENOE .....	72
7.    Conclusiones y recomendaciones.....	76
Anexos .....	79
Anexo 1. Definiciones de economía informal en países seleccionados .....	79
Anexo 2. Requisitos y proceso de afiliación al Seguro Popular ..	80
Anexo 3. Personas afiliadas y recursos ejercidos en el Seguro Popular, 2010 .....	82
Anexo 4. Unidades médicas del Seguro Popular .....	83
Anexo 5. Sistemas de salud para países seleccionados .....	84
Anexo 6. Gasto en salud como porcentaje del PIB para países seleccionados .....	86
Anexo 7. Metodología del trabajo de campo .....	87
Anexo 8. Cuestionarios aplicados a micronegocios y a beneficiarios del Seguro Popular en distintas localidades de México .....	93
8.    Bibliografía .....	108

## Introducción

La economía informal es un fenómeno en la historia de México que ha adquirido importancia en las últimas décadas. Consecuencia de ello es la preocupación de ciertos sectores de la sociedad por aminorar su peso dentro de la economía. Los estudios que analizan a la informalidad coinciden en que el desempeño económico, las cargas tributarias, las excesivas regulaciones, así como el bajo capital humano de los trabajadores, son los principales factores que causan y fomentan la informalidad. Por su parte, la evasión de impuestos, el incumplimiento de la regulación gubernamental y una baja productividad, han sido identificados como sus principales resultados. En este documento se desarrolla a profundidad la relación que guarda la informalidad con el Seguro Popular (SP). Lo anterior, debido a la trascendencia que tiene este tema en distintos rubros como son las finanzas públicas y la salud.

En México se diseñó e implementó el Seguro Popular para brindar protección en salud a los trabajadores y, en general, a la población que carece de ésta. Este Programa representa una opción de aseguramiento público en materia de salud para la población que, por su condición laboral y socioeconómica, no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social. En este sentido, el SP brinda protección a la población no asegurada con el fin de reducir el gasto de bolsillo y otorgar atención oportuna de salud.

A pesar de que las principales evaluaciones que han analizado la efectividad del SP señalan que el Programa ha reducido el gasto en bolsillo y ha ampliado la cobertura en salud de forma significativa, éste ha sido objeto de críticas, entre las que destacan la falta de infraestructura física, duplicidad con otros programas, surtimiento incompleto de recetas, opacidad en el ejercicio de los recursos, descontrol en el padrón de beneficiarios, entre otras. Sin duda una de las críticas al SP que ha originado mayor debate se relaciona con los posibles incentivos que el Programa genera en los trabajadores para ocuparse en el sector informal de la economía.

De acuerdo con Levy (2008), la política social actual permite a los trabajadores informales acceder de manera gratuita –a través de programas de vivienda, de salud, de pensiones o guarderías– a los mismos beneficios por los que pagan los trabajadores que se ocupan en el sector formal, lo cual incentiva a los trabajadores a emplearse en el sector informal. Ello genera efectos negativos en el mercado laboral y, por tanto, en la economía nacional. No obstante, los estudios que han intentado comprobar dicha hipótesis han arrojado resultados ambiguos.

En aras de contribuir al debate sobre este importante tema, el presente documento plantea dos objetivos generales. El primero es aportar evidencia que permita dar conclusiones acerca del impacto del SP en el crecimiento de la informalidad. Para tal fin se desarrolló un análisis cualitativo basado en la recolección de información que muestra la percepción que tienen los microempresarios y beneficiarios del SP acerca de los distintos esquemas de

salud a los que pueden acceder, así como la propensión de cada uno de ellos para cambiar de un esquema de salud a otro. Cabe mencionar que el trabajo de campo desarrollado para esta investigación también permitió recolectar información cualitativa sobre los logros y debilidades del Programa. Adicionalmente, se llevaron a cabo otros análisis que complementan la evidencia que sirve de base para las conclusiones finales, tales como el análisis cuantitativo de los microdatos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Este último con el fin de conocer si existe o no “migración” del IMSS al SP por parte de los trabajadores y, en su caso, la magnitud de dichos movimientos. El segundo objetivo de esta investigación consiste en brindar algunas recomendaciones que coadyuven en el diseño de un mejor sistema de salud en el país.

El documento se organiza en siete capítulos. El primer capítulo presenta una descripción de la evolución de los sistemas de salud en México y en el mundo. En el segundo se exponen las características, estimaciones y magnitud de la economía informal en el país. El tercer apartado describe a fondo los componentes y el funcionamiento del SP, mientras que el cuarto presenta los resultados que arrojan las principales evaluaciones realizadas a este Programa. Posteriormente, en el capítulo cinco se presenta el comparativo internacional de los sistemas de salud con mejor desempeño. Los resultados del análisis del impacto del SP en la informalidad se presentan en el apartado seis, así como los hallazgos encontrados acerca de la operación del Programa y la satisfacción de los beneficiarios con los servicios recibidos. Finalmente, se exponen las conclusiones y recomendaciones generales en el último capítulo.

## I. Los sistemas de salud

Uno de los temas más controvertidos en materia de política pública se relaciona con la provisión de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud se define de la siguiente manera:

“(...) aquel que incluye todas las actividades cuyo objetivo principal es promover, restaurar y mantener la salud” (OMS, 2000).

No obstante, en la actualidad no existe consenso sobre qué tipo de sistema sería ideal para enfrentar adecuadamente los distintos retos de un país. Si bien en los últimos años la discusión se ha enfocado en la sustentabilidad financiera, en sus orígenes el tema de salud se abordó como un elemento fundamental del pacto entre el Estado y la sociedad. Bajo este contexto, la salud pública se encuadra en el marco de los derechos básicos de todo ciudadano y es considerada una de las principales vías para acceder a mejores niveles de desarrollo.

### 1.1. Definición, importancia y retos de un sistema de salud

Lograr una definición clara y precisa de un sistema de salud no es tarea fácil debido a que involucra distintos factores, además de que puede variar considerablemente de acuerdo al contexto específico de cada país. Lo anterior resulta en que no todos los esquemas se encuentren sistematizados de la misma forma, ni tampoco cuenten con una estructura homogénea. Es así como los sistemas de salud se pueden manifestar de múltiples maneras.

En este sentido, las responsabilidades de un sistema de salud apelan a un entendimiento amplio de lo que éstos deberían incluir. Entre las distintas tareas que un sistema de salud puede cubrir, se incluyen los cuidados hospitalarios y servicios médicos privados, las labores preventivas y el control de enfermedades contagiosas, la promoción de la salud y la planeación y mejora de las condiciones sociales en las que vive la población. Adicionalmente, los sistemas en ocasiones son responsables de asegurar que los servicios médicos lleguen a toda la población en el momento que sean necesitados.

El contar con un sistema de salud adecuado resulta de gran importancia debido, entre otras cosas, al impacto que representa en la estabilidad financiera, tanto familiar como pública. Por una parte, la salud puede generar gastos catastróficos a los hogares, ya que muchas veces las necesidades de atención médica son impredecibles. Cuando se presentan este tipo de situaciones, las familias tienen que enfrentarse al dilema de soportar el gasto en salud (llegando incluso a empobrecerse), o bien optar por no atenderse. Por esta razón, los mecanismos para mitigar riesgos y proveer seguridad financiera adquieren relevancia.

Cabe señalar que el financiamiento de los servicios públicos de salud se ha convertido en un tema de importancia global. Incluso en países que ya cuentan

con estructuras de salud consolidadas, como es el caso de Suecia y Noruega, se plantea la necesidad de llevar a cabo reformas que posibiliten la disminución del endeudamiento gubernamental.

Resulta importante notar que las implicaciones de una adecuada salud no sólo se limitan a cuestiones financieras. De acuerdo con Amartya Sen (1999), la buena salud es un derecho fundamental, una condición que marca el funcionamiento e integración de los individuos dentro de una sociedad. En este sentido, cabe resaltar que los efectos negativos de la mala salud en la productividad solamente se han logrado mitigar en los países desarrollados. En el caso de los países en vías de desarrollo todavía falta mucho camino por recorrer. Causa de ello son las diferencias tan significativas en los recursos asignados al sector salud en los distintos países y regiones, ya que éstos no siempre se enfocan en donde más se necesitan. A pesar de que en muchos países de ingresos altos y medios las políticas gubernamentales se han enfocado en los temas de política social y salud, todavía no se alcanza una cobertura universal. Por esta razón, estos continúan siendo algunos de los retos que los sistemas de salud modernos y con un enfoque global tienen que afrontar.

## **1.2. Antecedentes y evolución de los sistemas de salud**

Desde los tiempos de la Revolución Francesa la salud se declaró como un derecho de todo ciudadano. Esta forma de caracterizar a la salud derivó en la construcción de un contrato social entre el Estado y los ciudadanos (Porter, 1999). Durante el siglo XIX, la salud era considerada como un derecho civil necesario para conseguir igualdad. A partir de este principio, se desarrollan múltiples análisis científicos que sirven como base para la profesionalización de la prevención de enfermedades. Previo a estos hechos no existían sistemas de salud, los hospitales no eran de fácil acceso para toda la población y estaban dirigidos por organizaciones de caridad que atendían principalmente a huérfanos, inválidos, enfermos mentales o marginados sociales (OMS, 2000).

Para finales del siglo XIX, la Revolución Industrial ya había transformado la vida de un número significativo de personas en todo el mundo. La expansión económica y urbana, así como la dinámica laboral en las industrias, fueron causas de una mayor desigualdad en el acceso a bienes y servicios básicos. Esta situación provocó la diseminación de enfermedades epidémicas, tales como la fiebre tifoidea y el cólera, la incapacidad de laborar como resultado de accidentes asociados a la actividad industrial, así como diversos tipos de infecciones. Lo anterior hizo que la morbilidad aumentara, generando así pérdidas en la productividad. Como respuesta a esta situación, los dueños de las compañías comenzaron a proveer servicios médicos y mejores condiciones de vida para sus trabajadores (OMS, 2000).

En esta época, la salud de los trabajadores comenzó a representar un asunto de relevancia política para varios gobiernos europeos. Por ejemplo, Alemania implementó una ley que obligaba a los empleadores a realizar contribuciones para cubrir la salud de sus trabajadores. Este fue el primer caso de un seguro social implementado bajo un mandato gubernamental. Esta misma ley fue

adoptada posteriormente por Bélgica, Noruega y Reino Unido. En este último país, previo a la promulgación de dicha ley, la cobertura en salud para los trabajadores asalariados era pagada por medio de cuotas a sindicatos, quienes a su vez pagaban a los proveedores de salud. Bajo este esquema, la cobertura era solamente para el trabajador y no para la familia. En Rusia, después de la Revolución Bolchevique se decretó el acceso a la salud gratuita para toda la población. Este sistema se mantuvo aproximadamente ocho décadas y fue el primer ejemplo de un sistema de salud completamente centralizado.

El modelo alemán empezó a adquirir popularidad en países fuera de Europa. Japón, por ejemplo, incluyó beneficios en materia de salud para sus trabajadores en 1922. En 1924 Chile implementó un esquema similar y para 1935 el 90% de la población danesa estaba cubierta bajo un seguro de salud asociado al status laboral de los trabajadores. En 1948, en el Reino Unido se puso en marcha el *National Health Service (NHS)* que es posiblemente el sistema de salud que más ha influenciado a otros países. En el reporte *Beveridge* de 1942, la cobertura en salud fue identificada como uno de los tres requisitos básicos para la viabilidad de un sistema de seguridad social. En el *White Paper* del gobierno británico de 1944, se estableció que “todos, sin distinción de edad, sexo u ocupación deben tener igualdad de oportunidades para beneficiarse de los mejores y más actualizados servicios médicos disponibles” (OMS, 2000), agregando que esos servicios debían ser amplios y sin costo alguno y, que a su vez, debían promover la buena salud y brindar tratamiento a enfermedades.

Asimismo, en 1938 Nueva Zelanda se convirtió en el primer país que introduce un esquema de servicio de salud nacional y en 1941 Costa Rica sentó las bases para la cobertura universal. Después de la Segunda Guerra Mundial, Japón extendió su sistema para cubrir a la mayoría de la población. Los países neo-independientes, como la India, comenzaron a adoptar los sistemas de salud modernos con una importante participación del Estado. De esta forma, el nuevo entendimiento de ciudadanía, así como los conceptos de libre acceso a todo tipo de salud, encontraron un contexto propicio para su desarrollo (OMS, 2000).

Actualmente los sistemas de salud incorporan varios de los principios que se desarrollaron al inicio del siglo XIX. Algunos sistemas están basados en la cobertura universal o, por lo menos, tratan de cubrir a la mayoría de los ciudadanos bajo seguros de incapacidad o enfermedad con pagos obligatorios por parte de empleadores y empleados, logrando la provisión de manera pública o privada. Otros sistemas se basan en la centralización de la planeación y financiamiento, sustentándose en los ingresos fiscales y depositando la carga de la provisión de los servicios en esquemas públicos. Bajo estos estándares, los recursos son distribuidos como proporciones fijas del presupuesto destinadas a cubrir poblaciones específicas, así como recursos humanos y materiales del sector salud. En un tercer tipo de modelo, el rol del Estado es mucho más limitado. El Estado provee con cobertura sólo a segmentos específicos de la población y permite que el resto la obtenga con actores privados.

### 1.2.1. Reformas en los sistemas de salud

De acuerdo con la OMS, durante el siglo XX existieron tres generaciones de reformas en los sistemas de salud. Éstas tuvieron lugar, no sólo por las fallas en la cobertura, sino también para obtener mayor eficiencia, equidad y poder dar respuesta a las expectativas de la gente.

La primera reforma se relaciona con la creación de los sistemas nacionales de salud y la adopción de sistemas de aseguramiento social en países de ingresos medios. Sin embargo, estos sistemas se vieron presionados por los crecientes costos asociados a un mayor uso de servicios hospitalarios. Dentro de los sistemas concebidos como universales, los servicios eran utilizados principalmente por personas de mejor posición económica, siendo que los esfuerzos para llegar a las familias más pobres quedaban incompletos. En este sentido, la gente seguía dependiendo de sus propios recursos para acceder a servicios de salud que, por lo general, eran de baja calidad.

Esta situación demandaba un cambio radical que hiciera a los sistemas más equitativos, más accesibles y más eficientes en términos de costos. Derivado de ello, surge la segunda generación de reformas, la cual se enfocó en la atención de primer nivel como vía para lograr la cobertura universal.<sup>1</sup> El objetivo era contar con un nivel mínimo de cobertura que abarcara todos los servicios de salud y alimentación, junto con mejores fuentes de agua potable y saneamiento. Estas medidas se acompañaban de cuidados clínicos, prevención y provisión de medicamentos básicos. Sin embargo, de acuerdo con la OMS, este esquema presentaba limitaciones: el suministro de recursos era inadecuado, los trabajadores dedicaban poco tiempo a la prevención, el equipo era precario y la calidad del servicio era deficiente. Debido a ello, la mayoría de la población no acudía a la atención de primer nivel e iban directamente a los hospitales, lo cual incentivó a los gobiernos a destinar mayores recursos a la atención de tercer nivel o especializada.

Las dos primeras reformas se enfocaron principalmente en la provisión de servicios de salud desde el lado de la oferta, descuidando las preferencias de las personas. Con el fin de corregir esta situación, surge la tercera generación de reformas orientada a la demanda. Es decir, los recursos se destinarían a donde existieran las necesidades. Estas reformas continúan vigentes en varios países, apuntando a lo que la OMS llama un “nuevo universalismo”, el cual provee servicios esenciales<sup>2</sup> de alta calidad, que son costo-eficientes y para toda la población. Esta generación de reformas también se caracteriza por garantizar y regular el financiamiento de los servicios de salud, sin que necesariamente la provisión sea brindada de manera pública. Bajo este enfoque, se determinan prioridades entre las intervenciones pero se vuelve inadmisible la exclusión de grupos enteros de la población. En pocas palabras, la tercera generación de reformas enfoca los mayores esfuerzos en el acceso a

---

<sup>1</sup> El término “primer nivel” se refiere a los servicios de primer contacto o servicios más básicos que no requieren de gran especialidad médica (OMS, 2000).

<sup>2</sup> El término esencial se refiere a intervenciones que pueden hacer una diferencia sustantiva para la salud de grandes poblaciones a bajo costo. Éstas pueden concentrar esfuerzos en contra de enfermedades que se asocian a altas cargas financieras (OMS, 2000).

los pobres y en promover un financiamiento que incluya subsidios, haciendo que la provisión pública no cargue con todo el peso presupuestal.

### 1.3. Elementos de un sistema de salud eficiente

Un sistema de salud eficiente en la provisión y administración de los servicios ofrecidos debe incorporar elementos de accesibilidad, igualdad, calidad, sustentabilidad y costeabilidad. Cabe destacar que todos estos atributos son medios y no fines, ya que el objetivo de un sistema de salud debe ser mejorar la salud de la población en su totalidad (OMS, 2000). De acuerdo con Murray y Frenk (1999), los sistemas de salud responden a 5 objetivos principales:

**Tabla 1. Objetivos de los sistemas de salud (Murray y Frenk, 1999)**

- 1) Mejorar la salud de la población.
- 2) Ofrecer un trato adecuado a los usuarios.
- 3) Garantizar la seguridad financiera.
- 4) Proveer acceso equitativo a todas las personas.
- 5) Hacer posible que la gente participe en las decisiones que afectan su salud.

Para alcanzar los puntos antes enunciados, los sistemas de salud deben contar con una clara relación entre sus funciones y objetivos. Las principales funciones de los sistemas incluyen el monitoreo del funcionamiento global, el cual considera la creación constante de recursos médicos (recursos humanos y materiales), así como el aseguramiento de un esquema de financiamiento sustentable con el fin de que el producto final pueda ser adquirido por toda la población de acuerdo a sus posibilidades. Por su parte, los objetivos del sistema implican brindar una respuesta oportuna a las personas sin importar su situación y lograr que el acceso a los servicios por motivos de costo no represente un problema. El objetivo final es lograr la salud de la población en su totalidad. Autores como Thomas y Penchansky (1984) enlistan las siguientes dimensiones que los sistemas de salud deben incluir para lograr sus objetivos y asegurar que todas las personas accedan a ellos.

**Tabla. 2 Dimensiones que los sistemas de salud deben incluir (Thomas y Penchansky, 1984)**

- Disponibilidad.** Relación entre servicios existentes y necesidades.
- Accesibilidad.** Ubicación de la oferta y demanda considerando costos de transporte.
- Accesibilidad económica.** Relación entre los precios del servicio y la capacidad de los usuarios para pagar.
- Aceptabilidad.** Relación entre las características personales y culturales de los usuarios y la respuesta de los servicios de salud a éstas.

La OMS explica que sin la existencia de políticas públicas sólidas, los sistemas de salud no generarán las respuestas esperadas ante los retos planteados y tampoco se logrará utilizar los recursos de manera eficiente. Mantener un sistema de salud en la dirección correcta implica un seguimiento firme a los

objetivos planteados y llevar a cabo los ajustes pertinentes para mejorar los elementos que lo componen (OMS, 2010). Asimismo, para garantizar que los sistemas de salud cumplan con sus objetivos, es necesario que se sometan a evaluaciones constantes y sistemáticas. A continuación, se enlistan los lineamientos en diversas áreas que la OMS (2010) propone para lograr un sistema de salud eficiente.

**Tabla 3. Lineamientos para lograr un sistema de salud eficiente**

<b>1. Liderazgo y gobernabilidad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Asegurar que las autoridades asuman la responsabilidad para conducir al sistema de salud en su totalidad y prevenir problemas futuros.</li> <li>b. Definir políticas de salud a nivel nacional, estrategias y planes con direcciones concretas que incluyan mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.</li> <li>c. Regulación efectiva por medio de la combinación de incentivos, mandatos y guías sustentadas de manera jurídica.</li> <li>d. Comunicación con otros sectores.</li> </ul>
<b>2. Sistemas de información en materia de salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inteligencia y planeación para hacer coincidir retos con objetivos sociales.</li> <li>b. Planeación financiera utilizando sistemas de cuentas de salud nacionales.</li> <li>c. Información para anticipar tendencias y necesidades en el acceso a medicamentos, tecnología e infraestructura.</li> <li>d. Información sobre la calidad y cantidad de los servicios provistos.</li> <li>e. Planes nacionales de monitoreo y evaluación con indicadores concretos y sistemas de recolección de datos.</li> <li>f. Lograr que la información sea accesible para todos los actores relevantes incluyendo a la sociedad civil, profesionales en materia de salud y políticos.</li> </ul>
<b>3. Financiamiento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Recaudar fondos suficientes de manera equilibrada.</li> <li>b. Generar sistemas de subsidios cruzados para que diferentes grupos y sectores de la población puedan compartir el riesgo.</li> <li>c. Legislación efectiva que garantice los recursos y auditorias en el uso de estos.</li> </ul>
<b>4. Recursos humanos para la salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Asegurar profesionales especializados en la salud que resulten suficientes.</li> <li>b. Pagos adecuados para generar los incentivos correctos.</li> <li>c. Mecanismos regulatorios para asegurar que el sistema tenga una alcance amplio.</li> <li>d. Mecanismos que garanticen la cooperación de los actores relevantes (sector público, privado, profesionales de la salud, agencias donantes, consumidores, etc.).</li> </ul>
<b>5. Tecnologías y productos esenciales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Acceso costeable a medicamentos, vacunas, diagnósticos y tecnologías de calidad.</li> <li>b. Sistemas para la regulación de la comercialización de productos médicos.</li> <li>c. Listas nacionales de los principales medicamentos que la población necesita de acuerdo con los protocolos médicos de atención y tratamiento.</li> <li>d. Sistemas de oferta y distribución que aseguren el acceso universal.</li> <li>e. Sistemas de seguimiento de los precios de los medicamentos.</li> <li>f. Un programa para la provisión de medicamentos sistematizado.</li> </ul>
<b>6. Provisión de servicios médicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Redes de servicios de atención primaria al alcance de los usuarios.</li> <li>b. Oferta de paquetes integrales que cubran todas las necesidades e intervenciones y que respondan a las necesidades más apremiantes de</li> </ul>

- salud de la población.
- c. Definición de estándares, normas y guías para asegurar que la calidad de los servicios y la seguridad de los procesos sea homologada a lo largo de la población.
  - d. Mecanismos de rendición de cuentas para los proveedores.

Fuente: OMS, 2010.

#### **1.4. Antecedentes del sistema actual de salud en México**

A lo largo de su historia, el sistema de salud mexicano ha sido objeto de múltiples reformas. Los primeros antecedentes de protección social y sanitaria en México datan de 1860, época en la que destaca el asistencialismo a grupos vulnerables. No fue sino hasta la constitución de 1917, cuando se recoge de manera normativa la obligación patronal de proporcionar a los trabajadores pensiones, habitaciones cómodas e higiénicas, escuelas, enfermerías y otros servicios (Rivera Navarro, 2007).

##### **a) Primera fase de reformas**

En 1943, el sistema público de salud en México dió sus primeros pasos con la creación de tres instituciones ejes en materia de salud: la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil (primero de los diez Institutos Nacionales de Salud que existen actualmente en México). Adicionalmente, en 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), dando lugar a lo que se conoce como primera fase en las reformas de salud en México. Como lo expresa Rivera Navarro (2007), el sistema de salud mexicano “nace marcado por el cisma entre el sector formal de los trabajadores asegurados y el sector informal no asegurado. El Sistema Nacional de Salud cubriría, casi de manera exclusiva, a aquellas personas que estuvieran trabajando y cotizaran para organismos como el IMSS (...). Para el resto de la población no había ninguna oferta pública de prestaciones y servicios.”

Para finales de los años setenta, este modelo de salud comenzó a agotarse debido a los costos derivados de su mantenimiento, los cuales aumentaban cada vez más como resultado del incremento en la demanda de la ciudadanía. El sistema no cubría a poblaciones rurales, propiciando que el gasto de bolsillo de las familias fuera el principal medio de financiamiento de sus gastos en salud, además de que los servicios a su alcance eran deficientes e irregulares (Frenk, 2003).

##### **b) Segunda fase de reformas**

La falta de capacidad del sistema, así como los nuevos retos epidemiológicos que enfrentaba México entre 1940 y 1970, propiciaron la segunda generación de reformas en materia de salud pública. Dichas reformas surgen con el propósito de extender los cuidados básicos de salud a la población rural y urbana en condiciones de pobreza. De este proceso, el cual incorporó políticas y programas basados en evidencia y evaluación, surge en 1978 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). El INSP puso en marcha programas de

investigación y enseñanza con el fin de incrementar la cobertura y calidad de la asistencia. Cabe mencionar que el rezago en la cobertura de poblaciones rurales propició que en 1973 se diera un aumento en la infraestructura del IMSS bajo el programa Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). Lamentablemente, cuando la administración de este programa fue cedido a los gobiernos estatales, los servicios se deterioraron significativamente (Ugalde y Homedes, 2009).

En 1982, México enfrentó una crisis económica que impactó directamente el sistema de salud. Por tal motivo, el gobierno descentralizó la atención a los grupos más vulnerables y fortaleció las acciones de salud pública y preventiva. De estos esfuerzos, destacan las acciones en materia de salud reproductiva, prevención del SIDA, programas de vacunación, reducción de la diarrea, entre otros. Cabe señalar que los programas contemplados en esta segunda etapa fracasaron debido a la falta de infraestructura, medicinas, las barreras culturales y un deficiente esquema de descentralización de los servicios de salud (Rivera Navarro, 2007).

### c) Tercera fase de reformas

El fracaso antes mencionado trajo consigo en la década de los ochenta la tercera etapa de reformas, cuyos principios se sustentaban en criterios de calidad y ahorro en la prestación de servicios de salud, así como en el incremento de la participación ciudadana en el gasto asociado a servicios médicos. De acuerdo con Rivera Navarro (2007), esta etapa tenía dos vertientes:

- 1) La transformación de la seguridad social mediante las modificaciones a la Ley del IMSS. Lo anterior, reducía la responsabilidad del IMSS para la administración de fondos de retiro y pensiones, asignando estas tareas a las Administradoras de Fondos de Retiro (AFORES) y a las aseguradoras.
- 2) La reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente. Este cambio fomentó la implementación de programas como Progresa-Oportunidades, cuyo objetivo era dar cobertura a población no cubierta por otras instituciones.

#### 1.4.1. Los intentos de descentralización

La crisis de 1982, sirvió para redefinir el gasto público debido a la gran deuda generada. En dicho momento el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) contaban con políticas enfocadas a la reducción del gasto público (incluyendo el gasto en salud y educación) como condición para emitir deuda a los países en desarrollo. En este periodo el Banco Mundial promovía la descentralización y privatización de los servicios de salud con el objetivo de transferir gran parte de la responsabilidad fiscal a los estados y municipios y así liberar al gobierno central de la carga fiscal.

Los acuerdos de descentralización con las entidades se enfocaron en mejorar la eficiencia, calidad y productividad, así como en hacer al sistema de salud

más participativo. Dichos acuerdos incluían aumentos substanciales en los recursos destinados a la salud, dependiendo de las condiciones económicas de cada estado. Entre el 20% y 40% de los gastos en salud pasaron a las entidades federativas (Ugalde y Homedes, 2009). Se esperaba que la descentralización estuviera completa para 1986, sin embargo, para 1987 sólo 14 de las 31 entidades habían adoptado este esquema. Muchos estudios han concluido que este primer intento de descentralización falló en mejorar la eficiencia, aumentando la inequidad en materia de salud e impactando negativamente la calidad de los servicios. La administración de 1988-1994 dio reversa a esta iniciativa y detuvo la descentralización de los servicios de salud. La tendencia de esta nueva administración fue centralizar de nuevo la toma de decisiones en materia de política social de manera general.

Para 1994 se inicia el segundo intento de descentralización con una estrategia llamada “Nuevo Federalismo”. Mediante dicha estrategia el gobierno central incrementó el fondeo destinado a la salud para los estados, al tiempo que transfería la toma de decisiones a éstos. Las disparidades en el fondeo se hicieron visibles cuando los estados ricos no estuvieron de acuerdo en que los más pobres recibieran la mayor parte de las transferencias de la Federación. Por otra parte, algunos análisis revelaron que la cobertura en salud aumentó debido a un incremento en el número de facilidades médicas y el uso de unidades móviles. No obstante, el sistema de salud se mantuvo ineficiente, con niveles muy bajos de productividad.

Durante estos años, el Banco Mundial continuó promoviendo la privatización de los servicios de salud para que la libre competencia aumentara la calidad y cantidad de los servicios de salud.

#### **Tabla 4. Ejes de las políticas de seguridad social del Banco Mundial**

- Los sistemas de salud administrados públicamente son ineficientes y de baja calidad, sin embargo, los servicios de salud basados en mercados competitivos pueden lograr una mejor productividad, eficiencia y calidad.
- La competencia de mercados crea una fuerza laboral más flexible.

Estas políticas se vieron reflejadas en 1997, cuando el gobierno mexicano realizó esfuerzos para lograr que los beneficiarios del IMSS escogieran entre proveedores de salud públicos y privados. Sin embargo, las medidas no prosperaron debido a que tuvo gran oposición política por parte de los sindicatos, los cuales argumentaban intentos de privatización del IMSS. Derivado de lo anterior, las autoridades aumentaron la participación de los recursos públicos para el financiamiento del IMSS y se redujeron las aportaciones de obreros. Lo anterior, junto con los efectos de la crisis de 1994, ocasionó una reducción significativa de la calidad de los servicios del IMSS y el fracaso de la descentralización.

A continuación se describirá la manera en que actualmente se lleva a cabo la provisión de los servicios de salud en México.

## **1.5. El sistema actual de salud en México: seguridad social vs. protección social**

En México la condición laboral es de suma importancia para definir el tipo de acceso que las personas tienen a los servicios médicos. Los artículos 12 y 13 de la Ley de Seguridad Social (o Ley del IMSS, promulgada por primera vez en 1943), establecen que la seguridad social es una obligación para los patrones y empresas con respecto a sus trabajadores asalariados. Adicionalmente, los artículos 20 y 21 de esta misma Ley definen a los trabajadores asalariados como aquellos que desempeñan labores para otra persona (trabajo subordinado) a cambio de un salario. Estas dos condiciones establecen una relación obrero-patronal (Levy, 2008).

De acuerdo con Levy (2008), resulta importante considerar que la Ley no exige un contrato por escrito, tampoco fija un número mínimo de trabajadores que deben estar subordinados a un patrón, ni distingue entre sectores o niveles de salario para establecer la relación anterior. Los trabajadores no asalariados son todos aquellos auto empleados, los que no tienen una relación de subordinación con una empresa y los que obtienen una forma de pago que no necesariamente se define como salario (como comisión o destajo).

Lo anterior, no significa que los trabajadores no asalariados queden fuera de la atención pública. Existen los llamados programas de protección social que se han introducido a lo largo de los años para este tipo de trabajadores. En este sentido, “las prestaciones sociales en México están inexorablemente vinculadas con la condición laboral” (Levy, 2008), de forma que los trabajadores asalariados tienen derecho a prestaciones de seguridad social, mientras que los no asalariados tienen acceso a prestaciones de protección social.

Esta distinción depende de la condición laboral y no de consideraciones de ingreso, edad, género, nivel de educación, ubicación rural-urbana, tipo de trabajo o nivel salarial. Otra cuestión importante es que las empresas que contratan trabajadores asalariados tienen una obligación formal para proveer a estos con seguridad social, mientras que las empresas que tienen otro tipo de relación con sus trabajadores no están obligadas a garantizar ningún tipo de provisión social. Las características de la informalidad serán analizadas en un capítulo posterior, no obstante resulta importante tener claras estas distinciones.

**Tabla 5. Paquete de Seguridad Social en México (IMSS)**

1. Seguro de salud
2. Seguro de invalidez
3. Seguro de riesgos de trabajo
4. Seguro de vida
5. Guarderías para los hijos de los trabajadores
6. Centros deportivos y culturales
7. Pensiones de retiro
8. Créditos para vivienda

Fuente: Levy, 2008.

La mayor parte de las prestaciones presentadas en la tabla anterior son pagadas de acuerdo al salario por medio de las contribuciones de los trabajadores y por las empresas. Cabe destacar que los recursos que aporta el gobierno para cubrir los gastos mencionados representan menos del 15% de los costos laborales no salariales totales. Adicionalmente, las empresas y trabajadores deben pagar todos los servicios incluidos en el paquete sin importar si quieren sólo algunos. Es decir, se trata de un paquete indivisible de todo o nada.

Bajo este esquema, cada trabajador tiene una cuenta individual que a su vez se divide en dos subcuentas. La primera es la de ahorro para el retiro, la cual se financia de las aportaciones del trabajador, de las aportaciones de la empresa (pensión del trabajador) y de un subsidio gubernamental llamado cuota social para el retiro. La segunda subcuenta es para vivienda, ésta es completamente financiada con las aportaciones de los trabajadores y de la empresa. Las cuentas individuales de los trabajadores son administradas por entidades financieras privadas conocidas como AFORES.

Las prestaciones de seguridad social son provistas y reguladas por tres organismos federales: el IMSS, encargado de recaudar todas las contribuciones para la seguridad social, así como de proveer las primeras seis prestaciones enumeradas en la Tabla anterior. La segunda es el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit), que se encarga de administrar los recursos de la subcuenta para la vivienda. Es decir, invierte los recursos para entregar un rendimiento al trabajador, al mismo tiempo que otorga créditos para vivienda. La tercera, la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), se dedica a regular el régimen de comisiones e inversión de las AFORES. El total de las contribuciones de los trabajadores y de las empresas representa aproximadamente 30% del salario (Levy, 2008).

#### 1.5.1. Características de la protección social en México

Las prestaciones que se muestran en la siguiente tabla se ofrecen por separado y son voluntarias. Cabe señalar que estas prestaciones se financian casi en su totalidad con recursos públicos. En ocasiones se piden contribuciones al trabajador, pero de manera inconsistente, debido a las diferencias que existen entre los cobros formales y los pagos reales. Los cobros que se llegan a realizar son bajos y se reducen conforme a los ingresos familiares e individuales, llegando a ser nulos para los más pobres. De esta manera, las prestaciones de protección social para los trabajadores no asalariados son gratuitas (Levy, 2008).

### Tabla 6. Prestaciones de Protección Social

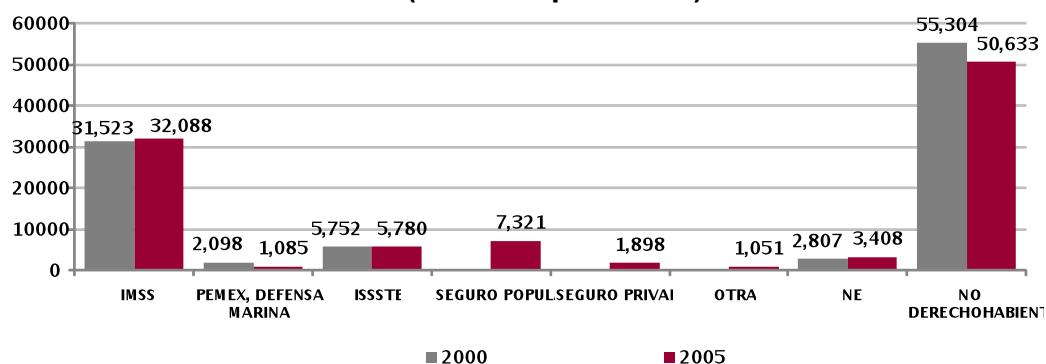
1. Servicios de salud prestados por organismos federales y estatales distintos al IMSS.
2. Subsidios para vivienda mediante programas y organismos federales y estatales distintos al Infonavit.
3. Acceso a pensiones de ahorro para el retiro en cuentas individuales.
4. Acceso a guarderías infantiles provisto por programas federales y estatales distintos al IMSS.
5. Acceso a seguro de vida asociado con algunos servicios de salud.

Fuente: Levy, 2008.

Cabe mencionar que las prestaciones de protección social no son un derecho, a pesar de que en 2003, durante la administración del presidente Vicente Fox, se aprobaron en el Congreso las reformas legales para la creación de un programa voluntario de seguro de salud para no derechohabientes de ningún otro sistema, denominado Seguro Popular (óp. cit).

Asimismo, existen otros esquemas como el ISSSTE, para los trabajadores del Estado; Pemex, para los trabajadores de la industria petrolera; Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), para los militares; y también esquemas de aseguramiento privado para quienes pueden pagarlos. De acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 y del Conteo de Población y Vivienda 2005, la población total de México aumentó de 97,483,412 millones de personas a 103,263,388 millones de 2000 a 2005, lo que representa un incremento de 5.9%. Durante este periodo, la población con derecho a servicios de salud aumentó en 24.7%. Cabe destacar que el incremento en la proporción de población con acceso a servicios de salud se debe, principalmente, al Seguro Popular (SP), ya que la población afiliada al IMSS creció moderadamente.

**Gráfica 1**  
**Población con derecho a servicios médicos, 2000-2005**  
(Miles de personas)



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000 y Conteo de Población y Vivienda, 2005. INEGI.

## **2. La economía informal**

La informalidad es un fenómeno que prevalece en la mayoría de las economías independientemente de su nivel de desarrollo. Sus principales características se relacionan con un importante número de empresas que no pagan impuestos, no cumplen con las regulaciones gubernamentales y cuyos trabajadores no reciben prestaciones laborales (Esquivel y Ordaz, 2008).

En general, la economía informal se percibe como un fenómeno nocivo para el funcionamiento de la economía, debido a que muchas de sus actividades se ubican en los límites de la legalidad e ilegalidad. Adicionalmente, ésta se asocia con una baja productividad y evasión fiscal. A pesar de ello, la economía informal representa para millones de personas el único medio para obtener un ingreso y, en este sentido, constituye un medio de subsistencia.

### **2.1. Definición de economía informal**

Definir un concepto tan complejo como el de informalidad no es tarea fácil debido al contexto regulatorio, económico y social en el que se desenvuelve. Tradicionalmente, la informalidad se asocia con actividades microempresariales en países en vías de desarrollo, algunas de ellas con ingresos de subsistencia y otras con menor capacidad emprendedora (Altman, 2007). De la misma manera, este concepto se ha vinculado a negocios pobres sin contratos y sin prestaciones laborales (Soto y Brena, 2006). Una aproximación recurrente para definir la informalidad se basa en el estatus laboral y en las relaciones que existen entre los trabajadores y sus patrones dentro de la estructura de las empresas.

En México, el trabajo formal se asocia comúnmente con aquellos trabajadores que están subordinados a una estructura jerárquica, reciben una remuneración en forma de salario por su trabajo y cuentan con prestaciones laborales. No obstante, de acuerdo con Levy (2008), la formalidad se relaciona directamente con la afiliación a un esquema de seguridad social IMSS (ISSSTE, SEDENA y PEMEX para trabajadores del Estado).<sup>3</sup>

Resulta importante esclarecer que los términos economía informal y economía ilegal, a pesar de tener elementos comunes, no significan lo mismo. En la economía informal se incluyen actividades en las que los bienes y servicios producidos y/o vendidos son legales, pero las unidades productoras no están registradas formalmente y/o no otorgan las prestaciones de ley a sus trabajadores. Por su parte, la economía ilegal se encuentra vinculada a actividades que producen o venden bienes o servicios ilícitos (Ochoa, 2009).

De acuerdo con Chen (2007), existen tres escuelas de pensamiento que han enmarcado el concepto de economía informal: dualismo, estructuralismo y legalismo. Los dualistas argumentan que las unidades y actividades informales tienen poca relación con la economía formal, operando como un sector

---

<sup>3</sup> Para efectos de esta evaluación se tomará esta definición de formalidad.

separado de la economía. Esta escuela considera que los trabajadores informales comprenden a grupos desfavorecidos o excluidos de la economía formal (Chen, 2007). Por su parte, la escuela estructuralista ve a la economía informal y formal como dos entidades que no son excluyentes sino más bien, que están estrechamente ligadas. Es decir, las empresas formales, al intentar reducir costos y aumentar su competitividad, reducen el costo de sus insumos –incluyendo los laborales– promoviendo relaciones de producción y empleo informales. De acuerdo con esta escuela, las empresas y trabajadores informales están subordinados a los intereses del desarrollo capitalista debido a que éstos proveen bienes y servicios a un menor costo (Chen, 2007). Por último, la escuela legalista deja a un lado la dualidad entre economía informal y formal y se centra en la relación de la informalidad con el marco regulatorio vigente. Es decir, la informalidad surge de la definición de las reglas del juego y de la exclusión que dichas reglas pueda generar (Chen, 2007). Es importante resaltar que cada una de estas perspectivas provee un enfoque que describe una parte del fenómeno de la informalidad.

El concepto de informalidad es utilizado por primera vez en los años setenta por Keith Hart. Este autor sugiere que la distinción entre economía formal e informal tiene su origen en la facilidad para accesar a una actividad económica. Hart identifica lo formal con el empleo asalariado y lo informal con el empleo por cuenta propia (Salas, 2005). Sin embargo, una vaga comprensión del tema conduce a asociar el término de informalidad con actividades económicas que están al margen del estereotipo de la economía capitalista-urbana (Soto y Brena, 2006). Más recientemente, la economía informal ha sido vista como una característica del capitalismo moderno asociado al crecimiento económico y a la integración global. De esta manera, Chen (2007) señala que la economía informal se encuentra en crecimiento, ya que es un fenómeno permanente y no de corto plazo.

Guha-Khasnabis et. al. (2006) señalan que existen dos elementos que de manera general suelen estar presentes en las actividades informales. El primero apunta a que la actividad económica informal está fuera de los diferentes mecanismos del gobierno. El segundo señala que la informalidad carece de estructura y organización. Dichos elementos reflejan que la decisión de los individuos para operar en la informalidad no es independiente del contexto regulatorio, dado que estas decisiones son consecuencia de un diseño legal que deja fuera de las regulaciones o estructuras de gobierno al trabajo no asalariado.

Otra definición de la economía informal es la de Apella (2009), quien señala que la informalidad generalmente se asocia a la pequeña y mediana empresa (PyME), a las empresas no registradas y a la evasión de impuestos. Por su parte Perry et. al. (2007) define al sector informal como el conjunto de empresas que desarrollan actividades fuera de las regulaciones establecidas. Sin embargo, este autor reconoce que pueden existir grandes empresas, las cuales pueden ser consideradas informales debido a que efectúan subdeclaraciones de facturación o no registran al total de trabajadores ante la administración de la seguridad social.

La evolución de la literatura sobre la informalidad ha dejado claro que las actividades que la componen no son exclusivas de un sector o de un esquema laboral único. Por este motivo la Organización internacional del Trabajo (OIT) se ha dado a la tarea de lograr una conceptualización amplia de lo que la economía informal significa.

### Definición de la economía informal según la OIT, 2007

Actividades económicas que, de manera legal o en la práctica, no están suficientemente cubiertas por los arreglos formales.

Esta definición toma en consideración la diversidad de trabajadores y unidades económicas en diferentes sectores de la economía y en estratos que son vulnerables, ya que experimentan carencias laborales, pobreza y baja productividad. Cabe mencionar que la definición de la OIT hace especial hincapié en las condiciones laborales de la población, en la seguridad social, servicios de salud y otras prestaciones.

La revisión anterior muestra lo complejo que puede ser contar con una definición única que englobe, de manera conjunta, todos los aspectos de la informalidad. Sin embargo, en la mayoría de ellas resulta recurrente apreciar que los sujetos informales operan fuera de las regulaciones y visibilidad gubernamental.<sup>4</sup>

## 2.2. Medición de la economía informal

La medición de la economía informal no es una tarea sistematizada o que se implemente de manera regular en la mayoría de los países. Por este motivo, resulta difícil contar con estadísticas robustas que reflejen adecuadamente dicho fenómeno. Esta problemática se agudiza si consideramos que existen diferentes criterios para definir la informalidad, además de que hay una gran heterogeneidad de información en el ámbito internacional.

Apella (2009) señala que la actividad informal más sencilla de medir es el empleo informal, ya que puede ser monitoreado a través de las encuestas de hogares o por medio del número de afiliados a la seguridad social. Siguiendo a este autor, existen diferentes métodos para estimar la magnitud del sector informal, los cuales pueden clasificarse en: directos, indirectos y modelísticos (*model approach*).

Los métodos directos parten de una definición clara sobre cuáles son las características que deben tener los trabajadores o empresas informales. Estos métodos generalmente utilizan información de encuestas o declaraciones de impuestos. Dicha información revela el nivel de ingresos de la población, características ocupacionales y en algunos casos el nivel de cumplimiento fiscal. No obstante, este método ha sido criticado debido a que muchas veces los encuestados no declaran de manera verídica sus ingresos o pago de impuestos. Cabe señalar que las mediciones basadas en declaraciones de impuestos definen la magnitud de la economía informal como la diferencia

<sup>4</sup> En el Anexo 1 de este documento se presentan algunas definiciones de economía informal para países seleccionados.

entre los ingresos informados en las declaraciones de impuestos y su correspondencia con posteriores auditorias.

Siguiendo a García Verdú (2007), los métodos indirectos son de naturaleza macroeconómica y combinan diversas variables agregadas, así como un conjunto de supuestos para generar estimaciones acerca de la actividad económica. Dentro de los principales métodos indirectos se encuentra la diferencia entre el ingreso agregado y el gasto agregado estimados por el Sistema de Cuentas Nacionales. Para poder llevar a cabo la medición de la informalidad a través de dicho método es necesario contar con estimaciones independientes de la actividad económica mediante el Producto Interno Bruto (PIB) y el Gasto Interno Bruto (GIB).

Dentro del tercer grupo de métodos denominado modelístico (*model approach*), el más popular es el denominado indicador de causas múltiples (MIMIC). Este método plantea que la magnitud de la economía informal puede ser medida a través de variables que describan las causas y efectos de la informalidad. No obstante, esta medida es sensible a cambios en la información y a la selección de las variables que sean incluidas como causas y efectos.

### **2.3. Determinantes de la economía informal**

Existen muchos factores que de manera individual o combinados explican la persistencia y, en muchos casos, crecimiento de la economía informal. Un ejemplo de esto se da en los años ochenta, época en la cual la mayoría de los países en desarrollo presentaron una rápida expansión del sector informal. Las causas de este incremento coinciden con la implementación de reformas estructurales impulsadas por el Banco Mundial y el FMI, que apuntan a una reducción del tamaño del Estado y a la apertura de sus economías, alterando los esquemas tradicionales de apoyos y concentrando el mayor gasto en las urbes. A esta situación se le suma la excesiva regulación existente en muchos países, lo cual dificultó la adscripción a los esquemas formales (Ochoa, 2008).

En este sentido, un estudio llevado a cabo por Freije (2001) señala que la extensión del empleo informal en América Latina es consecuencia de la excesiva reglamentación, lo que hace que a los pequeños empresarios les resulte costoso llevar a cabo actividades económicas formales. Asimismo, el autor señala que la falta de medios para hacer cumplir las regulaciones existentes, así como el entorno macroeconómico, promueven actividades informales. En lo que respecta a este último punto, en algunos casos la falta de crecimiento económico, junto con una creciente oferta laboral –debida a la transición demográfica– se traduce en un aumento de empleos de baja productividad y bajos salarios.

Adicionalmente, Freije señala que los elevados impuestos hacen que la mano de obra resulte costosa, limitando las ganancias de las pequeñas empresas e impidiendo el desarrollo de las mismas. Por lo tanto, y en vista de la relativa abundancia de mano de obra no calificada que se observa en los países en desarrollo, las pequeñas empresas deben depender de esta mano de obra para crecer. De igual manera, Apella (2009) señala que entre las principales causas

que incentivan la informalidad de las empresas se encuentran la alta carga tributaria, los altos costos de la seguridad social, el nivel de corrupción pública asociado a la legislación laboral, entre otros.

Por otra parte, Esquivel y Ordáz (2008) identifican a dos vertientes teóricas que explican la existencia del sector informal en una economía. La primera sugiere que el sector informal es resultado de decisiones óptimas tomadas por empleados y empleadores que están en ese sector voluntariamente debido a que éste ofrece ventajas (mayor flexibilidad laboral, evasión de impuestos, entre otros). La segunda estipula que la informalidad se debe a la existencia de imperfecciones de mercado que dan lugar a un racionamiento en el mercado laboral y a la existencia de una economía dual.

De acuerdo con el primer enfoque, Levy (2008) y otros autores sugieren que los trabajadores del sector informal reciben un salario más elevado que el de los individuos con características similares que trabajan en el sector formal. Esto se debe a que el primer esquema les permite compensar la ausencia de prestaciones sociales o laborales que reciben los trabajadores del sector formal (como el acceso a la seguridad social). De igual forma, la OIT (1972) atribuye la expansión del sector informal a los mayores ingresos que pueden obtener los trabajadores de ese sector. De manera específica, el organismo considera que en América Latina la informalidad es resultado de altas tasas de migración rural-urbana, de las cargas excesivas en la regulación, de la falta de reconocimiento de los derechos de propiedad y activos de capital de los operadores informales.

Sin embargo, esta visión se contrapone a las teorías que enfatizan la existencia de un mercado laboral dual, en el cual el sector informal es un sector residual de la economía. En este caso, los salarios y las condiciones laborales son inferiores a las que se pueden obtener en el mercado formal. Por lo tanto, individuos con características similares recibirían un salario menor en el sector informal que en el formal. Es decir, existiría un premio salarial para los trabajadores asalariados formales. Cabe destacar que para el caso de México actualmente no existe consenso de que el sector informal sea consecuencia de una u otra visión en particular, más bien parecería que la existencia del sector informal resulta de una combinación de ambas teorías.

Además de los aspectos institucionales que permiten la existencia de la informalidad, existe otro factor de carácter socioeconómico que influye en la decisión de los individuos para operar en el sector informal: la economía informal es la principal y, en muchas ocasiones, la única fuente de ingreso para muchos trabajadores. Estos trabajadores generalmente tienen un antecedente de exclusión, ya sea por género, origen étnico, ciudadanía e ingresos inestables e insuficientes (Salas, 2005). De esta manera, existen grupos amplios de población que experimentan dificultades estructurales para acceder a la economía formal, siendo el fácil acceso a una fuente de ingreso el determinante principal de las actividades informales.

Asimismo, las características individuales de los trabajadores parecen tener un impacto sobre la informalidad. Pages et. al. (2005) estudian los determinantes de la afiliación a la seguridad social usando encuestas de hogares para

Latinoamérica. Para ello desarrollan un análisis econométrico en donde se estudian las características personales y de las empresas en donde trabajan los individuos. Sus resultados muestran que estar empleado en una empresa pequeña aumenta la probabilidad de la informalidad. Adicionalmente, los trabajadores solteros, los jóvenes que no son jefes de hogar, los que viven en hogares grandes y con menor nivel educativo, son más propensos a ubicarse en la economía informal. Asimismo, Freije (2001) analiza los determinantes de la informalidad para distintos países de América Latina y sus resultados coinciden con los de Pages et. al. (2005): los trabajadores menos educados, los jóvenes, las mujeres y los que no son jefes de hogar son los más propensos a trabajar en el sector informal. Al hacer encuestas de opinión a microempresarias con el fin de conocer por qué la gente prefería estar en el sector informal, Freije (2001) encontró lo siguiente:

- “Mientras como uniformes en mi casa, puedo también atender a mis hijos y la casa.”
- “No me gusta tener que responder a un jefe; prefiero tomar mis propias decisiones.”
- “Gano más dinero en mi tienda que el que ganaría en una fábrica.”

#### **2.4. Caracterización de la actividad informal y sus trabajadores**

El tipo de trabajadores que podemos encontrar en el sector informal es muy variado, ya que algunos de ellos son asalariados, autoempleados, trabajadores con contratos flexibles que no están dentro de una estructura empresarial y trabajadores desvinculados de instituciones y obligaciones gubernamentales. Este tipo de empleados no cuentan con protecciones laborales formales y tampoco están protegidos por la legislación vigente de cada país (Salas, 2005). Por el contrario, los trabajadores formales se ocupan en empresas que cumplen con las leyes tributarias y laborales, incluyendo regulaciones como el salario mínimo, prestaciones laborales, normas de seguridad en el trabajo, entre otros.

De la definición de informalidad de la OIT se deduce que las actividades informales no se limitan al empleo en la periferia de las ciudades, a ocupaciones particulares o a actividades económicas. Las actividades informales se caracterizan por lo siguiente:

- Facilidad de entrada;
- Apoyo en los recursos locales;
- Propiedad familiar de las empresas;
- Escala de operación pequeña;
- Tecnología adaptada e intensiva en fuerza de trabajo;
- Destrezas adquiridas fuera del sistema educativo formal; y
- Mercados no regulados y competitivos.

#### **2.5. Efectos negativos de la economía informal**

La economía informal ha recibido cierto grado de tolerancia por parte de la sociedad y autoridades, ya que representa una alternativa ante necesidades de empleo en contextos macroeconómicos débiles o adversos y ante escenarios

de aumento en la oferta laboral. Sin embargo, la informalidad puede tener efectos dañinos para la economía y para el desarrollo de los países. Aguilera y Velázquez (2008) analizan los efectos de la informalidad, entre los que destacan:

#### Tabla 7. Efectos negativos de la informalidad

**Productividad.** La productividad genera excedentes económicos que permite a los consumidores tener menores precios, a los trabajadores mayores salarios y a los empresarios más beneficios. Así, la productividad produce una mayor demanda, inversión y crecimiento económico. Sin embargo, de acuerdo con Aguilera y Velázquez (2008), en México los trabajadores informales que en el 2000 representaban el 23% del empleo total, solamente produjeron el 12% del PIB en este mismo año. Esto surge a partir de que las empresas informales compensan su baja productividad con la evasión de impuestos y regulaciones, limitando así la productividad nacional.

**Crecimiento económico.** Loayza (1997) presenta un modelo formal de crecimiento que muestra la manera en que el sector informal está correlacionado negativamente con el crecimiento económico. La economía informal afecta el crecimiento debido a que reduce la disponibilidad de los servicios públicos para todos, ya que un mayor número de actividades informales utilizan de manera menos eficiente los recursos existentes.

**Costo social.** La informalidad puede afectar a la economía a través del sistema impositivo. Un problema que aqueja a México es que la base impositiva es muy reducida por lo que, para recaudar cierto nivel de impuestos, es necesario aplicar tasas muy altas a los contribuyentes cautivos. Esta situación genera un círculo vicioso debido a que tasas altas a su vez aumentan la propensión a evadir el pago de impuestos, generando así que los gobiernos tengan ingresos bajos y, por lo tanto, no tengan la capacidad de crear infraestructura ni atender necesidades sociales como la educación, la salud o la pobreza. Por otra parte, la informalidad tiene costos en términos de la variedad de productos que se ofrecen en el mercado y la calidad de los mismos. La informalidad puede generar lo que en la literatura se conoce como “*market for lemons*” (mercado de bienes de mala calidad) impidiendo así que se desarrollen productos de buena calidad.

**Seguridad social.** La informalidad inhibe la creación de empleos con seguridad social, de aquellos que aportan a la recaudación fiscal y que cuentan con mayor protección jurídica. Wodon et. al. (2001) encuentran que el ingreso familiar guarda una relación negativa con los jefes de hogar y los cónyuges que trabajan por cuenta propia o son trabajadores familiares no remunerados. Asimismo, encuentran que los jefes de hogar y los cónyuges que trabajan en el sector formal o público están asociados con ingresos promedio más elevados.

**Desigualdad.** En su informe sobre la desigualdad, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) mide las diferentes fuentes de desigualdad en América Latina y sostiene que estar empleado en el sector formal o en el sector informal representa entre el 10% y el 25% de la desigualdad en los ingresos laborales. Esta relación se da por la expansión de las actividades informales con baja productividad, la cual es consecuencia de la escasez de capital físico y humano que caracteriza al sector informal.

**Incumplimiento de otras leyes.** La informalidad conlleva al incumplimiento de otras regulaciones tales como leyes ambientales. Lo anterior queda de manifiesto si consideramos la dificultad para lograr que incluso los empresarios formales cumplan con estas disposiciones.

## 2.6. La economía informal en México

En México, el sector informal representa una pieza fundamental del mercado laboral. Con más de 100 millones de habitantes y una Población Económicamente Activa (PEA) de 60 millones, sólo 14.4 millones de trabajadores tienen cobertura en seguridad social (INEGI, 2010; IMSS, 2010). La evolución y comprensión de la economía informal en México ha sido muy similar a la experiencia en otros países. Sin embargo, en el caso de México, su complejidad y magnitud no han permitido consolidar una política integral que atienda a este fenómeno. A continuación se expone una semblanza sobre la medición, características, determinantes y evolución de la economía informal en México.

#### 2.6.1. Medición y conceptualización de la economía informal en México

Dada su naturaleza, la problemática del sector informal se refleja, entre otros aspectos, en la falta de estadísticas claras y precisas. Aunque las estimaciones sobre el tamaño de la economía informal en México difieren ampliamente, la mayoría de ellas coinciden en que ésta ha crecido en los últimos años y que actualmente impacta a la generación de empleos.

En 1970 se comienzan a desarrollar las primeras mediciones de la economía informal en México. Los institutos y organizaciones interesados en desarrollar esta tarea fueron la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la OIT, todos ellos utilizando información del XI Censo de Población. De este modo, en 1976 la STPS arroja la primera cifra de empleo informal, la cual estimaba que un 38.2% de los trabajadores se desempeñaban en actividades de este tipo. Posteriormente, en la década de los noventa con la Encuesta Nacional de Micronegocios (ENAMIN), se llevaron a cabo estimaciones periódicas de este fenómeno. En dichas estimaciones se consideran características propias del sector relacionadas con el lugar de trabajo, acceso a prestaciones y posición en la ocupación.

En nuestro país el INEGI ha adoptado la definición de informalidad aprobada en la XV Conferencia de Estadísticos del Trabajo de la OIT (1993). De esta manera, el instituto define al subsector informal de la economía como:

“Todas aquellas personas no constituidas en sociedad que forman parte del Sector de los Hogares, dedicadas a la producción de bienes o servicios, con la finalidad primordial de generar empleo o ingreso para las personas implicadas.”

De acuerdo a esta definición, el sector informal pertenece a “los hogares productores que venden en el mercado o autoconsumen los bienes y servicios que ellos producen” (Ochoa, 2009). Por el tipo de ingresos de los hogares, el INEGI distingue entre empleadores, trabajadores por cuenta propia, asalariados, perceptores de ingresos por renta de la propiedad y perceptores de ingresos por transferencias. Asimismo, en dicho sector se incluye a empleadores informales que tienen asalariados en forma continua. En este último caso se considera a las empresas de empleadores informales.

Otra definición que ha sido utilizada por el INEGI, la cual se refiere al sector informal como el sector no estructurado, se presenta a continuación:

"Población ocupada que labora en micronegocios no agropecuarios asociados a los hogares que no disponen de un registro ante las autoridades u organizaciones gremiales, y de los trabajadores vinculados a micronegocios registrados que operan sin un local o en pequeños locales o talleres y que carecen de un contrato de trabajo y cobertura en la seguridad social" (INEGI en León, 2005).

Conforme va evolucionando la magnitud e importancia del sector informal, se comienza a utilizar otro tipo de herramientas estadísticas. De este modo, para medir a la economía informal en el año 2000 se usa de manera conjunta la información proveniente de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) y de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE).

#### 2.6.2. Características del trabajo informal en México

El entendimiento del sector informal ha originado una mejor identificación de los sujetos que conforman su universo. Como ejemplo de ello, a continuación se presenta una matriz con la caracterización de las personas ocupadas en el sector informal en México siguiendo los lineamientos de Hussmanns. Según estos datos, en nuestro país el 55.6% de los trabajadores están empleados en empresas informales y hogares. Asimismo, la mayoría de los empleados son independientes.

Rodarte (2003) analiza el dinamismo de los micronegocios en México para conocer mejor las características de los trabajadores informales. El autor concluye lo siguiente:

**Tabla 8. Características de los trabajadores que laboran en micronegocios, 2002 (empleo informal)**

- El 35% del total del empleo urbano se lleva a cabo en pequeños negocios, ya sea como trabajadores por cuenta propia, asalariados o trabajadores sin pago. De estos micronegocios, el 13% contrata a trabajadores asalariados y el 87% utiliza trabajadores familiares que no reciben pago.
- El 64% de los trabajadores informales realizan sus actividades en instalaciones improvisadas en la vía pública, en tianguis, en la calle, en su domicilio o en el de los clientes.
- El 36% de los trabajadores informales cuenta con locales dentro de mercados, realizando actividades en pequeños talleres de producción o reparación, o bien, en tiendas de abarrotes o locales de servicios.
- Del total de micronegocios sin local, 29% era por falta de dinero; 64% manifestó que su actividad no requería de establecimiento y 6% señaló que no disponía de local por ser más barato y cómodo prescindir de él.
- De los que tenían local, 47% dijo ser propietario del mismo; 39%, lo rentaba y 14%, era prestado.
- El 73% de los micronegocios se financiaron con recursos propios, siendo la razón principal la de obtener un ingreso mayor que como trabajador asalariado sin los rigores de un horario o percibir bajos ingresos laborales.
- La segunda causa de peso para crear su propio empleo fue la disponibilidad

- de registro ante las autoridades fiscales, lo cual ha sido un factor que permite determinar el grado de formalidad de las unidades de pequeña escala.
- Cerca de 70% de los micronegocios no tenían registro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
  - De los ocupados en el sector de los micronegocios, 38% presentó nivel de instrucción hasta primaria, 27% estudiaba pero tenía necesidad de complementar el ingreso del hogar y una pequeña parte manifestó que instaló su negocio después de un despido.
  - El crecimiento del sector tiene su base en las condiciones de precariedad laboral y en la disminución de los salarios reales, lo cual obliga a más miembros del hogar a participar en el ingreso familiar, creando con sus propios recursos un medio de subsistencia y empleo.
  - Las condiciones laborales de casi 3.3 millones de trabajadores dependientes eran de precariedad, pues sólo 13% manifestó tener los servicios de seguridad social y 12% dijo tener la garantía de un contrato por escrito.

Fuente: Rodarte, 2003.

### 2.6.3. Determinantes de la informalidad en México

Existen diversos estudios que analizan las causas de la informalidad en México. Por ejemplo, Rodarte (2003) señala que uno de las principales determinantes de la informalidad es el nivel de crecimiento económico que se ha dado en nuestro país. Es decir, dicho crecimiento no ha sido suficiente para absorber el aumento de la demanda de empleos bien remunerados y socialmente protegidos. Esto ha originado que el excedente de mano de obra busque su propia fuente de empleo en pequeños negocios, ocasionando un incremento considerable del sector informal.

Cabe señalar que la rigidez en el mercado laboral es otro determinante de la informalidad y, de acuerdo con el Banco Mundial, México es considerado uno de los países con mayores rigideces, ya que se encuentra muy por encima, tanto del promedio regional, como del promedio de la OCDE (Ochoa, 2009). Asimismo, el exceso de regulaciones para iniciar un negocio en el país representa un proceso tardado, costoso e inaccesible para la población con menores recursos, lo que también impacta a la informalidad. Por último, la insuficiencia de créditos para micro, pequeñas y medianas empresas es un obstáculo para la creación de puestos de trabajo formales.

### 2.6.4. Evolución de la economía informal en México

A pesar de que desde los años setenta se sabe de la existencia del sector informal en México, no fue sino hasta la crisis de 1982 cuando la informalidad registró notables incrementos. Esta crisis derivó en una disminución del empleo formal, así como en el crecimiento del desempleo, subempleo<sup>5</sup> y empleo informal. Durante este mismo periodo, el crecimiento de la economía se frena y la mano de obra se multiplica. Lo anterior conlleva a la expansión de la

---

<sup>5</sup> A pesar de que el concepto de subempleo podría asociarse al de economía informal, este se asocia a trabajadores que tienen mayores habilidades o que podrían trabajar más horas de las que su empleo actual ofrece. La Real Academia de la Lengua Española define al subempleo como “emplear a alguien en un puesto inferior al que le correspondería de acuerdo a su capacidad.”

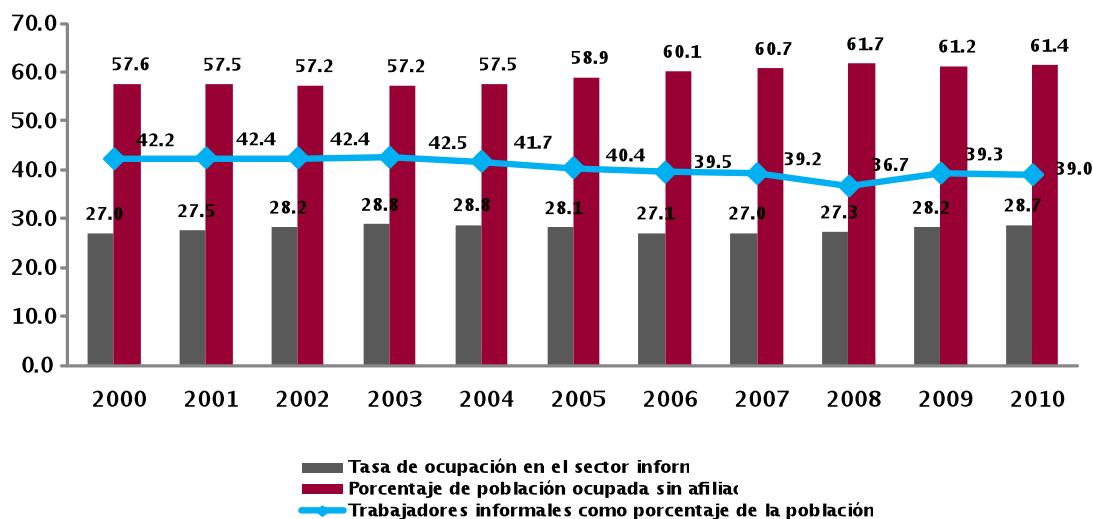
economía informal como respuesta a las necesidades de la creciente oferta laboral.

Aún cuando a principios de los noventa la economía logró recuperarse, varios factores hacen que la informalidad persista. La crisis de 1994 origina un desplome del PIB que revierte la incipiente tendencia de recuperación. El empleo formal se contrajo en todos los sectores y actividades vinculadas al consumo interno, mientras que la oferta laboral se mantenía estable.

La Gráfica 2 muestra los niveles de empleo informal en México entre los años 2000 y 2010, bajo las distintas definiciones de este fenómeno: i) trabajadores informales como porcentaje de la población ocupada (trabajadores que no son subordinados y remunerados y que, adicionalmente, no cuentan con percepciones salariales-STPS); ii) trabajadores informales como porcentaje de la población ocupada (INEGI); y iii) población ocupada sin afiliación al IMSS o ISSSTE. Como se observa en la Gráfica, la magnitud de la economía informal difiere significativamente entre cada una de las definiciones utilizadas, representando en 2010 desde un 28.7% (según la definición del INEGI) hasta un 61.4% si consideramos los trabajadores que no cuentan con la seguridad social del IMSS. Sin embargo, se observa la misma tendencia entre los diferentes conceptos de informalidad. Para principios de 2005 el empleo formal era menor que los registrados a principios del año 2000 (excepto para la definición de trabajadores informales como porcentaje de la población ocupada), aunque las variaciones a lo largo de este periodo no son significativas.

**Gráfica 2**

#### Economía Informal en México de acuerdo a distintas definiciones



Fuente. Datos del INEGI: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx); datos del porcentaje de población ocupada sin afiliación al IMSS y de trabajadores informales como porcentaje de la población ocupada son cálculos propios utilizando información de la ENE y ENOE. Incluye sector primario.

Cabe señalar que las estimaciones del INEGI han sido objeto de críticas. La STPS ha señalado que la metodología del INEGI se basa en la propuesta de la

OIT y que ésta no es necesariamente la más correcta. Adicionalmente, en el 2008 el Centro de Estudios Económicos del Sector Privado (CEESP) estima que la economía informal representó un 13.3% del PIB, lo cual equivale a la suma de las participaciones en el PIB del sector agrícola (4.3%), el PIB de la industria de la electricidad (1.7%) y el de la industria de la construcción (7.3%). El CEESP indica que el dato oficial de economía informal del INEGI no considera al trabajo doméstico remunerado, ya que al incluirlo, la cifra asciende a 32.5%.

#### 2.6.5. Políticas de combate a la informalidad en México

De acuerdo con Samaniego (2009), las políticas encaminadas a reducir la informalidad se pueden dividir en tres etapas. La primera comprende los años del desarrollo estabilizador entre 1955 y 1975. Durante esta etapa se visualizó a la informalidad como un fenómeno pasajero y temporal que desaparecería con el desarrollo económico al expandir el trabajo asalariado formal. Esta es una de las razones por las cuales solamente se incluyó al trabajo asalariado formal dentro del sistema de protección social. La segunda etapa comienza en los años setenta cuando la dinámica del sector moderno pierde impulso. Esta situación originó que el exceso de mano de obra encontrara oportunidades de empleo fuera del sistema regulado. Es en esta etapa cuando se tomó conciencia de que la informalidad no era un fenómeno temporal ni pasajero. De esta manera, el problema se abordó desde una perspectiva económica y social que conllevaría a los primeros análisis de su dimensión y características. Sin embargo, todavía no se diseñaba una estrategia clara que atendiera la informalidad y el grueso de las políticas se enfocaban principalmente al empleo formal. Los programas que se pusieron en marcha incluían intermediación laboral, servicios de colocación y readiestramiento de la mano de obra desplazada por la crisis.

Más recientemente, en la tercera etapa se toma conciencia de la necesidad de enfocar acciones de manera directa al universo de la informalidad (Samaniego, 2009). Sin embargo, dichas acciones no estuvieron bien integradas y muchas eran de carácter experimental. Es importante considerar que en esta etapa la economía informal se convirtió en la principal fuente de empleo, adquiriendo formas diversas y complejas. Las políticas que se enfocaban al empleo formal no eran suficientes para desincentivar el empleo informal. De esta manera, se reconoció la necesidad de crear un paquete de políticas específicas para el sector informal. En este sentido, en los últimos años se han puesto en marcha programas piloto enfocados a promover el acceso al crédito, a los mercados y a la tecnología para los pequeños negocios que tienen mayor viabilidad para insertarse al sector formal. Otras medidas adoptadas han incluido la simplificación de trámites y la entrega de títulos de propiedad.

En la actualidad, las políticas para hacer frente a la informalidad son aún de bajo impacto y quedan superadas por la falta de crecimiento y desarrollo en distintos sectores de la economía nacional. Los esfuerzos enfocados a aumentar el empleo formal requieren de una intensa articulación en distintas áreas de política pública como la social, competitividad, crecimiento económico, entre otras. El tema de la economía informal sigue ocupando la agenda de

diversos organismos públicos y privados. La motivación en el sector privado se origina principalmente por la falta de contribución al erario público por parte de los empresarios informales, lo que limita las finanzas públicas y el funcionamiento del gobierno (CEESP, 2009).

En el sector público, a pesar de que no existe de manera explícita una estrategia integral de combate a las causas de la economía informal, existen algunos programas que buscan disminuir la magnitud del problema. Un ejemplo de esto son los programas de la Secretaría de Economía enfocados a la reducción de tiempos de apertura de empresas y simplificación de trámites como el Sistema de Apertura Rápida de Empresas (SARE), orientados a lograr que el mayor número de pequeñas empresas queden registradas de manera formal. Otra política encaminada a reducir la informalidad es el otorgamiento de créditos a la micro, pequeña y mediana empresa a través del Fondo PyME. Una acción adicional ha sido el financiamiento para la construcción de espacios para la reubicación de vendedores ambulantes en el Distrito Federal, con el fin de que se incorporen a la economía formal. Adicionalmente, la Ley del Impuesto a los Depósitos en Efectivo (LIDE) está orientada a desincentivar operaciones en efectivo que son más características de negocios que operan sin cuentas bancarias o registros. Esta ley está muy enfocada a la actividad ilegal, no obstante, tiene un impacto en la informalidad.

En términos de legislación, Ochoa (2009) señala que se han hecho algunos esfuerzos por tener un registro de las personas que realizan actividades no asalariadas. En 1941, se otorgaron licencias y placas a personas con diferentes ocupaciones relacionadas con trabajos no asalariados, que les permitían trabajar en la vía pública en puestos fijos, semifijos y ambulantes. Posteriormente, se reconoció a los trabajadores no asalariados mediante el Reglamento para los trabajadores no asalariados del Distrito Federal que hasta la fecha sigue vigente (sin ninguna reforma). Sin embargo, este reglamento deja fuera de la regulación de la Ley Federal del Trabajo las relaciones laborales que establezcan los trabajadores no asalariados. En este Reglamento se señalan, entre otras cosas, las modalidades de trabajo consideradas, la obligación de los trabajadores de obtener licencias de trabajo y su derecho a asociarse, no obstante, no se establece ningún artículo en relación a sus derechos laborales, su obligación de contribuir al erario y se limita su acceso a la seguridad social. Aun cuando el concepto de trabajador en la economía informal es más amplio que el de trabajador no asalariado, pone de manifiesto la falta de regulación en las actividades donde no existe una relación formal entre el empleado y el empleador. En este sentido, el sector informal no se reconoce en la legislación del país y no aparece en la Ley Federal del Trabajo.

En resumen, la informalidad es un fenómeno que ha estado presente en la historia reciente de México y son diversos los factores que determinan su nivel, siendo los más destacados los relacionados con el desempeño económico, las regulaciones y cargas tributarias. Sin embargo, no cabe duda de que los efectos negativos que tiene la informalidad no sólo afectan al desarrollo económico y social de una nación, sino también a los propios trabajadores al dejarlos fuera de un esquema de seguridad social. En este sentido, en México se han intentado diversas maneras de otorgar acceso a servicios de salud a

personas o trabajadores que carecen de ellos. Entre este tipo de programas destaca el SP, cuyo objetivo es otorgar acceso a servicios de salud a la población que no cuenta con seguridad social, en particular, a la más pobre. Sin embargo, también se ha señalado en varias ocasiones que las bondades que caracterizan al SP pueden ser atractivas para los trabajadores formales, originando que éstos migren del sector formal al sector informal. En este sentido, en los capítulos 3 y 4 de este documento se analiza con detalle los objetivos y logros del SP y se revisa la literatura que ha examinado el impacto del SP en la informalidad.

### 3. El Seguro Popular

#### 3.1. Antecedentes

En México, el elevado nivel de gasto en salud en el que incurren los hogares significó uno de los motivos que dieron origen al SP. Los resultados de diversas encuestas llevadas a cabo entre el 2000 y 2004 señalaron que en el 2.3% de los hogares el gasto en salud excedía la mitad de sus ingresos, lo cual limitaba sus recursos para atender otras necesidades básicas (Secretaría de Salud, 2010). Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud (INSP-SSA 2000) mostró que la cuarta parte de la población decidió no acudir a los servicios de salud a pesar de tener necesidad de hacerlo y la mitad de esta población postergó la atención médica por falta de recursos. Asimismo, el INSP (2002) informó que cerca del 10% de la población de más bajos ingresos tuvo gastos anuales catastróficos, ubicando a más de 1.5 millones de hogares en riesgo cada año. Este mismo instituto afirmó que la falta de un sistema de financiamiento solidario para un importante segmento de la población, así como la utilización de servicios de salud que tienen que ser pagados directamente del bolsillo, hace que las personas incurran en gastos catastróficos y en la falta de acceso –geográfico o económico– a servicios de salud.

Adicionalmente, el país ha venido sufriendo cambios epidemiológicos considerables. Hasta hace algunas décadas predominaban las enfermedades infecciosas, la desnutrición y otras condiciones asociadas con la pobreza en áreas rurales. Actualmente, prevalecen enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas y otros problemas típicos de poblaciones urbanas y del envejecimiento. Esto ha provocado una creciente disparidad entre las necesidades de salud de los ciudadanos y la evolución del sistema de salud, ya que la inversión gubernamental en el sector salud no corresponde a las necesidades poblacionales.<sup>6</sup>

De esta manera, la segmentación del sistema mexicano de salud y las transiciones epidemiológicas y demográficas por las que atravesaba el país dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros que propiciaron la creación del SP: i) de nivel; ii) de origen; iii) de distribución; iv) de esfuerzo estatal; y v) de destino de los recursos.

**Tabla 9. Desequilibrios financieros que dieron origen al SP**

<b>Desequilibrio de nivel.</b> En el año 2000 la inversión en salud en México era insuficiente para atender los retos que planteaban las transiciones demográficas y epidemiológicas. Se debían generar mecanismos que atendieran el creciente predominio de enfermedades no transmisibles que resultaban costosas y difíciles de combatir.
<b>Desequilibrio de origen.</b> Este desequilibrio se relaciona con la proporción del gasto público respecto al gasto total en salud. En México, más de la mitad de los recursos totales para la salud (53%) en el año 2000 eran privados y provenían en su mayoría

<sup>6</sup> En el año 2000, en México se invertía el 5.8% del PIB, lo cual es notablemente más bajo en relación con lo que invierten otros países del mundo. El Anexo 6 de este documento muestra el gasto en salud como porcentaje del PIB para países seleccionados.

del bolsillo de las familias (51%). Esto puede empobrecer a las personas o bien hacer que se dejen de atender.

**Desequilibrio de distribución.** Existe una marcada concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social que atienden a la población de mayores ingresos. A pesar de que, en el año 2000 la población no asegurada representaba el 55% del total, ésta recibía 29% de los recursos federales. Esto se traduce en un gasto público federal per cápita tres veces mayor en la población que contaba con seguridad social que en la llamada población abierta. A esto se suma la inequitativa distribución de los recursos federales entre entidades federativas. En el año 2000, la relación entre el gasto público per cápita en población no asegurada entre el estado que mayores recursos federales recibía (BCS) y el que menos recursos recibía (Puebla) era de 5.4.

**Desequilibrio de esfuerzo estatal.** La descentralización de los servicios de salud, que se llevó a cabo a lo largo de las últimas dos décadas, no se acompañó de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esta indefinición se refleja en diferencias entre los estados en materia de contribución estatal al financiamiento de la salud. En 2000, la diferencia entre el estado que más aportaba al financiamiento de la atención salud (Tabasco) y el que menos aportaba (Guerrero) era de 89 veces.

**Desequilibrio de destino.** El sector salud dedicaba cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión, esto ha influido negativamente en la ampliación de la infraestructura y en el equipamiento de las unidades de salud del sector público. En el año 2000, la SSA destinaba 76% de su presupuesto a “servicios personales”, 20% a “gastos de operación” y sólo 4% a “inversión”.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. *Estrategia de evaluación*. Secretaría de Salud, 2006.

### 3.1.1. Reforma a la Ley General de Salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo cuarto que todos los mexicanos y mexicanas tienen derecho a la protección de la salud. Los factores anteriormente mencionados y, en particular, la universalización del derecho a la salud, fueron determinantes para que la SSA creara el Seguro Popular de Salud, el cual que inicia operaciones como programa piloto en octubre de 2001 y terminan en diciembre de 2003, cuando se instrumenta como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el 2004. De esta manera, el SP se convirtió en política de Estado en 2004 gracias a las reformas a la Ley General de Salud (LGS) que el Congreso aprobó en 2003.

## 3.2. Creación del Sistema de protección Social en Salud (SPSS)

De acuerdo con la SSA la protección social en salud se describe como “el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso y sin discriminación, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, adscritos en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).” Asimismo, como parte del SPSS se incluye el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual no tiene un límite de presupuesto anual y apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo. Los tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General (CSG), deben satisfacer las

necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones preventivas, de diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación.

### **3.3. Objetivos del Seguro Popular**

- Otorgar un paquete explícito de intervenciones y sus medicamentos asociados, que respondan al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y las que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.
- Reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas.

Una vez que la persona se ha afiliado al SP tiene derecho a lo siguiente:

- Una póliza de derechos y credencial de TU SALUD.
- Portabilidad del SP a toda la República Mexicana.
- 255 intervenciones o servicios médicos y surtimiento de 285 medicamentos asociados al paquete de servicios.

### **3.4. Población objetivo del Seguro Popular**

El SP está dirigido de manera prioritaria a familias cuyo ingreso se encuentre en los seis primeros deciles, que no sean derechohabientes de la seguridad social, que residan en el territorio nacional y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad para ofrecer los servicios médicos (Ver Anexo 2). Actualmente, el SP opera en todo el territorio nacional, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Baja cobertura de seguridad social en los estados.
- Mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingresos.
- Capacidad para garantizar la provisión de los servicios cubiertos por el SP.
- Demanda potencial de aseguramiento.
- Solicitud explícita de las autoridades estatales.
- La existencia de suficiencia presupuestal en el SP.

Cabe mencionar que, en diciembre de 2006, se implementó el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), cuya finalidad es brindar atención médica a todos los niños nacidos en territorio nacional y sus familias que no

cuenten con algún tipo de seguridad social. El SMNG es un seguro voluntario de gastos médicos para los niños nacidos a partir del primero de diciembre del 2006, que no estén cubiertos bajo algún esquema público o privado de protección en salud. Con este seguro el niño tiene derecho a prácticamente todo tipo de atención médica que requiera y su familia acceso a las 255 intervenciones del SP. La afiliación se hace a través del SP y la atención para el niño se brinda a través de los servicios de salud de los estados. En las localidades donde éstos no existan, el servicio se proporcionará por medio de instituciones de seguridad social o servicios médicos privados con los que se tenga convenio. Como complemento al SMNG, el Programa Embarazo Saludable otorga a las mujeres atención médica durante todo el periodo de embarazo, incluyendo los servicios de atención prenatal, parto, cesárea y puerperio fisiológico o quirúrgico. Adicionalmente, en el 2010 se presentó el proyecto Consulta Segura. El objetivo de este proyecto es que en los próximos tres años todos los usuarios acudan a la Consulta Segura para que se identifiquen y atiendan los principales riesgos de salud.

### **3.5. Financiamiento del Seguro Popular**

Financieramente, el SPSS cuyo brazo operativo es el SP, busca extender el aseguramiento en materia de salud a todos los mexicanos a través de la creación de un sistema integrado por tres seguros públicos: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS para los asalariados del sector privado de la economía; el Seguro Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE y el SP para los trabajadores no asalariados y los desempleados, así como para sus familias.

Como puede observarse en la siguiente Tabla, los tres seguros cuentan con una estructura financiera tripartita como la del IMSS. En el caso del ISSSTE, la diferencia principal consiste en distinguir entre las obligaciones del gobierno federal como empleador y lo que debe ser una aportación uniforme del Estado nacional al aseguramiento de cada ciudadano (cuota social). El SP también se financia de manera parecida: en primer lugar con una aportación del Estado; en segundo lugar, una aportación solidaria que en lugar de la cuota patronal es cubierta por los gobiernos estatales y federal; finalmente, con una aportación familiar como la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y es de cero en el caso de las familias que se encuentren en los dos primeros deciles de ingreso.

El financiamiento público del SP se realiza de acuerdo con aquellas intervenciones incluidas en el CAUSES y el conjunto de enfermedades denominadas como gastos catastróficos. En resumen, los recursos provienen de las siguientes fuentes:

- Cuota Social (CS). Este rubro se financia en su totalidad con recursos adicionales, los cuales se presupuestan dentro de la SSA.
- Aportación Solidaria Federal (ASF). Esta aportación es asignada a las entidades mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona de acuerdo con lo establecido en la Ley.

- Aportación Solidaria Estatal (ASE). Los Estados realizan esta aportación a partir de sus propios presupuestos estatales.

**Tabla 10. Estructura financiera de los seguros públicos de salud.**

Seguros públicos	Aportadores		
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	Obrero	Patrón	Estado Nacional (cuota social)
Seguro médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)
Seguro Popular	Familia	Gobierno Estatal Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. *Estrategia de evaluación*. Secretaría de Salud, 2006.

El Sistema de financiamiento es regulado por la SSA a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), quien emite las normas sobre el manejo de los recursos otorgados para la operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Los recursos otorgados a través de la Federación se encuentran regulados en el Convenio de Coordinación normado por la CNPSS. Dicha Comisión tiene el propósito de definir los conceptos de gasto específico para garantizar la prestación de servicios a los beneficiarios del Sistema. El financiamiento para los estados está determinado en gran medida por el número de familias afiliadas al SP y, por lo tanto, está orientado por la demanda. Las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud publicadas el 14 de febrero de 2008 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), que se mantienen vigentes para el ejercicio fiscal de 2009 son las siguientes:

**Tabla 11. Cuotas familiares vigentes del SPSS.**

Deciles de ingreso	Cuota anual familiar en pesos
I	0.00
II	0.00
III	713.96
IV	1,400.04
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97

Deciles considerados del "Régimen no contributivo"

X	11,378.86
---	-----------

Nota. Decil de ingreso: Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares.

Fuente: Secretaría de Salud.

Dentro del régimen no contributivo se consideran las siguientes familias:

- Familias en los niveles más bajos de ingresos (deciles I y II de la distribución de ingresos).
- Las familias ubicadas en los deciles III y IV que cuenten con al menos un integrante de 5 años o menos.

Las personas mayores de 18 años que se afilién de manera individual aportarán el equivalente al 50% del monto de la cuota familiar que corresponda al decil de ingresos en que se ubique. Cabe resaltar que para obtener el SP se considera como familia a los cónyuges, los hijos menores de edad o hasta 25 años que sean solteros y estudiantes, menores que tengan consanguinidad y vivan con la familia, hijos discapacitados, abuelos mayores de 64 años y dependientes que vivan en el mismo hogar. El SP puede cubrir como parte de la familia a personas que aún sin consanguinidad vivan en el hogar, sean dependientes, menores de edad o discapacitados de cualquier edad y estudiantes solteros de hasta 25 años de edad.

Cabe señalar que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la SSA, trabaja de manera coordinada con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) quienes son los responsables de promover, gestionar, administrar y supervisar los servicios de protección de salud así como afiliar a los beneficiarios del SP.

Finalmente, las modificaciones a los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de la Ley General de Salud de enero de 2010 permitieron cambiar el esquema de financiamiento del SP, el cual autoriza el proceso de afiliación individual permanente al SP. De esta manera, las pólizas se emitirán por familia, pero el financiamiento del seguro será de manera individual. Además, a partir de febrero de 2010 se inició la pre-afiliación de migrantes mexicanos en Estados Unidos con el fin de que puedan afiliar a sus familias en México cuando se encuentren en territorio mexicano.

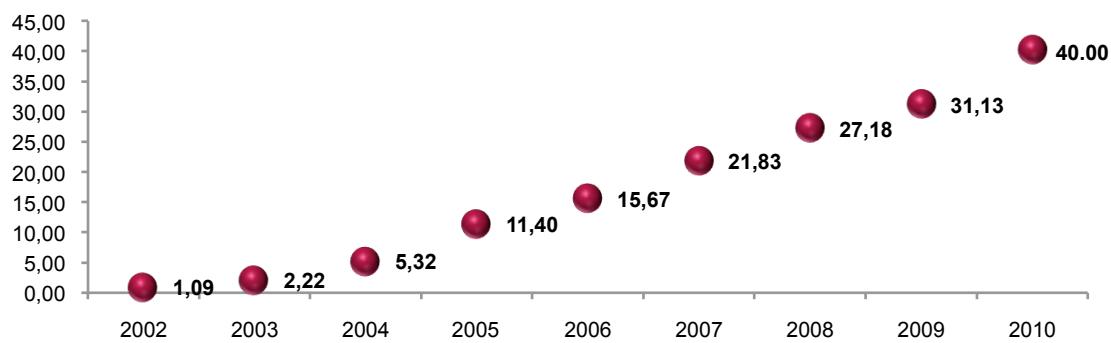
### **3.6. Evolución de la cobertura y recursos asignados al Seguro Popular**

Hasta el año 2009, se encontraban afiliadas 31.13 millones de personas y los recursos ejercidos para el SP pasaron de 162 millones en 2002 a 31,275 millones para 2009. En la segunda mitad del 2010, la cifra de afiliados al SP llegó a 40 millones, es decir, en un año creció casi 9 millones (Ver Anexo 3). De esta manera, actualmente 90 millones de mexicanos tienen cobertura de algún sistema de protección en salud.<sup>7</sup>

---

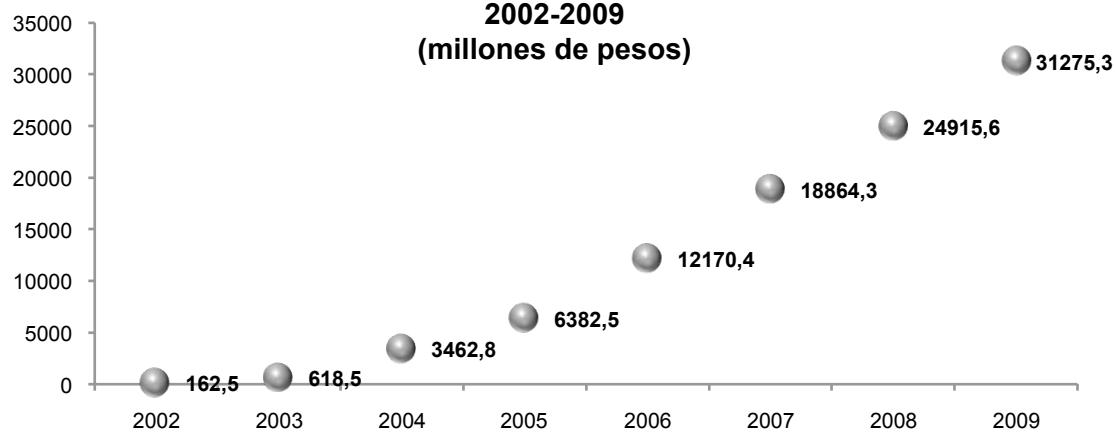
<sup>7</sup> Declaraciones hechas por el Presidente Felipe Calderón en su discurso en la inauguración de una planta de antígenos vacunales de Sanofi Pasteur en Ocoyoacac, Estado de México. México, octubre de 2010.

**Gráfica 3**  
**Evolución de las personas afiliadas al Seguro Popular,  
 2002-2010**  
 (millones de personas)



Fuente: Datos de 2002-2009 IV Informe de Gobierno, 2010.

**Gráfica 4**  
**Evolución de los recursos ejercidos para el Seguro Popular,  
 2002-2009**  
 (millones de pesos)



Fuente: IV Informe de Gobierno, 2010.

En el siguiente capítulo se presenta una revisión de los resultados que arrojan las principales evaluaciones que se han llevado a cabo al SP, las cuales exponen los logros, así como los principales retos y limitaciones del mismo.



## **4. Evaluaciones del Seguro Popular**

La evaluación de los programas sociales permite contar con evidencia acerca de la eficacia y eficiencia de las acciones implementadas, así como de los logros de una política o programa en relación a las metas inicialmente propuestas. En este sentido, la evaluación resulta de gran utilidad para mejorar la gestión, diseño y operación de los programas, al mismo tiempo que aumenta la transparencia y rendición de cuentas.

A este respecto, el decreto de mayo de 2003 por el que se reforma la LGS señala la obligatoriedad del Ejecutivo Federal, a través de la SSA, de lo siguiente:

“evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipo.”

A partir de la implementación del SP en 2004, se han llevado a cabo diversas evaluaciones que permiten conocer el desempeño y logro de los objetivos del Programa, entre las que destacan:

- Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de evaluación. Secretaría de Salud junto con el *Ellison Institute for Global Health* de la Universidad de Harvard y el INSP, 2006.
- Evaluación de Consistencia y Resultados del SP (2007). Investigación en Salud y Demografía, S.C. (INSAD). Coordinada por CONEVAL.
- Evaluación Específica de Desempeño (2008-2009). “Financiamiento equitativo de la atención médica. Seguro Popular”. Investigación en Salud y Demografía, S. C. (INSAD). Coordinada por CONEVAL.
- Evaluación Específica de Desempeño (2009-2010). “Seguro Popular”. INSP. Coordinada por CONEVAL.

### **4.1. Principales resultados de las evaluaciones al Seguro Popular**

#### **a) Gasto en salud**

La evaluación integral del SPSS (2006) indica que el gasto público en salud está creciendo a un ritmo mayor que el gasto privado a causa de los recursos del SP. Adicionalmente, se encuentra que la brecha en el gasto per cápita entre la población asegurada y no asegurada se está cerrando, al igual que la brecha en el gasto per cápita en población no asegurada entre entidades federativas. Además, el gasto en inversión en la SSA se está incrementando, de representar cerca del 4% en 2000, pasó a casi el 9% en 2006.

#### **b) Gasto de bolsillo**

En general, se ha demostrado que el gasto de bolsillo ha disminuido a partir de la implementación del SP. Particularmente, la evaluación integral del SPSS (2006) señala que el SP está teniendo un efecto positivo sobre los gastos catastróficos por motivos de salud. Esta disminución se puede atribuir a la reducción de los gastos en servicios de hospitalización. De la misma manera, la Evaluación Específica de Desempeño de 2009-2010 concluye que los gastos catastróficos por motivos de salud en las comunidades en donde opera el Programa se han reducido en 23%. Knaul et. al. (2005) encuentran que la prevalencia de gastos excesivos por motivos de salud disminuyó de 6.3 a 4.1% entre en año 2000 y el año 2004. Hernández-Torres et. al. (2008) concluyen que para los hogares afiliados al SP, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico fue casi 8% menor en comparación con los hogares no afiliados. Sin embargo, estos mismos autores también indican que el llegar a la meta de reducción del 75% del gasto catastrófico aún constituye un reto.

Por su parte, al analizar la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), Galárraga et. al. (2008) no encuentran un efecto estadísticamente significativo en la reducción de los gastos en salud. No obstante, dichos autores señalan que la reducción de gastos de los hogares en medicamentos y atención ambulatoria sí es significativa. Al utilizar otra fuente de datos (ENSANUT y Encuesta de Evaluación de Impacto del SP) los autores encuentran que el SP reduce la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en salud.

#### c) Población objetivo

La evaluación de INSAD (2007) señala que el SP atiende a la población objetivo. Por su parte, la evaluación de desempeño (2008-2009) indica que el porcentaje de afiliación al SP (cobertura de la población objetivo) ha sido del 100.3%. La evaluación de desempeño 2009-2010 señala que la población potencial, la población objetivo y la población atendida se encuentran claramente definidas y atendidas. A pesar de ello, investigadores de FUNSALUD afirman que todavía hay un importante rezago en lo que se refiere a las poblaciones indígenas, las cuales presentan los indicadores más bajos del país en términos de gasto en salud, acceso a recursos humanos (médicos y enfermeras) y materiales (camas y quirófanos), cobertura de servicios (atención prenatal, atención institucional del parto) y condiciones de salud.

#### d) Cobertura

Conforme a la evaluación de INSAD (2007), el SP tiene un avance adecuado de cobertura a nivel nacional. Sin embargo, al analizar los avances por entidad federativa, se encuentra que entidades como el Distrito Federal, Estado de México y Michoacán tienen avances inferiores de familias afiliadas. Otras entidades como Aguascalientes, Colima y Tabasco presentan avances superiores al 100%. Esto muestra que hay serios problemas en la conformación de los padrones e integrantes de las familias ya que los estados, al recibir recursos de acuerdo al número de familias afiliadas, pueden tener incentivos perversos para afiliar a más familias de las que verdaderamente existen. En este sentido, el INSAD (2007) recomienda revisar las bases para

generar esta información, así como la conformación de integrantes de las familias. La evaluación de desempeño (2008) indica que el porcentaje de avance en la cobertura de protección social en salud de la población sin seguridad social (cobertura de la población potencial) se ha incrementado en 121%. Por su parte, la evaluación de desempeño (2009-2010) señala que, en términos generales, la cobertura del SP se ha ampliado de manera consistente y dicha ampliación ha estado apegada a las metas anuales que el Programa se ha planteado. Sin embargo, de acuerdo con Lavarte (2010) el segmento más pobre de la población todavía queda fuera de la cobertura.

#### e) Satisfacción de los usuarios con el SP

La evaluación integral (2006) indica que el 83% de los encuestados manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos con los servicios de salud, 15% dijo no estar ni satisfechos ni insatisfechos y 2% se manifestó insatisfecho o muy insatisfecho. Esta misma evaluación afirma que el principal motivo de insatisfacción relacionado con el SP se refiere a la consulta externa, en donde aún se tienen fallas importantes en la provisión del servicio. Otra causa importante de insatisfacción es la carencia de medicamentos en las unidades de salud y/o el cobro por los mismos, seguido de una percepción de mala calidad en los servicios. Cabe destacar que se observan importantes desigualdades en la satisfacción con el Programa entre estados y entre unidades de salud.

#### f) Calidad del servicio y trato adecuado

La evaluación integral del SPSS (2006) indica que sólo una octava parte de la población usuaria del SP declaró como “muy buena” la calidad del servicio médico. Por otro lado, ésta señala como buenos los resultados para los usuarios del SP cuando requirieron hospitalización. Asimismo, la evaluación encuentra que el porcentaje de afiliados al SP que calificaron de “bueno” y “muy bueno” el trato recibido fue superior al 80%. De igual forma, éstos calificaron como “bueno” o “muy bueno” el trato de los médicos y la privacidad durante las revisiones médicas. Sin embargo, FUNSALUD ha demostrado que la inadecuada calidad de los servicios del SP se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales y que existe una gran variación en la calidad con la que operan los servicios. Por su parte, INSAD (2007) señaló que la infraestructura con la que opera el SP muestra importantes deficiencias y baja calidad.

#### g) Disposición de pago por los servicios de salud del SP

De la evaluación de impacto (2006) se desprende que el nivel de aceptación del SP es elevado. De la población no asegurada, poco más de la mitad aceptaría pagar por estar afiliada en el SP. Además, la población joven – en particular la que se encuentran en la etapa reproductiva– estaría dispuesta a pagar, en promedio, montos cercanos a los 300 pesos mensuales por el SP. Esta misma evaluación también encuentra que las familias en los niveles más altos de ingreso están poco interesadas en el SP, concentrándose el potencial e interés de afiliación en la población de menores ingresos.

#### **h) Padrón y afiliación**

Scott (2010) señala que existen dudas sobre la manera en que se conforma el padrón de beneficiarios del SP, ya que si verdaderamente el SP estuviera dirigido a toda la población de los dos primeros deciles, entonces toda esa población ya hubiera quedado cubierta, lo cual no ha sucedido. Por su parte, González (2010) indica que se tiene evidencia de que aproximadamente el 5% de las personas registradas en los padrones no existen. A pesar de ello, la evaluación integral del SPSS (2006) señala que el objetivo de afiliar al SP prioritariamente a las familias de menores ingresos se está cumpliendo. Lo anterior indica que se han encontrado diferencias importantes en materia de afiliación. Mientras que algunos estados han buscado incluir al mayor número de derechohabientes para cubrir o superar su meta de afiliación, otras entidades aseguran únicamente a las personas que pagan por el Programa, aun estando en el decil más bajo del tabulador de cuotas.

#### **i) Surtimiento de recetas**

Una de las principales críticas al SP es el surtimiento de recetas. Garrido-Latorre et. al. (2008) señalan que aunque el surtimiento de recetas de los beneficiarios del SP ha ido en aumento en los últimos años, todavía un importante porcentaje de beneficiarios no obtiene el total de medicamentos recetados. En el mismo sentido, aunque en menor medida, la evaluación integral del SPSS (2006) también observó que el surtimiento de recetas es incompleto para los beneficiarios del Programa. Sin embargo, esta misma evaluación señala que en 2006 casi se duplicó el número de entidades federativas que alcanzaron surtimientos por arriba del 90% respecto de 2005. Asimismo, ha mejorado el número de estados con surtimiento intermedio (80-89%) y disminuido la cifra de entidades con surtimientos muy bajos. Por otra parte, la evaluación de gestión encontró diferencias importantes en cuanto al proceso de surtimiento de recetas entre estados. Por ejemplo, hay estados en los que se desarrolló un conjunto de procedimientos para la compra, almacenaje, distribución, inventario, prescripción y otorgamiento de medicamentos a los derechohabientes. En otras entidades no se contaba con este tipo de sistemas, lo que origina dificultades para surtir adecuadamente las recetas.

#### **j) Duplicidad con otros programas**

Las duplicidades en la cobertura médica del SP están presentes. El primer informe de gobierno del Presidente Felipe Calderón (2007) reconoce la existencia de dichas duplicidades en los servicios de salud que son otorgados por los distintos programas sociales e instituciones de seguridad social. La evaluación de INSAD (2007) señala que podrían existir duplicidades en recursos humanos, físicos y financieros entre los servicios otorgados por el SP y otros programas sociales como el IMSS-Oportunidades, el Programa de

Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y las Caravanas de la Salud. En esta misma evaluación se señala que con los programas que ofrecen seguridad social como el IMSS y el ISSSTE podría existir duplicidad si no se cuida la aplicación de los criterios de selección e incorporación al SP.

#### **4.2. Impacto del Seguro Popular en la economía informal: revisión de la literatura**

Además de los resultados que muestra el SP en términos de salud, se ha especulado que éste impacta de manera positiva al sector informal del país. Aún cuando la idea ha venido cobrando relevancia, los estudios realizados en la materia han sido escasos y la mayoría arrojan resultados ambiguos, sobre todo cuando se trata de medir su magnitud.

Uno de los principales argumentos en torno a este debate resulta del estudio de Santiago Levy de 2008. Este autor señala a la política social del país como uno de los factores principales del estancamiento del PIB, del empleo formal y de la productividad en México entre 1997 y 2006. Es decir, el actual arreglo de los programas sociales genera incentivos para que los trabajadores y las empresas se incorporen al sector informal, actuando de manera contraria al incremento en la productividad. Este hecho surge debido al arreglo que obliga a los trabajadores y empresas formales a pagar cuotas por paquetes de seguridad social que son indivisibles, mientras que al mismo tiempo representan un alto costo para su funcionamiento.<sup>8</sup> Por su parte, los trabajadores informales no tienen la obligación de pagar por los servicios a los que pueden acceder y, adicionalmente, pueden elegir los beneficios a utilizar,<sup>9</sup> haciendo que la demanda de estos servicios se ajuste a las preferencias y necesidades de cada trabajador. Levy indica que por este motivo la política social de México actúa como un impuesto al empleo formal, haciendo que los servicios de protección social, que son gratuitos, motiven la creación de empresas y empleos informales, lo que a su vez genera un estancamiento en la productividad y el crecimiento.<sup>10</sup>

De la misma manera, en el informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2008-2009, se indica que el SP hace que el patrón y el trabajador evadan la afiliación al IMSS para evitar los costos que ello implica. Es decir, “el patrón tendría como ventaja un costo menor de nómina, mientras que el trabajador tendría acceso a un mayor salario, manteniendo aún servicios de salud a través del Seguro Popular.” Según este informe, el efecto tendría lugar no sólo entre aquellas personas que estén en busca de un empleo, sino también en aquellos que ya lo tienen y puedan verse incentivados a buscar un trabajo con una mayor remuneración en el sector informal. El informe indica que este sistema de seguridad social representa un riesgo para las finanzas del Instituto. El IMSS consideró que 40% de la población objetivo del régimen ordinario —principalmente asalariados en

<sup>8</sup> Alrededor del 35% del salario del empleado, el cual es pagado en su mayoría por los patrones y trabajadores. Las contribuciones del gobierno representan un 15% del costo total.

<sup>9</sup> En el capítulo 2 “Economía Informal” se presenta una descripción detallada de los diferentes paquetes a los que pueden acceder los trabajadores formales e informales.

<sup>10</sup> Las empresas formales cuentan con un mayor nivel de productividad ya que tienen acceso a crédito y a formas de organización más eficientes que les permiten crecer. Las empresas informales están asociadas con bajos niveles productivos, poco o nulo acceso a crédito y formas ineficientes de producción con poca tecnología.

el sector privado— no se encuentran afiliados al seguro social y que alrededor de 49% de los trabajadores afiliados al SP son subordinados y remunerados. Es decir, deberían estar afiliados al IMSS. Además, este informe señala que alrededor de 236 mil trabajadores declararon tener una doble cobertura, tanto del SP como del ISSSTE o del IMSS, lo que conlleva a duplicidades en gastos.

Ante esta situación, Levy (2008) propone la creación de un paquete de derechos universales básicos para todos los trabajadores (sin distinguir entre formal e informal) que se financie a través de un impuesto general al consumo. De esta forma, se establecería un “seguro de derechos sociales universales” para toda la población tales como pensión de retiro, seguro médico, seguro de vida y seguro de invalidez. Este esquema de seguridad sería financiado con impuestos al consumo y en menor medida con los recursos que hay actualmente en programas sociales, eliminando por completo las contribuciones a la seguridad social que tienen que pagar las empresas. Asimismo, el autor propone que, con el fin de contrarrestar los efectos en las familias más pobres de los incrementos en el impuesto al consumo, a éstas se les regrese el monto adicional que pagarían por la ampliación del impuesto a través de un subsidio directo en dinero. Adicionalmente, este autor comenta que los trabajadores formales le dan menos valor a los servicios de salud que proporciona el IMSS y el ISSSTE por su baja calidad, por lo tanto, aumentar la calidad de estos podría ayudar a desincentivar el empleo informal.

Derivado del estudio de Levy, funcionarios del SP e IMSS señalaron que se sobreestima la magnitud de las distorsiones potenciales que el SP pudiera causar sobre el aumento del empleo informal y crecimiento económico. Lo anterior, debido a que si los trabajadores valoran altamente el paquete de servicios de salud en el sector formal, entonces el peso del SP como incentivo a la informalidad no sería tan alto como lo plantea Levy. Hansen (2010) por ejemplo desarrolla un estudio en el que utiliza la ENIGH 2008 para demostrar que, si bien hay una ligera disminución en el número de afiliados al IMSS en el sector rural,<sup>11</sup> en las ciudades no hay evidencia de disminución que resulte estadísticamente significativa. Asimismo, Ribe (2008) encuentra que la evidencia de una relación positiva entre informalidad y el SP es débil. En zonas urbanas el efecto (positivo) de la cobertura en la reducción de afiliados al IMSS no es significativo y en zonas rurales se encuentra que la cobertura del IMSS se ha reducido ligeramente.

De la misma manera, Campos-Vázquez y Knox (2008) buscan evidencia de cambios significativos en el empleo del sector formal al sector informal en los municipios donde los trabajadores tienen acceso al SP (periodo de 2001-2004). Para este estudio, los autores utilizan el panel de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) y la Encuesta de Evaluación de Hogares Urbanos (ENCELURB). El método consiste en comparar dos grupos de población: uno que tiene SP y otro que no lo tiene. Los autores encuentran poca evidencia de efectos significativos del SP en el mercado de trabajo –al menos durante los primeros años del Programa–. Su estudio concluye que el crecimiento del empleo informal en México se debe a otras causas y no al SP.

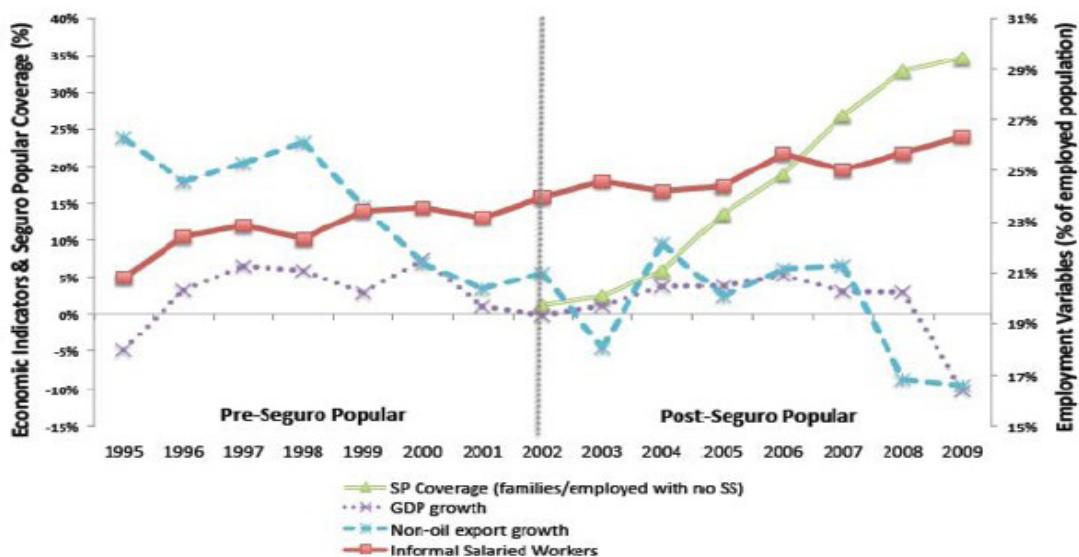
---

<sup>11</sup> En dicho sector se ubica únicamente el 4% de los afiliados.

Esquivel y Ordaz (2008) señalan que la hipótesis de Levy parte del supuesto de que existen mercados laborales competitivos e integrados en una economía. En este sentido, Levy y otros autores han señalado que los trabajadores del sector informal reciben un premio salarial (un salario más elevado que el de los individuos con características similares que trabajan en el sector formal), ya que eso les permite compensar la ausencia de prestaciones sociales o laborales, las cuales reciben los trabajadores del sector formal (seguridad social). Esquivel y Ordaz (2008) demuestran esta hipótesis y encuentran lo contrario, que existe un premio salarial en el mercado laboral formal. Es decir, que individuos con características similares ganan más cuando trabajan en el sector formal que en el informal de la economía. Por lo tanto, el mercado laboral en México está segmentado y el aumento de los programas sociales no incrementaría la tasa de informalidad en el país. Acerca de la propuesta de Levy (2008), Esquivel (2010) indica que financiar la política de seguridad social únicamente con impuestos al consumo no es lo más adecuado debido a la gran desigualdad que existe en México. En este sentido, Esquivel indica que no se deberían descartar impuestos directos como una forma adicional de financiamiento (ISR) y complementa la propuesta de Levy agregando un esquema específico de seguro de desempleo que actúe como un elemento de política contracíclica que aminoré los efectos negativos de las recesiones.

Arias et. al. (2010) evalúan el impacto del SP en el trabajo informal. Los autores encuentran que, como se observa en la siguiente Gráfica, el empleo informal sigue una tendencia a la alza aún en el periodo previo a la implementación del SP e indican que hay poca evidencia de que el SP haya contribuido a su crecimiento. Los autores señalan que cuando se analizan otros indicadores económicos antes y después de la implementación del Programa, se hace evidente que la economía experimenta cambios que explican el crecimiento del sector informal; en particular, el decrecimiento de las exportaciones no petroleras. Este hecho impacta directamente el empleo del sector manufacturero, haciendo que el empleo informal aumente.

**Gráfica 5. Evolución del empleo informal, sector externo y cobertura del Seguro Popular.**



Fuente: Arias, J., Azuara, O. Bernal, P., Heckman, J. & Villarreal, C. (2010). Policies to Promote Growth and Economic Efficiency in Mexico.

En términos del efecto que ha tenido el SP en la informalidad, los estudios analizados dan resultados ambiguos, estando la mayor coincidencia a favor de un impacto poco significativo en la economía informal. Con el fin de poder dar algunas recomendaciones de política pública que coadyuven al mejoramiento del sistema de salud en México, en la siguiente sección se hace un análisis comparativo de las experiencias internacionales más exitosas.

## **5. Los sistemas de salud en el contexto internacional**

De manera general, los sistemas de salud buscan proveer a la población un acceso a los servicios que resulte oportuno, equitativo y costo-efectivo. A pesar de que cada sistema de salud cuenta con características que los hacen distintos, todos ellos requieren de la participación del Estado para organizar, coordinar y/o normar los principios básicos en los que se sustentan. La organización y funcionamiento de los sistemas de salud en el ámbito internacional dependen del contexto socioeconómico en el que se desenvuelven, haciendo que éstos sean heterogéneos en cuanto a cobertura, financiamiento y resultados (Ver Anexo 5). Cabe señalar que gran parte de esta heterogeneidad depende de los niveles de riqueza y desigualdad de cada país (Maceira et. al., 2004).

De acuerdo con la OMS, la eficiencia de un sistema de salud se puede medir a través de los niveles de esperanza de vida, mortalidad, discapacidad, entre otros indicadores básicos de la salud. La falta de financiamiento de los servicios y la mala organización conlleva a que los recursos se utilicen de manera inequitativa, perjudicando el acceso de toda la población al sistema de salud. Aunque en algunos países desarrollados la demanda de servicios de salud supera los recursos disponibles, el problema resulta más grave en países de ingresos bajos (OMS, 2005).

Con el fin de conocer el desempeño de los países en términos de sus sistemas de salud, se analiza el “Informe sobre la salud en el mundo” de la OMS (2000), cuyos resultados se presentan a continuación.

### **5.1. Desempeño de los sistemas de salud en el mundo**

Para medir el desempeño de los sistemas de salud, la OMS considera cinco indicadores: i) nivel global de salud de la población; ii) desigualdades dentro de la población; iii) nivel global de capacidad de respuesta (combinación entre satisfacción del paciente y funcionamiento del sistema); iv) distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población (percepción de la población de diferentes niveles socioeconómicos acerca de la manera en que son atendidos por el sistema de salud); y v) distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población (quién paga los costos). De acuerdo con los resultados que arroja la evaluación de desempeño de los sistemas de salud de la OMS, Francia, Italia y San Marino son los mejor ubicados.

Según este informe, en Europa los sistemas de salud de países como Francia, Italia y España son los que presentan los niveles más altos en cuanto a su desempeño. Noruega, se ubica en el onceavo lugar, siendo la nación escandinava mejor calificada.

**Tabla 12. Ranking de países de acuerdo a su desempeño en sus sistemas de salud**

Ranking											
1	Francia	41	Nueva Zelanda	81	Algeria	121	Niue	161	Guinea		
2	Italia	42	Bahrain	82	Palaу	122	Pakistan	162	Mauritania		
3	San Marino	43	Croazia	83	Jordan	123	Micronesia	163	Mali		
4	Andorra	44	Qatar	84	Mauritius	124	Bhutan	164	Cameroon		
5	Malta	45	Kuwait	85	Grenada	125	Brasil	165	Laos		
6	Singapur	46	Barbados	86	Antigua and Barbuda	126	Bolivia	166	Congo		
7	España	47	Tailandia	87	Libia	127	Vanuatu	167	North Korea		
8	Oman	48	Rep. Checa	88	Bangladesh	128	Guyana	168	Namibia		
9	Austria	49	Malasia	89	Macedonia	129	Peru	169	Botswana		
10	Japón	50	Polonia	90	Bosnia-Herzegovina	130	Russia	170	Nigeria		
11	Noruega	51	Rep. Dominicana	91	Líbano	131	Honduras	171	Guinea Ecuatorial		
12	Portugal	52	Tunisia	92	Indonesia	132	Burkina Faso	172	Rwanda		
13	Monaco	53	Jamaica	93	Iran	133	Sao Tome and Principe	173	Afghanistan		
14	Grecia	54	Venezuela	94	Bahamas	134	Sudan	174	Cambodia		
15	Islandia	55	Albania	95	Panama	135	Ghana	175	Sudáfrica		
16	Luxemburgo	56	Seychelles	96	Fiji	136	Tuvalu	176	Guinea-Bissau		
17	Holanda	57	Paraguay	97	Benin	137	Ivory Coast	177	Swaziland		
18	Reino Unido	58	Corea del Sur	98	Nauru	138	Haiti	178	Chad		
19	Irlanda	59	Senegal	99	Romania	139	Gabon	179	Somalia		
20	Suiza	60	Philippines	100	Saint Kitts and Nevis	140	Kenya	180	Etiopía		
21	Bélgica	61	México	101	Moldova	141	Marshall Islands	181	Angola		
22	Colombia	62	Slovakia	102	Bulgaria	142	Kiribati	182	Zambia		
23	Suecia	63	Egipto	103	Iraq	143	Burundi	183	Lesotho		
24	Cyprus	64	Kazakhstan	104	Armenia	144	China	184	Mozambique		
25	Alemania	65	Uruguay	105	Latvia	145	Mongolia	185	Malawi		
26	Arabia Saudita	66	Hungría	106	Yugoslavia	146	Gambia	186	Liberia		
27	Emiratos	67	Trinidad y Tobago	107	Cook Islands	147	Maldives	187	Nigeria		
28	Israel	68	Santa Lucía	108	Siria	148	Papua New Guinea	188	Rep. Del Congo		
29	Morocco	69	Belize	109	Azerbaijan	149	Uganda	189	Central African Republic		
30	Canadá	70	Turkia	110	Suriname	150	Nepal	190	Myanmar		
31	Finlandia	71	Nicaragua	111	Ecuador	151	Kyrgyzstan				
32	Australia	72	Belarus	112	India	152	Togo				
33	Chile	73	Lithuania	113	Cape Verde	153	Turkmenistan				
34	Dinamarca	74	Saint Vincent y the Grenadines	114	Georgia	154	Tajikistan				
35	Dominica	75	Argentina	115	El Salvador	155	Zimbabwe				
36	Costa Rica	76	Sri Lanka	116	Tonga	156	Tanzania				
37	Estados Unidos	77	Estonia	117	Uzbekistan	157	Djibouti				
38	Slovenia	78	Guatemala	118	Comoros	158	Eritrea				
39	Cuba	79	Ucrania	119	Samoa	159	Madagascar				
40	Brunei	80	Solomon Islands	120	Yemen	160	Vietnam				

Fuente: Informe sobre la Salud Mundial, 2000. Sistemas de salud: Hacia un mejor desempeño. OMS.

En América Latina, el desempeño del sistema de salud colombiano supera a todos los demás países. Según la OMS (2000), los colombianos han establecido un sistema sanitario que atiende a un amplio sector de la población y que reduce la desigualdad en materia de salud. Después de Colombia le siguen Chile y Costa Rica como los países mejor calificados de América Latina.

**Tabla 13. Ranking en el desempeño de los sistemas de salud en América Latina**

Ranking	
22	Colombia
33	Chile
36	Costa Rica
39	Cuba
54	Venezuela
57	Paraguay
61	México
65	Uruguay
71	Nicaragua
75	Argentina
78	Guatemala

Ranking	
95	Panamá
111	Ecuador
115	El Salvador
125	Brasil
126	Bolivia
129	Perú
131	Honduras

Fuente: Informe sobre la Salud Mundial, 2000. Sistemas de salud: Hacia un mejor desempeño. OMS.

Singapur y Japón, ubicados en el sexto y décimo lugar respectivamente, son los únicos países asiáticos que se encuentran entre los primeros 50 escaños. Cabe resaltar que en comparación con las demás naciones, el sistema de salud de los Estados Unidos es el que presenta un mayor gasto como proporción del PIB. Sin embargo, según este informe, Estados Unidos no se encuentra entre los países con mejor desempeño, ocupando el lugar 37. Por su parte, el Reino Unido – que gasta alrededor del 8% del PIB en servicios de salud– se ubica en el lugar 18.

La siguiente sección muestra una descripción detallada de las características de algunos de los sistemas de salud por región, así como de los mejor posicionados de acuerdo a su nivel de desempeño.

## 5.2. Sistemas de salud en América Latina

Los sistemas de salud de América Latina presentan características que los hacen diferentes entre sí en cuanto a resultados, estructuras de organización y financiamiento. En lo que a este último punto se refiere, los sistemas de salud de la región se financian de dos fuentes principalmente (Maceira et.al., 2004):

- i) impuestos directos, recaudados por los gobiernos nacionales y
- ii) contribuciones de trabajadores y empleadores al aseguramiento social.

Un estudio llevado a cabo por la Cepal en 2005 señala que los principales problemas que presenta la atención médica en América Latina se relacionan con la precariedad institucional de la salud pública, así como con la falta de equidad y eficiencia de los sistemas de salud. En segundo orden de importancia, la baja calidad y la ineficiencia de los servicios es un tema prioritario. Otro inconveniente que enfrentan los sistemas de salud de América Latina son los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras. Asimismo, en buena parte de los países de América Latina no existe aseguramiento público masivo en materia de salud. Por tales razones, la sustentabilidad financiera y el costo de la red institucional y de los servicios de salud es un tema preocupante (Arriagada et. al., 2005).

Con el fin de mejorar los sistemas de salud, a partir de los años ochenta la mayoría de los países de América Latina implementaron reformas a este

sector. Cabe destacar que algunas de estas reformas favorecieron la participación del sector privado en la provisión de servicios. Como resultado de este proceso, en varios países se han creado administradoras de fondos y redes de proveedores privados para la atención de los más pobres. Este proceso se desarrolló bajo la idea de que era necesario fortalecer la capacidad reguladora de los estados para garantizar la provisión universal de un paquete de prestaciones a toda la población. Otro aspecto común a las reformas en los distintos países fue la descentralización de los establecimientos públicos, la separación del financiamiento y la provisión pública, así como el impulso a la participación social. Un ejemplo es el programa Plan Auge en Chile, el cual se describe con detalle más adelante.

En la actualidad, si bien la mayoría de los países están avanzando hacia la creación de un paquete básico universal que garantice los servicios de salud, las autoridades sanitarias señalan que siguen existiendo desigualdades en diferentes ámbitos. La falta de coordinación y articulación entre los distintos subsectores proveedores de servicios de salud, generan una heterogénea oferta de coberturas que impide el uso eficiente de recursos y la equidad en el acceso a los servicios (Arriagada et. al., 2005). Adicionalmente, existen otros problemas como la indefinición del modelo de prestaciones, la fragmentación e inefficiencia en el uso de los recursos, el insuficiente financiamiento asignado a la prevención, la diversidad en la calidad de los servicios, y la débil planificación en materia de recursos humanos y de regulación de tecnologías. (Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina, 2004). A pesar de este panorama, vale la pena destacar algunos casos en cuanto al desempeño de los sistemas de salud.

#### a) Sistema de salud en Colombia

De acuerdo con la OMS (2000) el desempeño del sistema de salud colombiano es el mejor de América Latina. Esto se debe básicamente a que se ha logrado ampliar la cobertura en salud de manera significativa y se ha mejorado la calidad de los servicios. Anterior a la reforma de 1993, el sistema de salud colombiano era operado bajo el Sistema Nacional de Salud con un esquema de subsidios a la oferta de servicios. Bajo este régimen, los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país. Sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral de salud a la población de bajos recursos. En este sentido, la reforma de 1993 buscó la universalidad del aseguramiento. Su principal objetivo era crear un sistema de salud en el cual se cambiara el concepto de asistencia pública por el de previsión. Los subsidios no irían directamente a la institución sino a los individuos. Ello, con el fin de que la población eligiera libremente a la entidad de previsión, lo cual contribuiría a la libre competencia para promover la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

Las instituciones entre las que puede elegir la población reciben el nombre de Entidades Promotoras de Salud (EPS)<sup>12</sup> y a los trabajadores se le entrega un

---

<sup>12</sup>Las EPS, las cuales reciben aportaciones de los trabajadores y recaudan los subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- para los más pobres, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios que los producen, son las dos entidades ejecutoras.

plan de servicios llamado Plan Obligatorio de Salud (POS). De esta manera, si éstos requieren de un servicio no prioritario pagan un plan adicional denominado Plan Complementario, que puede ser provisto por cualquier EPS. El POS se paga a través de un valor fijo denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC) establecido previamente.

Con esta reforma se incrementó de manera importante la cobertura de afiliación, pasando del 22% en 1993 al 53.76% en el 2000. Por su parte, la universalidad se busca mediante dos regímenes: el contributivo para aquellas personas que tienen un contrato formal de trabajo sin importar su nivel de ingreso (la cuota equivale a 8% del salario, que es cuberto por el empleador, y un 4% que cubre el empleado) y para quienes trabajan de manera independiente con más de dos salarios mínimos de ingresos, la cuota equivale a 12% de su salario) y el subsidiado para la población más pobre y sin capacidad de pago financiado por el estado y por los trabajadores cotizantes de más altos ingresos.

Si bien la cobertura aumentó significativamente a partir de la reforma, no se ha logrado alcanzar las metas de cobertura universal esperadas. Entre los factores que explican esta falta de cumplimiento destacan la demora de la entrada en operación del régimen subsidiado, la evasión, morosidad y subdeclaración de ingresos en el régimen contributivo y un gasto público insuficiente. Estos factores han debilitado la capacidad financiera del sistema para expandir la afiliación entre los pobres.

#### b) Sistema de salud en Chile

Chile es el país de América Latina que muestra los mejores indicadores básicos de salud, ejemplo de ello ha sido el aumento en la esperanza de vida y una disminución en la mortalidad infantil. De manera general, el sistema de salud chileno es un sistema mixto que se compone del sistema público (Fondo Nacional de Salud-FONASA) y el sistema privado (Instituciones de Salud Previsional-ISAPRES). Cabe señalar que las personas de mayores ingresos suelen afiliarse a un sistema de primas ajustadas por riesgos y las personas de menores ingresos optan por primas solidarias o de reparto. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden, tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su ingreso al sistema de salud. Este pago puede ser para FONASA o para una ISAPRE. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada, la cual depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del afiliado. Por su parte, los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, quienes están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. Esta modalidad requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de

ingreso, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. Por su parte, en la modalidad de libre elección, los cotizantes reciben atención de prestadores privados y se requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) es parte de la mayor Reforma a la Salud de los últimos 50 años en Chile. Su objetivo principal es garantizar atención oportuna, de calidad y sin costos para todas las personas, sin discriminación de edad, género o capacidad de pago.

#### **Tabla 14. El Plan AUGE en Chile**

En el año 2003, el Gobierno de Chile implementó el Plan AUGE con el fin de establecer garantías en materia de salud; enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios demográficos; disminuir las inequidades en salud y proveer servicios acordes con las expectativas de la población. Asimismo, el Plan AUGE se ha diseñado para garantizar la atención de las principales causas de mortalidad con tiempos de espera definidos por ley, copagos para proteger financieramente a las familias y estándares de calidad homogéneos (independientes del nivel de ingreso de las personas). Para cada enfermedad se estableció un protocolo de atención, especificando el tratamiento y costos.

Las garantías contempladas son:

- Garantía de acceso. Todos los individuos deberán recibir atención y formar parte de una red de salud en su lugar de residencia.
- Garantía de oportunidad. Habrá un límite máximo de tiempo para asegurar la primera atención y la atención post diagnóstico.
- Garantía de calidad. Las prestaciones seguirán patrones preestablecidos y construidos a partir de evidencia médica.
- Garantía de cobertura financiera. El copago máximo del usuario no será mayor al 20% del costo de la atención integral de las 56 enfermedades cubiertas. Asimismo, el monto total que deberá financiar no será mayor al ingreso mensual familiar en un año. El Estado, a través de aportes fiscales directos y los cotizantes con mayores ingresos (bajo una modalidad solidaria) concurrirán al financiamiento de quienes no pueden hacerlo. En el caso de que se requieran medicamentos para tratamientos ambulatorios, se garantiza una cobertura financiera (20% de arancel de referencia). Los exámenes de medicina preventiva deberán ser proporcionados sin costo por la institución de salud previsional respectiva (ISAPRE) a todos sus afiliados.

El Plan AUGE beneficia a todas las personas, independientemente de si son cotizantes en el sistema público o en el privado, en tanto que los que no son cotizantes se benefician del aporte estatal.

Fuente: Mesa-Lago, Carmelo. (2005). "Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social". Documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

El nivel de cobertura que se alcanza en Chile es de alrededor del 88%. Según datos de FONASA, el gasto público en salud aumentó – como porcentaje del PIB– de 2% en el año 1990 a 3% en el año 2002. Por otra parte, luego de la creación de las ISAPRE en 1983, el gasto público se mantuvo más o menos constante a través del incremento de cotizaciones, pero también a través de la

introducción del copago en la modalidad institucional ajustado a los ingresos de las familias (Vergara-Iturriaga y Martínez-Gutiérrez, 2006).

A pesar de que el sistema de salud público en Chile garantiza el acceso a los servicios de salud tanto para cotizantes como para no cotizantes, la calidad ofrecida en el sector público es mucho menor que en el sector privado. La demora y el difícil acceso a los servicios de salud en casos de complejidad se pueden relacionar con la exclusión y la inequidad en la provisión de la salud pública (Pizarro, 2007). Por su parte, el Ministerio de Salud también reconoce que existen grandes desigualdades en la situación de salud debido a la diversidad de estratos socioeconómicos, género y nivel geográfico.

### **5.3. Sistemas de salud en Estados Unidos y Canadá**

Resulta relevante analizar los sistemas de salud de Estados Unidos y Canadá porque, a pesar de que no obtuvieron puntajes elevados en el estudio de desempeño de la OMS, (2000), son los países del continente americano más desarrollados y cuentan con indicadores de salud similares a los que presentan los países europeos.

El sistema de salud de Estados Unidos sigue un esquema de mercado con escasa participación estatal y una fuerte participación del sector privado entre los agentes de financiamiento y los prestadores médicos. Los dos programas públicos de alcance nacional son: *Medicare* (para mayores de 65 años, discapacitados y personas con insuficiencia renal crónica) y *Medicaid* (para personas de bajos ingresos). Asimismo, hay un Plan de Salud para Empleados Públicos, denominado *Federal Employees Health Benefit Plan (FEHBP)*, que da cobertura a todos los empleados del gobierno federal, estados y municipios. *Medicare* consta de dos partes. La primera (seguro de internación hospitalaria) se financia con impuestos a la nómina salarial: 1.45% del aporte del trabajador y 1.45% de contribución patronal. La segunda parte (servicios ambulatorios) se financia mediante impuestos generales para cubrir el 75% de lo presupuestado, mientras que el 25% se financia mediante primas que abonan los beneficiarios. Por su parte, el programa *Medicaid* se financia entre el gobierno federal y los gobiernos estatales. La fuente de financiamiento son impuestos generales ingresados por los respectivos gobiernos (Maceira et. al., 2004).

Por otra parte, el sistema de salud de Canadá es único, público y descentralizado. Está conformado por 13 subsistemas en donde cada provincia ejerce la jurisdicción completa de su sistema sanitario, respetando normas nacionales fijadas por la ley. El sector privado únicamente otorga los servicios que el gobierno no da, ya que la competencia público-privada está prohibida. El financiamiento proviene fundamentalmente de impuestos generales recaudados por el gobierno central y transferido a las jurisdicciones a través de la Dirección General de Transferencias para Salud y Programas Sociales. Sin embargo, cada territorio puede generar sus propios impuestos para cubrir los costos de sus sistemas (Maceira et. al., 2004).

### **5.4. Sistemas de salud en Europa**

Los países de Europa occidental dan acceso universal a un amplio paquete de servicios de salud, basado en los principios de equidad, eficiencia y subsidiariedad. Existen dos esquemas principales bajo los cuales se conforman los sistemas de salud europeos: i) sistema nacional financiado con impuestos e ii) instituciones de aseguramiento social cuyos fondos pueden ser independientes del Estado. Como ejemplo del primer caso se encuentra el Reino Unido que, por medio del NHS, otorga de manera centralizada servicios de salud a la población, los cuales son financiados mediante impuestos generales.

#### Tabla 15. El National Health System del Reino Unido

En el sistema de salud del Reino Unido el sector público diseña, administra y provee los servicios de salud de manera centralizada. El NHS tiene tres características fundamentales:

i) universal e igualitario (todo ciudadano tienen derecho a los servicios independientemente de su condición laboral), ii) gratuito, y iii) financiado con impuestos generales. El NHS se financia mayoritariamente (82%) con impuestos. El 2.1% de los ingresos provienen de copagos y el resto son pagos directos de extranjeros y de la venta de servicios a seguros privados. El papel de los seguros privados se limita a dar cobertura complementaria a la del NHS. Sin embargo, su crecimiento ha sido notorio, lo que es un reflejo de las largas listas de espera que padece el sistema.

#### Proceso de Reforma

En los años noventa se llevó a cabo una reforma del sistema, basada en el “*Working for Patients*”. La reforma introdujo un esquema de mercado al interior del NHS con el fin de incentivar la calidad y la eficiencia del sistema. A partir de ello, se separaron casi completamente la demanda de la oferta de la siguiente manera:

Demanda	Oferta
<p>Se entregó a grupos de médicos generales (GP) un presupuesto global por su cartera de pacientes para que administraran la compra de los servicios necesarios. También se asignó a las autoridades distritales (DHA) un presupuesto fijo en función de la población a su cargo para la compra de los servicios no administrados por los GP.</p>	<p>Los hospitales del NHS se convirtieron en entidades autónomas (<i>self-governing trusts</i>) vinculadas al Ministerio de Salud e independientes de las autoridades del distrito. Se financian mediante la venta de servicios a las autoridades distritales o seguros privados.</p>
<p>Los GP se contratan individualmente con el NHS, aunque las condiciones y honorarios son negociados entre la Asociación Médica Británica y el Ministerio de Salud. En principio, el GP recibe un monto mensual por pago a cada paciente registrado, una suma fija en concepto de gastos de consultorio y un pago variable por ciertas prácticas, tales como partos, vacunaciones y pequeñas prácticas especializadas de consultorio. Los especialistas son asalariados de los hospitales.</p>	

Fuente: Maceira, D., Barbieri, E. y Lignelli, B. “Gasto, Organización y Resultados en Salud. Américas y Europas”. Buenos Aires: Cedes, 2008.

Por otro lado, el esquema alemán se basa en 396 cajas de salud obligatorias, administradas por mayorías sindicales y financiadas mediante contribuciones de los trabajadores y empleadores. El modelo alemán o *Bismarck* –adoptado

en Francia y Bélgica- se basa en el principio de los seguros. La protección en salud está asociada a la condición laboral y está financiada por las aportaciones sociales. Los gastos de la atención sanitaria se cubren con los seguros de enfermedad, cuya gestión está centralizada (Francia) o regionalizada (Alemania). La principal característica de este sistema es el carácter obligatorio de los seguros. La oferta de la asistencia sanitaria es por lo general mixta (público y privado). El principal problema con este sistema tiene que ver con los déficits de los seguros de enfermedad. Por su parte, el sistema de salud en algunos países escandinavos (Suecia, Finlandia y Dinamarca) está financiado por medio de ingresos fiscales y cuenta con cobertura y acceso universal a la atención médica. En este sistema el paciente paga una tarifa única (*forfait*) que cubre todos los cuidados médicos y hospitalización.

Por su parte, en Europa oriental los sistemas de salud son universales, gratuitos y con gestión centralizada. Las condiciones de adaptación requeridas para la entrada en la Unión Europea han llevado a estos países a reformar sus sistemas de salud en varias direcciones: el fortalecimiento de la descentralización, la búsqueda sistemática de la eficiencia, promoción de la competencia entre los proveedores, rendición de cuentas de los actores, así como la creación de un seguro de enfermedad.

En Europa meridional se usan los sistemas mixtos de seguro de enfermedad. En países como España, Italia, Portugal y Grecia los sistemas de salud funcionan con régimen de seguridad social (tipo *Bismarck*), pero las reformas emprendidas se basan en la descentralización, en particular en España e Italia. En España, existe un servicio de salud universal gratuito en donde el financiamiento por medio de impuestos es del 100% (Califano, 2007). El sector privado proporciona un parte importante (25% de los procedimientos médicos hospitalarios). En Italia, desde 2004 las regiones se han convertido en las únicas responsables del equilibrio presupuestario, lo que ha llevado a un acceso desigual a la asistencia sanitaria de los ciudadanos.

#### a) Sistema de salud en Francia

En un primer informe publicado en 2000, la OMS clasificó el sistema de salud francés en el primer lugar de un total de 191 países. El sistema de salud francés es mixto (público y privado) con un financiamiento mutualizado, es decir, los gastos de salud no son directamente absorbidos por los pacientes, sino asumidos (bajo la forma de reembolso o de adelantamiento de gastos) por el seguro de enfermedad obligatorio. Los organismos de seguro de enfermedad se financian con las cotizaciones basadas en los salarios y en los rendimientos financieros. El Estado, como principal actor de la salud, tiene un papel directo en el financiamiento y en la producción de asistencia médica. Además, controla las relaciones entre las instituciones de financiamiento, los enfermos y los profesionales de la salud.

La afiliación a un régimen de seguro de enfermedad es obligatoria. La protección social contra los riesgos de salud es esencialmente asumida por el seguro de enfermedad y gestionada por el Estado. En Francia la instauración del seguro de enfermedad se lleva a cabo por varios regímenes. El más

importante es el régimen general de la seguridad social. Éste último cubre a los asalariados de la industria del comercio y de los servicios, así como a sus familias (alrededor de 80% de la población).

Para el caso de enfermedades graves, maternidad o accidentes de trabajo, los gastos se cubren en su totalidad o casi en su totalidad. En el resto de las eventualidades, el seguro de enfermedad reembolsa una parte de los gastos (varía según la prestación), mientras que la otra parte la debe pagar el enfermo (conocida como *ticket modérateur*). Cabe señalar que se han ido instaurando progresivamente sistemas complementarios de cobertura de salud para asumir la totalidad o parte de los gastos a cargo de los pacientes. Existen tres tipos de seguros complementarios: 1) las mutuas, aparecidas a finales del siglo XIX, las cuales actualmente cubren a 40 millones de personas; 2) las compañías de seguro privadas; y 3) los organismos de previsión. En ocasiones el seguro complementario es demandado por la empresa, en este caso, la cuota se comparte entre el empleado y el empleador.

Por último, la Cobertura Universal de Enfermedad (CMU) permite a los más pobres beneficiarse de la protección de enfermedad de la seguridad social. La CMU cubre dos categorías de beneficiarios: 1) las personas que carecen de todo derecho al seguro de enfermedad o que han agotado los derechos a dicho seguro y 2) las personas que se benefician de una cobertura de salud con el seguro de enfermedad, pero cuyos bajos ingresos no les permiten conseguir un seguro complementario de salud. Se trata entonces de CMU complementaria (CMUC). Los beneficiarios de escasos recursos tienen derecho automáticamente a la CMU. Ésta última cubre alrededor de 4.3 millones de personas.

#### b) Sistema de salud en Noruega

La institución encargada de diseñar y supervisar las políticas nacionales de salud es el Ministerio de Salud y Atención Ciudadana. El sistema de salud noruego es mixto (público y privado). En el subsistema público, Noruega cuenta con un Sistema de Salud Público y con un Sistema de Seguridad Social Estatal. El primero se financia con los impuestos de los salarios y es para toda la población. Los municipios son los responsables de la atención primaria, mientras que los condados proporcionan los servicios de salud especializada. El sistema de salud noruego es descentralizado, ya que muchas de las responsabilidades las llevan a cabo las municipalidades.

El Sistema de Seguridad Social se rige a través del Plan de Seguridad Social Estatal. Todos los ciudadanos noruegos y los trabajadores independientes pueden afiliarse a este sistema. Éste, se financia por medio de cuotas de afiliación de los trabajadores, trabajadores autónomos y otros asegurados, así como contribuciones de empresarios y aportaciones del estado. Cabe señalar que los noruegos tienen la opción de dejar el sistema gubernamental de salud y pagar un seguro privado. Se estima que unos 200 mil habitantes tienen pólizas privadas, lo cual muestra un incremento del 55% desde 2007 (Sanderson, 2010). Un número significativo de personas utilizan los servicios privados para evitar las largas listas de espera en los hospitales o recibir tratamiento especial

como cirugía plástica. El estado puede llegar a contratar servicios privados para satisfacer la demanda, en este caso, el servicio es gratuito o subsidiado para los pacientes. Los servicios de emergencia no tienen costo para los ciudadanos, independientemente de su sistema de salud.

A pesar de que el sistema de salud noruego se reconoce como uno de los mejores, tiene algunas limitaciones relacionadas con la falta de coordinación entre las entidades para enfrentar ciertos problemas como el envejecimiento, enfermedades crónicas, abuso de sustancias, desórdenes mentales, entre otros.

#### **Tabla 16. Financiamiento de los sistemas de salud en Europa**

De acuerdo con Maceira et. al (2004), existen tres formas principales de financiamiento de los sistemas de salud europeos:

- h) Financiamiento público mediante impuestos generales;
- i) Financiamiento público basado en un seguro social obligatorio (conocido como el modelo *Bismarck*); y
- j) Financiamiento privado mediante aseguramiento voluntario o como complemento para cubrir algunos cuidados de la salud.

### **5.5. Sistemas de salud en Asia**

De acuerdo con Ron (2003), la región de Asia y el Pacífico se encuentra en un momento crítico para lograr una mejora en la salud de la población. Según esta autora, la reciente crisis económica y la reducción del gasto público impactaron negativamente la provisión de servicios de salud en algunos países de la región. Cabe mencionar que los cambios más importantes se relacionan con la transferencia de los servicios a compañías privadas. Asimismo, se han intentado fortalecer las funciones del gobierno a través de los ministerios de salud, particularmente, mediante mejores procesos de planificación y la disponibilidad de información válida y confiable.

#### a) Sistema de salud en Japón

El sistema de salud japonés se encuentra entre los más destacados del mundo y el mejor posicionado de la región asiática. Éste ofrece cobertura universal a todos sus residentes a través de tres tipos de seguros: i) seguro para los trabajadores; ii) seguro nacional; y iii) seguro para los ancianos. Estos seguros son financiados por el gobierno nacional, por empleadores privados y los pagos individuales de coaseguro. En Japón, los servicios se proporcionan a través de hospitales públicos nacionales, regionales o través de hospitales y clínicas privadas (los pacientes tienen acceso universal a cualquiera de ellos). Sin embargo, debido a la gran demanda de hospitales y médicos, se presentan en ocasiones problemas de disponibilidad en algunas regiones.

Las principales prestaciones bajo el sistema de atención médica comprenden las consultas, los medicamentos, cirugías y otros tratamientos. Los gastos de atención médica se registran de acuerdo a un sistema de clasificación

determinado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social. Por su parte, las cantidades que se pagan por los medicamentos concuerdan con los estándares de precios determinados por el Ministerio, las cuales se hacen coincidir en la medida de lo posible con los precios del mercado.

La Ley del Seguro de Salud proporciona un sistema de tasas fijas para las prestaciones. Con un beneficio para el asegurado equivalente al 90% del gasto médico incurrido, éste por su parte responde por el 10% restante. Cabe señalar que existen sistemas distintos del Plan Nacional del Seguro de Salud para los trabajadores asalariados, los campesinos, los empresarios independientes y otros. Tal es el caso de las Asociaciones de Ayuda Mutua para servidores públicos nacionales y locales y del Programa de Seguro de los Marineros, todos con beneficios similares a aquellos proporcionados por el Plan Nacional del Seguro de Salud.

### **5.6. Experiencias de inclusión de trabajadores informales a la protección social en salud.**

Uthoff (2008) desarrolla un análisis comparativo de las experiencias internacionales en relación a la inclusión de trabajadores informales a los servicios de salud. Este autor señala que, en la mayoría de los países europeos, se da prioridad a políticas relacionadas con la capacitación de los trabajadores (innovación y aprendizaje). Esto con el objetivo de facilitar la adaptación a los cambios de la demanda del mercado laboral. Asimismo, se legisla para limitar el uso de contratos atípicos, también se desarrollan seguros de desempleo con componentes de financiamiento público solidario, condicionado a la búsqueda de alternativas de capacitación y trabajo. En los programas de pensiones, salud y desempleo se opta por integrar los sistemas públicos y de aseguramiento mediante financiamiento no contributivo para mejorar la cobertura, esto para establecer beneficios mínimos garantizables y mejorar los incentivos a la afiliación. Algunos de los casos que describe este autor son:

- Dinamarca: Seguro de desempleo universal y combinación con políticas activas de oferta de trabajo y capacitación de los trabajadores.
- Brasil: Sistemas integrados de salud sin aportes contributivos financiado con aportes generales e impuestos específicos.
- Costa Rica: Sistema integrado de salud con aportes contributivos. Este sistema es universal con aportes y subsidios progresivos.
- Colombia: Sistema integrado de salud con regulación de la diferenciación de cobertura según aporte contributivo.
- Chile: Es un sistema dual con acceso a un seguro público o privado. Para cumplir con los derechos a la salud universal se definen paquetes de garantías explícitas universales que se ofrecen a la población, independientemente de su riesgo e ingreso.
- México: Subsidios a la demanda para seguros de salud (programa IMSS-Oportunidades y Seguro Popular).

Del análisis comparativo de las experiencias del desempeño de los servicios de salud de distintos países del mundo, se observa que existe una clara relación

entre elevados niveles de pobreza y resultados de salud poco satisfactorios. Asimismo, se observa que en los países desarrollados que tienen mejores indicadores de salud a nivel mundial, los sistemas de salud se caracterizan por tener cobertura universal, amplia participación del sector público en el financiamiento, organización y prestación de servicios.

Por el contrario, en América Latina las limitaciones financieras del sector público hacen que un porcentaje importante de la población busque atención médica en el sector privado. Es decir, el sector privado se desarrolla debido a la falta de efectividad del sector público, en este sentido cuanto mayor es la falta de calidad y efectividad pública, mayor es el gasto de bolsillo. Derivado de la evaluación de la OMS (2000), se observa que los sistemas que emplean mecanismos como los seguros médicos o la financiación de la salud pública vía impuestos, obtienen mejores resultados (Murray, 2000). Adicionalmente, se observa que en la mayoría de los países que tienen un sistema de salud relativamente más eficiente se hicieron reformas en pro de la descentralización. Asimismo, en países como Noruega o Dinamarca se pone especial interés en la calidad del servicio incluyendo el trato adecuado. Para ello, implementaron medidas de capacitación del personal y evaluación de su desempeño.

A continuación se presenta una Tabla de los sistemas de salud más eficientes en donde se señalan algunas de sus principales características:

**Tabla 17. Características de los sistemas de salud más eficientes.**

Característica	Países
<b>Amplia participación del sector público en el financiamiento</b>	Reino Unido, Suecia, Dinamarca , Colombia, Canadá, Noruega, Japón y Francia
<b>Sistema mixto de financiamiento (público y privado)</b>	Chile
<b>Financiamiento vía impuestos generales</b>	Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Canadá y Suecia
<b>Financiamiento vía contribuciones de trabajadores e impuestos</b>	Chile, Colombia, Francia, Alemania y Japón
<b>Sistema mixto (público y privado) en la provisión de servicios</b>	Estados Unidos, Holanda, Chile, Colombia y Canadá
<b>Cobertura universal e igualitaria</b>	Chile, Colombia, Canadá, Reino Unido, Noruega, Japón, Suecia, Holanda, Alemania, Dinamarca y Francia
<b>Políticas para mejorar la calidad y satisfacción con el servicio</b>	Japón, Dinamarca y Noruega
<b>Descentralización</b>	Chile, Colombia, Canadá, Holanda, Noruega, Suiza y Suecia

## 6. Impacto del Seguro Popular en la economía informal

El impacto del SP sobre el empleo informal es un tema que recientemente ha sido abordado en distintos ámbitos. En esta discusión, es fundamental tener presente que la informalidad existe desde tiempo atrás y surge a partir de la dinámica del desarrollo económico y de la exclusión de ciertos grupos de dicho desarrollo (Chen, 2007). La informalidad se mantiene a través del tiempo con la existencia de instituciones cuyos objetivos apuntalan la brecha entre lo formal y lo informal, siendo en muchos casos la misma ley quien delimita esta frontera (Chen, 2007). El ejemplo más claro de lo anterior es la creación del IMSS, cuya población objetivo son los trabajadores asalariados (empleo formal). Este arreglo, surge de la creencia de que la actividad económica informal era un fenómeno pasajero y de bajo impacto. Por esta razón, desde su origen la Ley del Seguro Social no contempló al trabajo informal. Es así como Santiago Levy (2008) utiliza justamente el criterio de afiliación al IMSS para diferenciar a los trabajadores formales de los informales, mismo que sirve de base para este análisis.<sup>13</sup>

Este capítulo presenta los resultados generados a partir del análisis de microdatos y tiene como objetivo ubicar elementos que validen la hipótesis de que el SP genera incentivos para que los negocios y/o trabajadores operen en la informalidad. De la misma manera, el análisis considera la hipótesis de que el exceso de regulación y costos del IMSS tienen un impacto sobre la informalidad. Para obtener los resultados finales se combinaron elementos cuantitativos y cualitativos. En este sentido, el análisis cualitativo se lleva a cabo a partir del levantamiento de la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular diseñada y levantada por Fundación Ethos. Ésta se compone de dos cuestionarios: el de negocios y el de beneficiarios del SP.

La encuesta de negocios va dirigida a los dueños de pequeños establecimientos cuyos trabajadores están afiliados al IMSS, al SP o a diferentes esquemas de salud.<sup>14</sup> Esta encuesta capta la percepción de los microempresarios sobre distintos esquemas de salud y la manera en que éstos afectan su actividad económica. La información obtenida permite identificar las preferencias de los actores involucrados en su decisión de operar dentro o fuera de la informalidad, medido a través de la afiliación de sus trabajadores al IMSS o al SP. Por su parte, la encuesta para beneficiarios del SP contiene preguntas que captan la preferencia de los encuestados por acceder a determinados esquemas de salud. En concreto, se pregunta si cambiarían la

<sup>13</sup> Recordemos que la definición de informalidad es compleja, ya que puede ser subjetiva y asociada a un contexto específico. En México la afiliación a la SHCP no es suficiente para garantizar la formalidad de un negocio o empresa. La afiliación al IMSS resulta un criterio más claro, ya que si un negocio está afiliado al IMSS seguramente está registrado ante la SHCP, pues los requisitos del IMSS son más estrictos y, por lo tanto, muy probablemente otorgará a sus trabajadores las prestaciones legales mínimas contempladas en la Ley, es decir, aquellas que definen a un trabajador formal. No cabe duda que el definir informalidad a partir de la afiliación al IMSS deja de lado un universo muy amplio de trabajadores que podría ser también argumentable. Para mayor detalle conceptual de la economía informal referirse al Capítulo 2.

<sup>14</sup> Existen varios negocios que cuentan con IMSS para todos sus trabajadores; otros que otorgan IMSS sólo a una parte de su nómina y algunos otros en los que ningún trabajador tiene IMSS. Los trabajadores que no cuentan con seguridad social pueden estar afiliados por su cuenta al SP o a ningún sistema y hacer uso de consultas privadas cuando lo necesiten.

afiliación al SP por la del IMSS en caso de que pudieran hacerlo. Dicha información nos muestra si existen individuos que prefieren mantenerse en la informalidad (con el SP), a pesar de tener la posibilidad de acceder a un esquema de seguridad social como la del IMSS (sector formal). El levantamiento de encuestas a beneficiarios del SP también proporciona información acerca de los logros y debilidades del Programa, así como de la disposición a pagar por un sistema “ideal” de salud y de las características con las que dicho sistema de salud debería contar. Este análisis complementa los elementos que sirven de base para las recomendaciones de política que se presentan en esta investigación.

Resulta importante mencionar que el análisis cuantitativo se basa en el estudio de los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Los datos de dicha encuesta permiten ubicar a la población ocupada que ha migrado del IMSS al SP de un año a otro. La ENOE, al ser una encuesta representativa a nivel nacional y tipo panel,<sup>15</sup> nos deja conocer la magnitud en que los resultados observados en el trabajo cualitativo son aplicables.

## 6.1. Encuestas a negocios

En este primer apartado se presentan los resultados derivados del análisis de la información de la encuesta a negocios. La encuesta se aplicó a 48 dueños (encargados) de micronegocios distribuidos en 20 localidades del país, de las cuales el 33% son urbanas, el 44% rurales y el resto pertenecen a zonas semiurbanas.<sup>16</sup>

En este levantamiento, parte del trabajo de campo consistió en ubicar la existencia de pequeños negocios que operan bajo distintos esquemas de seguridad social o de salud. De esta manera, se ubicaron tres tipos de negocios que, de acuerdo a la afiliación de sus trabajadores al IMSS, se definen como formales, informales o semiforiales:

- 1. Negocios formales**-todos los trabajadores están afiliados al IMSS por cuenta del negocio.
- 2. Negocios informales**- ningún trabajador está afiliado al IMSS por cuenta del negocio.
- 3. Negocios semiforiales**- sólo una parte de los trabajadores cuenta con IMSS.

Acorde con el criterio de formalidad adoptado, el 44% de los negocios encuestados son formales, el 35% informales y el 21% restante semiforiales. De estos últimos, el 46% de los trabajadores están registrados en el IMSS, 24% están afiliados al SP por cuenta propia y el 30% restante no cuenta con cobertura en salud. Finalmente, en los negocios informales, el 47% de los trabajadores están afiliados al SP por cuenta propia, el 32% cuenta con servicios del IMSS por cuenta propia (es decir no son una prestación del negocio donde labora) y el 22% no cuentan con ningún sistema de salud. Cabe

<sup>15</sup> La ENOE es una encuesta trimestral tipo panel cuya unidad básica de selección es la vivienda y en donde la observación y seguimiento se hace sobre los hogares. Su levantamiento se lleva a cabo trimestralmente en una muestra de viviendas dividida en paneles. En cada periodo se reemplaza un panel de manera rotativa, así cada panel en muestra permanece como tal durante cinco trimestres consecutivos.

<sup>16</sup> La metodología del trabajo de campo, así como los cuestionarios aplicados a los micronegocios se presentan en el Anexo 4 de este documento.

mencionar que los encuestados que carecían de sistema de salud por lo general acuden a servicios privados como consultorios médicos o farmacias de similares.

En promedio, los negocios encuestados tienen 6.1 trabajadores, sin embargo destaca que los negocios formales cuentan con el mayor número de trabajadores. Estos datos confirman que la informalidad permite la operación de negocios pequeños y con estructuras simples, tal y como se mencionó en el Capítulo 2.

### ***Opinión de los dueños de pequeños negocios acerca del IMSS como esquema de seguridad social***

En general, los dueños de los negocios opinan que las cuotas del IMSS son altas en relación al nivel de ingresos y salarios, lo que provoca disminuciones de las ganancias de los negocios y/o del ingreso disponible de los trabajadores. Por otra parte, el hecho de que muchos de los negocios enfrenten aumentos o disminuciones de sus ventas a lo largo del año debido a factores cíclicos, tales como cambios en la demanda por sus productos (negocios en zonas turísticas) o por cambios estacionales en el abasto de las mercancías (negocios que venden productos agrícolas) orilla a muchos microempresarios a hacer ajustes en la estructura de los costos con el fin de sobrellevar la situación durante todo el año. Una práctica común es el despido de trabajadores o la contratación de trabajadores eventuales. En estos casos, el 86% de los dueños de los negocios formales afirma que la regulación del IMSS no permite hacer este tipo de ajustes debido a la inflexibilidad de los contratos. Estos resultados indican que el IMSS puede generar que negocios y trabajadores busquen evadir este esquema.

**Tabla 18. Afiliación, facilidad de pago y flexibilidad en el IMSS**

<b>Negocios Formales</b>
El 70% de los negocios formales afirma que la afiliación al IMSS es muy costosa y que disminuye el nivel de ganancias y salarios de manera considerable.
El 86% de los negocios formales afirma que el IMSS no da flexibilidad para hacer ajustes en su nómina de acuerdo con temporadas bajas y altas durante el año.
El 67% de los negocios formales afirma que se enfrenta a la necesidad de querer hacer ajustes año con año.
<b>Negocios Semiformales e Informales</b>
El 90% de los negocios semiformales afirma que la afiliación al IMSS es muy costosa y que disminuye el nivel de ganancias y salarios de manera considerable.
El 70% de los negocios semiformales puede pagar el IMSS para una parte de su nómina, mientras que el 30% restante tiene que realizar ajustes (despidos o contratación eventual) durante el año.

Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para negocios, 2010.

El alto costo del IMSS se relaciona con la manera en que el instituto otorga los servicios a los trabajadores. Es decir, los trabajadores pagan por un paquete de seguridad social que otorga diversos servicios y prestaciones, independientemente de que sean usadas o no: seguro de salud, seguro de invalidez, guarderías, pensión para el retiro, acceso a centros deportivos y culturales, créditos para la vivienda, entre otros.

Con el fin de determinar si es factible conceder un mínimo de servicios para los trabajadores en lugar del “paquete completo”, se preguntó a los dueños de los negocios que indicaran cuáles servicios eran los que más valoraban. Sin duda, los servicios más utilizados del IMSS son los médicos, lo cual fue corroborado por el 99% de los encuestados. Sin embargo, el 40% de los encuestados dijo que el servicio de guarderías no lo usaban y el 20% no ocupaba el INFONAVIT. Cabe destacar que un porcentaje importante (20%) de los encuestados afiliados al IMSS recurren a servicios particulares de salud, ya que no valoran los servicios que presta el IMSS.

Algunos comentarios de los dueños de negocios en torno a los servicios del IMSS:

- *Los costos aumentan mucho y no se pueden sostener durante todo el año.* – Umán, Yucatán.
- *Tener que pagar la cuota implica pagarle menos a los empleados.* – Pueblo Nuevo, Tabasco.
- *Mis empleados y yo como patrón estamos protegidos y con derecho a pensión.* – Cd. Valles, San Luís Potosí.

De los resultados se desprende que podría existir un esquema intermedio de seguridad social en donde se pague menos por una menor cantidad de servicios. En este sentido, sería obligatorio pagar por un mínimo de servicios básicos y no por todos los servicios, evitando pagar por aquellos que no se utilicen.

**Tabla 19. Servicios más valorados del IMSS**

<b>El más valorado</b> El 86% de los negocios que utilizan el IMSS valora más el servicio de medicina familiar (consulta, vacunas y medicamentos, medicina preventiva, análisis y estudios, parto y salud reproductiva y servicios dentales), así como los servicios de urgencias y especialidades.
<b>En segundo lugar</b> Las pensiones con 45% de los negocios encuestados.
<b>No valorados</b> El 37% afirma que el servicio del IMSS que menos valoran es el de guarderías.

Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para negocios, 2010.

#### **Opinión de los dueños de pequeños negocios acerca del Seguro Popular**

La principal ventaja que ven los dueños de los negocios en el SP tiene que ver con la disminución de costos que este esquema de salud representa. Cabe mencionar que esta opinión es independiente del grado de formalidad de los negocios. Asimismo, se observa una percepción negativa entre los dueños de los negocios acerca de los servicios ofrecidos, ya que este es el principal factor para no afiliarse, particularmente si se trata de dueños de negocios formales. Destaca que para los dueños de los negocios semiformales la percepción de que el SP brinda malos servicios no es tan alta respecto a la de los negocios formales e informales.

Adicionalmente, el hecho de perder prestaciones tales como las pensiones que brinda el IMSS, es una razón altamente considerada por los dueños de negocios formales y semiforiales para no cambiar de afiliación. Los problemas legales y de inspecciones no parecen ser un factor determinante como los anteriores. Sin embargo, diversos comentarios de los actores entrevistados hacen pensar que este resultado esta subestimado posiblemente por miedo a admitir esta situación ante un extraño

**Tabla 20. Razones de los negociohabientes para afiliarse o no al Seguro Popular**

Razones para afiliarse al SP				Razones para no afiliarse al SP			
	Informales	Semi formales	Formales		Informales	Semi formales	Formales
	%	%	%		%	%	%
Menores costos	57	50	66	Menos y malos servicios	40	29	50
Mejores servicios médicos	14	21	17	Menos especialidades y estudios	20	Ns	Ns
Mejor trato y atención	Ns	38	Ns	Perder otras prestaciones	Ns	29	17
Ninguna	29	Ns	17	Problemas con inspecciones del IMSS y no cumplir con la ley	Na	14	17
				Ninguna	30	Ns	Ns

Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para negocios, 2010.

Ns= No significativo.

Na= No aplica.

En este sentido se puede concluir que el bajo costo del SP no es la única característica que la gente valora de este Programa, de hecho esta puede ser igualada por características como la calidad y cantidad de los servicios de salud. Por otra parte, el perder las prestaciones que un esquema como el IMSS brinda es un factor importante para no cambiar al SP.

### ***¿Qué opinan los dueños de los negocios sobre la posibilidad de cambiar la afiliación de sus trabajadores al IMSS por la del Seguro Popular?***

A pesar de los altos costos y de la inflexibilidad para ajustar la nómina que el IMSS representa, la gran mayoría de los negocios formales no tiene intenciones de dejar el IMSS por el SP. La principal razón tiene que ver con la protección que esta institución ofrece a los trabajadores ante riesgos laborales. Otras causas se relacionan con el aprovechamiento de los servicios de salud que el IMSS ofrece, así como el evitar multas e inspecciones.

El resultado más interesante es que más de la mitad de los dueños de negocios semiforiales dejaría al IMSS por el SP, aunque éstos también afirman que la decisión no sería fácil (lo cual responde a la pregunta de por qué no lo han hecho). Sin embargo, este es justamente el tipo de negocios que está en el límite de la formalidad e informalidad. Para dichos negocios, el SP puede

representan un incentivo (adicional a los que genera el propio IMSS) para decidir permanecer e incluso operar totalmente en la informalidad.

Asimismo, se encuentra que muchos de los negocios informales no podrían pagar el costo del IMSS bajo ninguna circunstancia. Es decir, en este caso el factor que resulta determinante para que los negocios continúen en la informalidad no es el SP como tal, sino las barreras de entrada que el IMSS genera con sus altos costos, regulaciones, entre otros.

**Tabla 21. Opinión de los microempresarios acerca de dejar al IMSS por el SP**

Negocios formales
El 90% de los negocios formales afirma que no han pensado dejar el IMSS por el SP.
El 85% de los negocios formales dice que no sería fácil dejar el IMSS por el SP, por las siguientes razones:
1. Mantener prestaciones y seguridad para el trabajador (47%).
2. Buenos servicios de salud (26%).
3. Evitar multas por inspecciones (21%).
4. Beneficios adicionales (pensión y afore) (5%).
El 86% de los negocios formales afirma que no tienen incentivos para dejar de afiliar a sus trabajadores al IMSS.
Negocios semiformales e informales
El 56% de los negocios semiformales señala que están dispuestos a dejar el IMSS por el SP.
El 82% de los negocios informales afirma que no podría pagar el IMSS bajo ninguna circunstancia.
El 88% de los negocios informales y el 60% de los semiformales afirma que no tienen incentivos para afiliar a sus trabajadores al IMSS.

Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para negocios, 2010.

En conclusión, se encuentra que los pequeños negocios formales no tienen suficientes incentivos para dejar la formalidad y prefieren seguir en ella. Por otro lado, los microempresarios informales no están dispuestos a incurrir en los costos que les generaría el IMSS. Lo anterior se relaciona con la incapacidad de sostener su fuente de ingresos de manera constante. Sin embargo, la mayoría de los negocios semiformales dejarían al IMSS por el SP. Cabe señalar que justamente este tipo de negocios se encuentra en el límite de la formalidad e informalidad, pudiendo ser el SP un factor adicional para que muchos de ellos se definan a favor de la informalidad. No obstante, los microempresarios también señalan que hacer el cambio sería complicado.

## 6.2. Encuestas a beneficiarios del Seguro Popular

Con el fin de conocer la preferencia que tiene la población para afiliarse al IMSS o al SP, determinar si existe propensión por parte de los encuestados para cambiar de un esquema de salud a otro, así como conocer los logros y debilidades del SP, se completaron 61 encuestas a beneficiarios del SP. Dichas encuestas fueron levantadas en las 20 localidades en donde se aplicaron los cuestionarios de micronegocios.<sup>17</sup> Cabe mencionar que del total

<sup>17</sup> La metodología del trabajo de campo se presenta en el Anexo 7 de este documento.

de localidades visitadas, el 28% corresponde a las zonas rurales y el 72% a las zonas urbanas. Los resultados se muestran a continuación.

### ***¿Qué esquema de salud es preferido por los encuestados: Seguro Popular o IMSS?***

La información recabada a partir de las encuestas a beneficiarios del SP deja ver que la gran mayoría (78%) desconoce los servicios que el IMSS ofrece. Sin embargo, destaca el hecho de que el 42% de los encuestados que los conoce no cambiaría al SP, aún teniendo la misma oportunidad de acceder a cualquiera de los dos sistemas de salud. Este resultado indica que existen individuos que prefieren permanecer en la informalidad (con el SP) antes de afiliarse a un esquema de salud como el del IMSS (sector formal). La causa principal se relaciona con el bajo costo del SP y la satisfacción que se tiene con los servicios recibidos.

Al analizar el perfil de los encuestados de acuerdo a su preferencia de afiliación al IMSS o al SP, se encuentra que los que prefieren al SP son relativamente más jóvenes, con menor nivel educativo y en su mayoría hombres. Por su parte, las mujeres y los de mayor edad preferirían estar afiliados al IMSS. Este resultado resulta lógico si consideramos que las mujeres y las personas de mayor edad pueden valorar más los servicios adicionales que el IMSS ofrece tales como las guarderías y las pensiones.

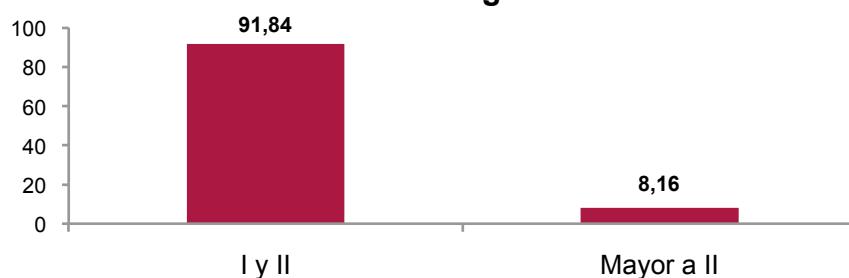
### **Logros y debilidades del Seguro Popular**

#### ***¿El Seguro Popular se encuentra bien focalizado? ¿Pagan cuota los beneficiarios que deben pagarla?***

Según el ingreso mensual per cápita de los encuestados, la gran mayoría (92%) se ubica entre el primero y segundo decil de la distribución de ingreso. En este sentido, tras considerar la muestra analizada, se desprende que el SP se encuentra bien focalizado. Por otra parte, de acuerdo a los criterios establecidos por el SP para pagar cuota de afiliación al Programa, las personas que se encuentran en los dos primeros deciles de ingreso tienen derecho a los servicios de salud de forma gratuita. La información derivada del levantamiento indica que el 92% de los encuestados se encuentra en los dos primeros deciles de ingreso y el 8% restante pertenece a los deciles III-IX. Sin embargo, ninguno de los encuestados afirmó haber pagado cuota de afiliación.

**Gráfica 6**

**Proporción de población que no paga cuota de afiliación al SP según deciles de ingreso.**



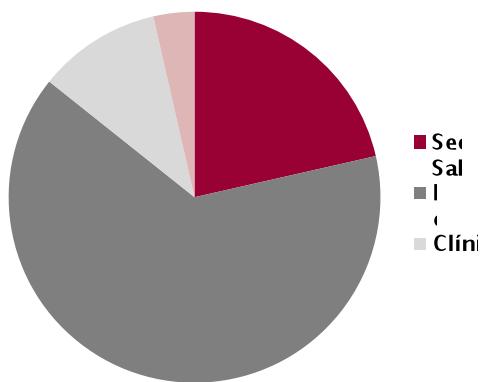
Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para beneficiarios del Seguro Popular, 2010.

Lo anterior puede ser resultado de la falta de control y apego a los requisitos que debe cumplir la población interesada en afiliarse, ya que los resultados indican que 77% de los encuestados no realizó ningún estudio o contestó alguna encuesta para determinar si pagaba o no la cuota de SP.

### ***Opinión de los beneficiarios del SP acerca de los servicios y trato recibidos***

El grado de satisfacción del SP se evalúo a partir de los siguientes criterios: i) acceso a hospitales y centros de salud; ii) trato recibido por parte del personal de salud; iii) calidad de los servicios; iv) tiempo de espera para ser atendido; y v) acceso a una cama de hospital en caso requerido.

**Gráfica 7. ¿A dónde acude en caso de requerir servicios de salud?**



En caso de necesitar algún servicio médico, la mayoría de los usuarios del SP acude a hospitales o clínicas estatales (64%). La segunda respuesta más mencionada fue las clínicas u hospitales de la SSA con 21% y, finalmente, acuden a servicios privados (11%).

Por otra parte, el 86% de los encuestados considera que los centros de salud del SP son de fácil acceso, refiriéndose a la distancia para llegar con respecto a su domicilio (en promedio los encuestados tardan 25 minutos en llegar al centro de salud). Sin embargo, algunos encuestados reportaron tardar entre dos y tres horas, particularmente en las zonas rurales, lo cual indica que el acceso a los centros de salud todavía representa un problema del sistema. No obstante, el 51% señala que estos centros de salud no son de fácil disponibilidad, es decir, la atención no es rápida y tampoco se puede llegar sin previa cita

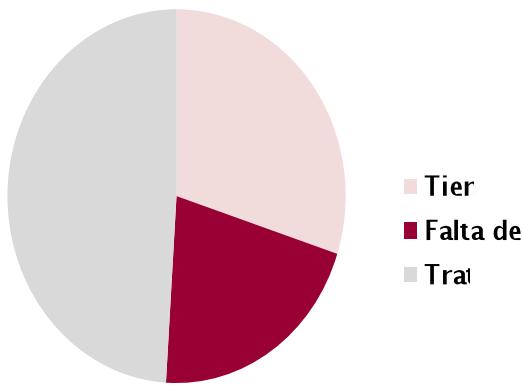
Algunos de los comentarios que justificaron la falta de disponibilidad de los centros de salud en donde opera el SP son:

- *Se hace cita y a veces no lo atienden, se tiene uno que estar muriendo para que te atiendan.- Veracruz, Veracruz.*
- *Tenemos que sacar ficha para la consulta y eso no garantiza la consulta.-Alvarado, Veracruz*

Otras cifras relacionadas con los servicios y trato recibido son las siguientes:

- El 76% de los encuestados indicó que había recibido los medicamentos que le habían recetado.
- Alrededor del 91% de los encuestados afirmó que había recibido información acerca de los diagnósticos y tratamientos recibidos.
- El 67% recibió una cama cuando lo requirió.
- El 77% de los encuestados dijo estar satisfecho con el servicio de salud y trato recibido.
- Del 23% que dijo no estar satisfecho con el servicio, el 49% dijo que el trato recibido no era adecuado, el 30% manifestó que su insatisfacción se debe al tiempo de espera y un 21% dijo que no había medicamentos.

**Gráfica 8**  
**Causas de la insatisfacción del servicio**



Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para beneficiarios del Seguro Popular, 2010.

Destaca que los encuestados que afirmaron no haber recibido un trato adecuado manifestaron lo siguiente:

- *Malo, el trato del personal es déspota y no tienen interés en uno. Uno no es el médico, los doctores tienen que hacer su trabajo y decirme lo que tengo.* –Boca del Río, Veracruz.
- *Malo, el trato en el hospital y en el centro de salud es poco amable. Además el sistema de turnos es tan rígido que no te atienden si te toca por la tarde y vas por la mañana.* – Alvarado, Veracruz.
- *No es bueno, no soy la primera que se queja, cuando me quejo luego es peor porque ellos se enteran quien pone la queja y ya no me quieren atender.* San Antonio, San Luis Potosí.
- *Prefiero ir a un privado por los tiempos de atención.* –Guanajuato, Guanajuato.

En lo que respecta a la atención médica, el 74.5% de los encuestados estuvieron de acuerdo en que es buena, el 21.8% afirmó que es regular y el 3.6% restante respondió que es mala.

**Opinión de los beneficiarios acerca de la atención a enfermedades graves (cáncer, diabetes, hipertensión, etc.) que brinda el SP**

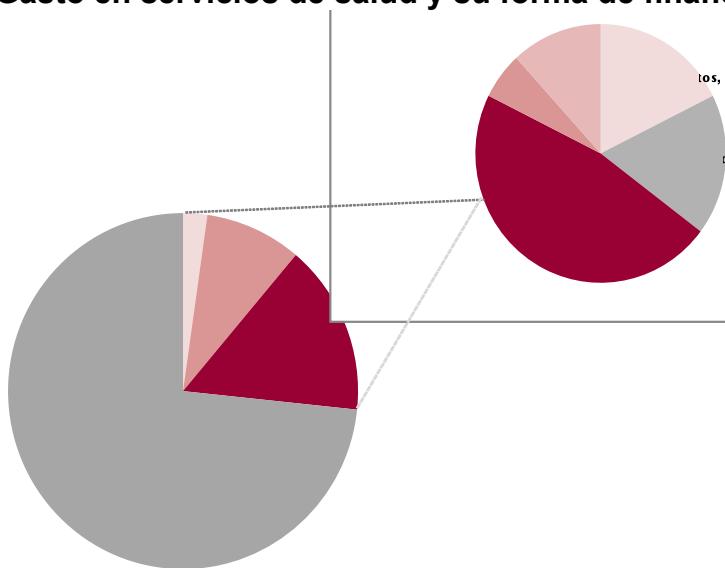
A pesar de que la mayoría de los encuestados afirmó no haber tenido necesidad de ser atendidos por enfermedades graves, se encontró que, en general, los beneficiarios perciben que ésta es buena. Esta opinión es reflejo de la información que reciben de familiares o conocidos que sí han requerido de atención a enfermedades graves.

- *Es buenísima, a ella le detectaron cáncer a tiempo y lo pudo superar.* – Tamuin, San Luis Potosí.
- *Él tiene diabetes y ha recibido una atención excelente.* – San Antonio, San Luis Potosí.
- *Yo tengo una enfermedad de ese tipo y sí le dan seguimiento.* – Boca del Río, Veracruz.
- *Conozco a mucha gente que tiene diabetes y sí le han prestado atención. Cuando son más graves sí les prestan atención.* – Alvarado, Veracruz.

### ***¿El SP ha reducido el gasto de bolsillo?***

El 77% de los encuestados afirmó que la última vez que tuvo algún problema de salud no tuvo que absorber ningún gasto. Sin embargo, el 16% tuvo que comprar medicinas y el 9% pagó para realizarse estudios o análisis de laboratorio. De las personas que tuvieron que realizar algún gasto, el 47% tuvo que utilizar sus ahorros y el 18% pidió prestado o vendió algún producto o artículo. Estos resultados muestran que si bien la gran mayoría de los encuestados no ha tenido que gastar en su salud, todavía el problema más importante al que se enfrenta la población es el surtimiento de medicinas.

**Gráfica 9. Gasto en servicios de salud y su forma de financiamiento**



Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para beneficiarios del Seguro Popular, 2010.

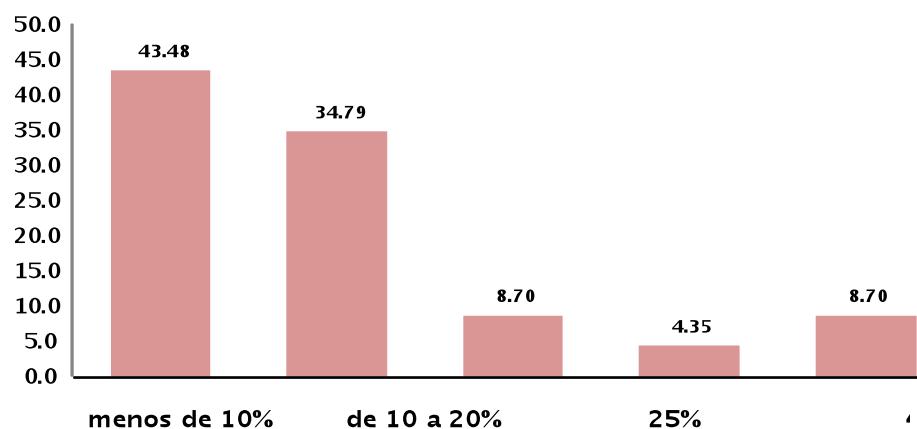
### ***¿Qué demandan los beneficiarios del SP de un sistema “ideal” de salud?***

Uno de los aspectos que más preocupación genera en la población es el surtimiento de medicamentos. Para los encuestados el disponer de medicinas de forma gratuita es uno de los elementos más sobresalientes de un sistema “ideal” de salud. Asimismo, la atención adecuada por parte del personal de salud también resulta relevante.

### ***¿Cuánto estarían dispuestos a pagar los beneficiarios del SP por un sistema “ideal de salud”?***

De los encuestados, solamente 37% no estaría dispuesto a pagar por un sistema “ideal” de salud. Sin embargo, de aquellos que están dispuestos a pagar, el 43% pagaría menos del 10% de su ingreso mensual, mientras que el 34% pagaría entre un 10 y 20% de su ingreso. Asimismo, destaca el hecho de que las mujeres en edad reproductiva son las que están más dispuestas a pagar por un servicio adecuado de salud, así como las personas que viven en hogares con miembros de familia numerosos. Respecto a un sistema de seguridad social “ideal” sobresale el que algunos de los encuestados haya incluido componentes del IMSS como parte de sus prestaciones: guarderías y pensiones.

**Gráfica 10**  
**Proporción de ingreso mensual que los usuarios del Seguro Popular estarian dispuestos a pagar por un sistema de salud “ideal”.**



Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, cuestionario para beneficiarios del Seguro Popular, 2010.

En resumen, los resultados obtenidos a partir del levantamiento de encuestas a beneficiarios del SP indican que existen individuos que, a pesar de conocer las ventajas que ofrece el IMSS y tener la oportunidad de afiliarse a cualquiera de los dos esquemas de salud, prefieren al SP que al IMSS. Este resultado podría sugerir que el SP desincentiva el interés por pertenecer al IMSS (sector formal), sin embargo, el hallazgo se presenta en una proporción baja de encuestados (9%), por lo que no se puede afirmar que el SP tenga una incidencia significativa en la informalidad.

También se observa que la preferencia entre el IMSS y el SP está en gran parte determinada por las características sociodemográficas de los individuos: los hombres, los jóvenes y quienes tienen menor nivel educativo prefieren al

SP, mientras los mayores y las mujeres prefieren al IMSS. Ello resulta razonable debido a que los hombres y los más jóvenes son menos adversos al riesgo y no tienen interés por demandar otros servicios como guarderías, pensiones, crédito hipotecario, etc., contrario a lo que podrían demandar las mujeres y los de mayor edad.

Por otra parte, se encuentra que el Programa está adecuadamente focalizado y la mayoría se encuentra satisfecha con los servicios y con el trato recibido por parte del personal de salud. Además, un porcentaje importante de los encuestados no ha tenido que pagar por gastos relacionados con la salud a partir de que se afilió al SP, lo que sugiere reducciones de gasto en bolsillo para los beneficiarios del SP.

A pesar de ello, existen debilidades del Programa que habría que destacar:

- La satisfacción que tienen los beneficiarios del SP podría estar relacionada con percepciones subjetivas que reflejan el conformismo de los encuestados: "es preferible esto a nada".
- No se cumplen a cabalidad los requisitos de afiliación, ya que la mayoría de los beneficiarios no respondieron ningún cuestionario de tipo socioeconómico.
- No se tiene control en el pago de cuotas.
- Se observan problemas en la conformación del padrón de beneficiarios, lo que puede generar duplicidades con otros programas de salud.
- La falta de trato adecuado, el tiempo de espera y la falta de surtimiento de recetas son las principales causas de insatisfacción con el Programa.

### **6.3. Análisis de los microdatos de la ENOE**

La ENOE contiene información longitudinal que permite dar seguimiento a las personas entrevistadas en diferentes trimestres. En este caso, son cuatro los trimestres en los cuales se levantó el cuestionario ampliado, el cual contiene la pregunta específica de afiliación al SP: II trimestre de 2007, II trimestre de 2008, I trimestre de 2009 y I trimestre de 2010. Con esta información es posible construir dos paneles que permiten conocer el esquema de protección en salud con el que se contaba en la primera entrevista y averiguar si este mismo trabajador cambió su afiliación al SP en la quinta entrevista (final del periodo).<sup>18</sup>

#### ***¿Están migrando los trabajadores del IMSS al Seguro Popular?***

Los datos de la ENOE indican que alrededor de un 27% de los trabajadores se encuentran afiliados al IMSS. Un porcentaje muy bajo de trabajadores (entre el 7 y 8%) cuenta con alguna otra forma de acceso a la salud (ISSSTE, PEMEX, SEDENA, privado u otros). Sin embargo, la gran mayoría de los empleadores no les proporcionan a sus trabajadores acceso a la salud. Para 2007, del porcentaje de trabajadores que no contaba con acceso a la salud por parte de

<sup>18</sup> La muestra utilizada está compuesta por 52,466 observaciones que representan un total de 13,467,649 individuos para el periodo de 2007-2008. Por su parte, la muestra del periodo 2009-2010 está constituida por 51,338 observaciones, que representan a un total de 14,010,895 individuos.

su trabajo, sólo el 9% tenía SP, cifra que se eleva a 11% para el año 2008. Algo similar se aprecia para el siguiente periodo de estudio 2009-2010, en el cual el porcentaje de trabajadores que no cuentan con acceso a la salud sigue creciendo hasta alcanzar el 15% en 2010.

Al analizar si entre los dos periodos de estudio hubo trabajadores que cambiaron su afiliación al IMSS por la del SP, se encuentra que entre 2007 y 2008 el 2.64% lo hizo, así como un 2.66% entre 2009-2010. Sin embargo, también se encontró que muchos de estos trabajadores contaban con ambos esquemas de salud. Al quitar la duplicidad y considerar únicamente a aquellos trabajadores que abandonaron al IMSS y se afiliaron al SP, el porcentaje de trabajadores que migra del IMSS al SP se reduce a 1.1% para el periodo de 2007 a 2008 y a 1.4% en el periodo de 2009 a 2010. Cabe destacar que de los trabajadores que migraron del IMSS al SP entre 2007 y 2008, el 23.38% ya se encontraba desempleado al final del periodo. Esta cifra se eleva a 29.88% para 2009-2010. Por lo tanto, el 0.8% de los trabajadores “migró” del IMSS al SP para el periodo 2007-2008 y el 1% para 2009-2010, los cuales se mantienen empleados al inicio y al final del periodo. No obstante, los datos de la ENOE no nos permiten conocer cuáles son las causas reales que hacen que los trabajadores “migren” del IMSS al SP. Un análisis adicional sería necesario para determinar si en algún momento durante el periodo de estudio el trabajador perdió su empleo formal y posteriormente se ocupó en la informalidad. Además, sería conveniente llevar a cabo análisis econométricos robustos que determinaran la significancia estadística de dichos cambios.

**Tabla 22. Acceso a la atención médica de los trabajadores (2007-2008 y 2009-2010)**

	2007	2008	Tasa de variación 2007-2008	2009	2010	Tasa de variación 2009-2010
	%	%	%	%	%	%
<b>Acceso a atención médica por parte del trabajo</b>						
Seguro Social IMSS	26.57	27.07	1.88	26.51	26.34	-0.64
Hospital o clínica naval, militar o de Pemex	0.63	0.62	-1.59	0.71	0.64	-9.86
ISSSTE	5.29	5.13	-3.02	5.68	5.44	-4.23
ISSSTE estatal	1.19	1.17	-1.68	1.44	1.59	10.42
Otro	1.20	1.15	-4.17	1.18	1.19	0.85
No recibe atención médica	64.93	64.72	-0.32	64.29	64.61	0.50
Total	100	100	100	100	100	100
Trabajadores con SP	8.99	11.30	25.70	12.34	14.55	17.91
Trabajadores que en el periodo inicial tenían IMSS y en el final SP	2.64%			2.66%		
Trabajadores que en el periodo inicial tenían IMSS y en el final IMSS y SP (duplicidad)	1.53%			1.27%		
Trabajadores que en el	1.11%			1.39%		

<b>periodo inicial tenían IMSS y en el final contaban sólo con SP (migración neta)</b>	(21,382 trabajadores)	(26,561 trabajadores)
<b>Trabajadores que migraron del IMSS al SP por otras causas diferentes al desempleo al final del periodo</b>	0.8% (15,550 trabajadores)	1.0% (19,108 trabajadores)

Fuente: Estimaciones propias con base en la ENOE, II-2007, II-2008, I-2009 y I-2010.

### ¿Quiénes migran del IMSS al SP?

Resulta importante identificar si existen características personales, de los negocios o de las ramas de actividad económica que predominen en los trabajadores que migran de un esquema de salud a otro.

Los trabajadores que permanecen afiliados al IMSS en ambos períodos tienen características distintas a los trabajadores que migraron del IMSS al SP. En concordancia con los datos recabados por Fundación Ethos, se observa que las personas que cambian al SP son más jóvenes, principalmente hombres y con menor capital humano. Cabe destacar que para el periodo 2007-2008 más del 90% de los trabajadores que migraron del IMSS al SP contaba con secundaria o menos como nivel de instrucción. Este porcentaje disminuye a 72% para el siguiente periodo.

**Tabla 23. Características de los trabajadores que migran del IMSS al SP**

	Trabajadores que mantienen su afiliación en el IMSS	Trabajadores que migran del IMSS al SP	Trabajadores que mantienen su afiliación en el IMSS	Trabajadores que migran del IMSS al SP
	2007-2008	2007-2008	2009-2010	2009-2010
Hombre	64.80	82.57	64.85	83.50
Mujer	35.20	17.43	35.15	16.50
Edad promedio	37.30	35.03	37.53	37.18
Secundaria o menos	46.24	93.76	43.15	71.76
Casado	63.86	62.85	63.55	83.23

Fuente: Estimaciones propias con base en la ENOE, II-2007, II-2008, I-2009 y I-2010.

### Rama de actividad Económica

Se observa que entre el periodo 2007-2008 los trabajadores que migran del IMSS al SP provienen en su mayoría de la industria de la construcción (49%) y de la industria manufacturera (18%). No obstante, para el 2009-2010, el sector que más reporta migración es el de servicios (30%) seguido por el de manufacturas (21%).

De acuerdo con datos del Colegio de la Frontera Norte (2008) y de la CEPAL (2009) en estos años ocurre una desaceleración económica de los sectores de la construcción (9.5%), manufacturero (7.0%) y de comunicaciones y

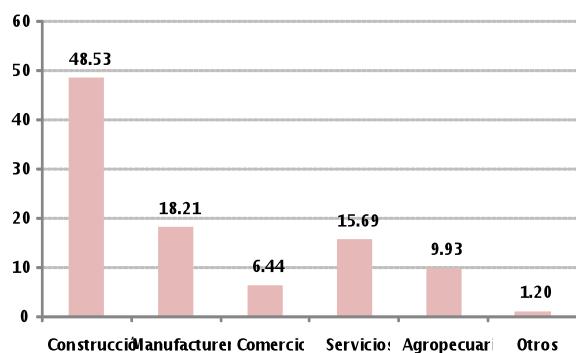
transportes (4.3%), derivada de la crisis hipotecaria (transformada en crisis financiera) en los Estados Unidos. Adicionalmente, datos de la CEPAL muestran que entre 2008 y 2009 hay una disminución del 21.4% en las exportaciones de bienes y servicios que afecta, tanto a la rama de servicios, como a la manufacturera. Esta desaceleración es compatible con la migración de trabajadores del IMSS al SP que se da en dichas ramas. Asimismo, cabe la posibilidad de que la crisis haya originado que trabajadores en sectores afectados perdieran su empleo formal y, por lo tanto, se vieran en la necesidad de recurrir al SP.

### **Tamaño del negocio**

Los datos de la ENOE indican que para ambos periodos de estudio las empresas cuyo número de trabajadores está entre 20 y 50 no reportan movimiento de trabajadores del IMSS al SP. Sin embargo, en ambos periodos las empresas de entre 5 y 10 trabajadores son las que registran la mayor cantidad de movimientos. Cabe mencionar que este tipo de negocios son considerados como pequeños y pueden ser más vulnerables a períodos de inestabilidad económica. Como ya se ha mencionado anteriormente, varios sectores de actividad se vieron afectados por la crisis en los Estados Unidos. Esta situación dificulta atribuir al SP *per se*, la migración del sector formal al informal que ocurrió en dichos períodos.

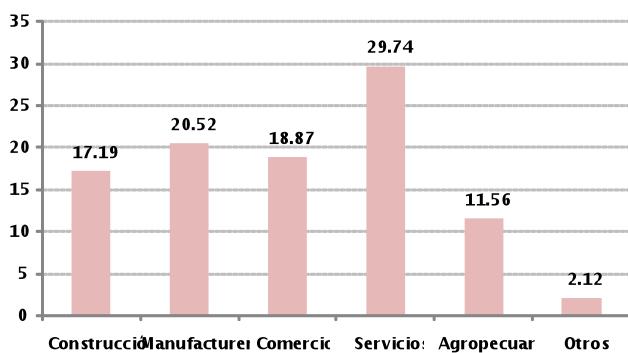
**Gráfica 11**

**Trabajadores que pasan del IMSS al SP de 2007 a 2008 por rama de actividad (%)**



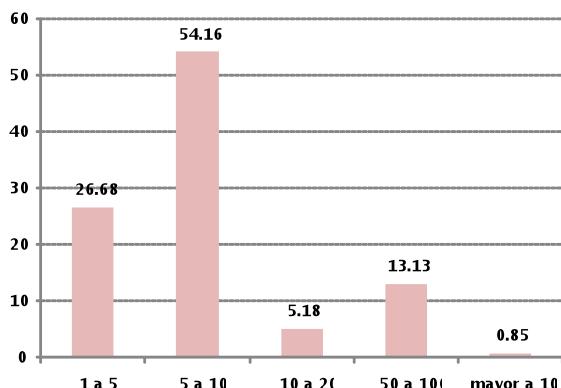
**Gráfica 12**

**Trabajadores que pasan del IMSS al SP de 2009 a 2010 por rama de actividad (%)**

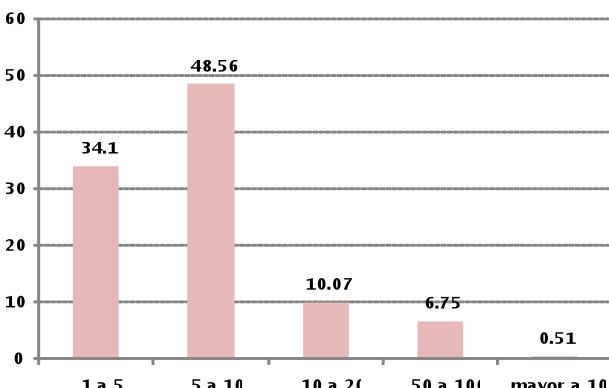


Fuente: Estimaciones propias con base en la ENOE, II-2007, II-2008, I-2009 y I-2010.

**Gráfica 13**  
**Trabajadores que pasan del IMSS al SP de 2007 a 2008 por tamaño de negocio (%)**



**Gráfica 14**  
**Trabajadores que pasan del IMSS al SP de 2009 a 2010 por tamaño de negocio (%)**



Fuente: Estimaciones propias con base en la ENOE, II-2007, II-2008, I-2009 y I-2010.

En resumen, el análisis de la ENOE permitió identificar la existencia de trabajadores que contaban con IMSS al inicio del periodo de estudio (2007, 2009) y que al final (2008, 2010) contaban con SP. Sin embargo, parece que dicha migración es poco significativa, además de que los datos de la ENOE no permiten conocer la causa de dicha migración.

## 7. Conclusiones y recomendaciones

En fechas recientes ha ido creciendo la especulación sobre el efecto de la política social y, en específico, del SP sobre la economía informal. Esta idea ha dado pie a un importante debate entre los especialistas, del cual se han obtenido diversidad de respuestas. El objetivo principal de esta investigación es aportar elementos que ayuden a demostrar la veracidad de dicha hipótesis. Para ello, se integraron elementos cualitativos y cuantitativos que permitan entender la percepción y decisiones que toman los individuos respecto a los diferentes esquemas de salud.

La conclusión general de este estudio indica que no hay elementos suficientes para afirmar que el SP induce a los trabajadores formales a migrar a la informalidad. No obstante, es importante analizar las conclusiones particulares que se desprenden de las encuestas a los dueños de pequeños negocios, beneficiarios del SP y del análisis de la ENOE.

### Análisis cualitativo: Encuestas a dueños de pequeños negocios

- Los dueños de los negocios formales no tienen suficientes incentivos para dejar la formalidad por el SP.
- Los microempresarios informales no están dispuestos a afiliarse al IMSS debido a los costos en los que incurrirían. En este caso, el factor que resulta determinante para que los negocios continúen en la informalidad son las barreras de entrada que el IMSS genera con sus altos costos, regulaciones, etc.
- Los dueños de negocios semiformales tienen opiniones encontradas respecto a la posibilidad de dejar al IMSS por el SP. El 56% de éstos estarían dispuestos a dejar al IMSS por el SP. Este resultado es interesante, ya que justamente este tipo de negocios son los que se encuentran en el límite de la formalidad e informalidad, pudiendo ser el SP un factor adicional para que muchos de estos negocios se definan a favor de la informalidad. Sin embargo, cabe señalar que los encuestados señalaron que esta decisión no sería fácil, lo que responde a la pregunta de por qué no lo han hecho.

### Análisis cualitativo: Encuestas a beneficiarios del Seguro Popular

- Un número reducido de beneficiarios del SP afirmó que, aunque tuviera la misma posibilidad de acceder a ambos esquemas de salud –IMSS y SP– preferiría al SP. Ello, debido a la satisfacción que se tiene con los servicios recibidos y a su bajo costo. Sin embargo, este resultado parece ser poco significativo, ya que la proporción de encuestados que hizo esta afirmación es muy pequeña (9%).
- Se observa que no todos los individuos tienen la misma propensión para preferir un esquema de salud frente a otro, sino que ello está relacionado con características particulares. Por ejemplo, las mujeres y los adultos de mayor edad preferirían contar con la seguridad social que el IMSS les

ofrece en lugar del los servicios de salud del SP. Por el contrario, los que son menos adversos al riesgo (los más jóvenes y hombres) prefieren los servicios del SP. Lo anterior resulta razonable, ya que el SP es un seguro de salud y el IMSS un esquema de seguridad social que abarca elementos adicionales a la cobertura de salud.

#### Análisis cuantitativo: ENOE

- Los datos de la ENOE muestran que una proporción relativamente baja de trabajadores (entre 0.8 y 1%) migraron del IMSS al SP durante los periodos de estudio (2007-2008 y 2009-2010). Cabe resaltar que este cambio parece ser poco significativo y, adicionalmente, los datos de dicha encuesta no permiten conocer la causa de la migración. Por esta razón, no se pueden atribuir en su totalidad estos movimientos al SP.
- Al igual que los resultados obtenidos en el análisis cualitativo, los datos de la ENOE muestran que los trabajadores que migran del IMSS al SP por lo general son hombres, relativamente más jóvenes y con menor nivel educativo.

Adicionalmente, el análisis cualitativo de las encuestas a beneficiarios del SP permitió confirmar que el Programa representa avances en la reducción de gasto de bolsillo y acceso universal de salud. Asimismo, se encontró que la gran mayoría de los beneficiarios encuestados están satisfechos con los servicios y con el trato recibido por parte del personal de salud. Cabe señalar que se percibieron problemas en la integración del padrón de beneficiarios, lo cual puede provocar duplicidades con otros programas, afiliados inexistentes, o bien, descuido en la determinación de quiénes deberían pagar el SP. Con referencia al sistema “ideal” de salud, más del 60% de los encuestados manifestó su disposición a pagar por un sistema que les diera servicios oportunos, de calidad y que surtiera todos los medicamentos recetados.

Del análisis comparativo de las experiencias del desempeño de los servicios de salud de distintos países del mundo se concluye lo siguiente:

- Existe una clara tendencia entre elevados niveles de pobreza y resultados de salud poco satisfactorios.
- Los países desarrollados que tienen mejores indicadores de salud a nivel mundial tienen cobertura universal.
- Los países que emplean mecanismos como los seguros médicos o el financiamiento de la salud vía impuestos obtienen mejores resultados.
- La mayoría de los países que tienen un sistema de salud relativamente más eficiente hizo reformas en pro de la descentralización.

### **Recomendaciones para lograr un sistema de salud universal**

A continuación se exponen algunas recomendaciones que podrían ayudar en el diseño de un mejor sistema de salud de acceso universal.

- **Unificar el sistema de salud.** Resulta necesario crear un sistema único de salud que de manera homogénea satisfaga las necesidades de toda

la población. Esto permitirá disminuir la inequidad que existe en el acceso a los servicios sanitarios, así como elevar la cobertura en salud.

- **Financiar vía impuestos obligatorios y generalizados.** Este esquema facilitará que toda la población contribuya al financiamiento, al mismo tiempo que permitiría recaudar fondos suficientes para llevar a cabo mayor inversión en este sector. Con este modelo de financiamiento, todos los ciudadanos tendrían derecho a los servicios de salud, independientemente de su condición laboral, lo que ayudaría a incrementar la cobertura. Sin embargo, sería oportuno diseñar medidas para llevar a cabo un uso y distribución eficiente de los recursos.
- **Descentralizar el sistema.** Es recomendable implementar políticas en pro de la descentralización del sistema de salud, ya que se ha visto que al otorgar mayor control a los funcionarios locales se obtienen mejores resultados. Cabe mencionar que el número de funciones que se podrían descentralizar es amplio por lo que sería adecuado identificar cada función, estudiar y decidir si es pertinente descentralizarla, a qué nivel y bajo qué condiciones. En el caso de México, antes de llevar a cabo este proceso es necesario diseñar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas por parte de los gobiernos federal y local, así como plantear mecanismos para evitar actos de corrupción, desvío de recursos y, en general, el mal manejo de los recursos asignados. Asimismo, se recomienda generar mecanismos de coordinación entre todas las instituciones encargadas de proveer los servicios de salud.
- **Mejorar la calidad del servicio y el trato ofrecido.** Algunos mecanismos que se pueden implementar para mejorar la calidad del servicio y trato por parte del personal de salud son: i) incentivos al buen desempeño que estimule la calidad y la eficiencia de los servicios de salud; ii) elegir por medio de concurso a los mejores médicos, enfermeras y directivos de las instituciones de salud; iii) otorgar una remuneración competitiva a los médicos, enfermeras y directivos; iv) incentivar el desarrollo profesional del médico y personal de salud; y v) llevar a cabo evaluaciones de desempeño (periódicas) del personal de salud.

### **Recomendación para diseñar un sistema de seguridad social eficiente**

Con el fin de asegurar una serie de prestaciones básicas para toda la población y no sólo para los trabajadores asalariados, es recomendable rediseñar el sistema de seguridad social mexicano. En este sentido, se sugiere implementar un esquema de seguridad social que tenga un menor costo (obligatorio) a cambio de un paquete de servicios mínimos. Este esquema de seguridad social podría contemplar otros servicios o prestaciones adicionales mediante un pago adicional. De esta manera, se considera como viable la propuesta de Levy de un esquema único de seguridad social en donde la obligatoriedad sea sólo para servicios de salud y pensiones y que el resto de los beneficios sean contratados de manera individual.

## ANEXOS

### Anexo 1. Definiciones de economía informal en países seleccionados

País	Año	Definición
África del Sur	2001	Actividades de negocios no registradas, en donde el registro se refiere a actas regulatorias de los grupos profesionales
Brasil	1997	Empresas no incorporadas con 5 empleados o menos y que producen para la venta.
Ghana	1997	Personas que se definían a sí mismas como parte del sector informal a la hora de la encuesta.
India	2000	Todas las empresas no incorporadas, de un propietario o en sociedad, que producen todo o una parte de los bienes para la venta (empresas del sector informal).
Lituania	2000	Empresas privadas pequeñas no registradas que tienen empleados trabajando sin contratos legales, no pagan contribuciones a los fondos de seguridad social y venden bienes y servicios misceláneos en el mercado.
México	2000	Empleados, trabajadores por su cuenta, empleadores y trabajadores familiares no remunerados trabajando en empresas no incorporadas de tamaño pequeño.
Nigeria	1995	Empresas que pertenecen y son operadas por hogares o miembros del hogar que no llevan registros contables o que no reportan estos registros a ninguna administración o institución (estadísticas, impuestos, etc.).

Fuente: Ochoa León, Sara, *Economía Informal Evolución reciente y perspectivas*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de Diputados. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/Economia%20informal.pdf>. Con base en la OIT, *Informal Sector (National Definition)*, Key Indicators of the Labour Market.

Nota: La definición de México cambia a través de los años según la encuesta que se considere. La definición del 2000 corresponde a la Encuesta Nacional de Empleo Urbano.

## **Anexo 2. Requisitos y proceso de afiliación al Seguro Popular**

### **Requisitos:**

- Residir en territorio nacional.
- No ser derechohabiente de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.).
- Solicitar la afiliación de la familia de forma voluntaria en los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO).
- Proporcionar la información necesaria para la realización de la evaluación socioeconómica de la familia, denominada Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).
- Entregar copia y presentar original de los siguientes documentos:  
Comprobante de domicilio.  
Clave Única de Registro de Población (CURP) de cada integrante de la familia o documento oficial que la contenga. Si no cuenta con ella, copia del acta de nacimiento.  
Identificación oficial con fotografía de la persona que fungirá como titular de la familia.  
Recibo de pago por cuota familiar que corresponda salvo que se trate de familias que por su condición socioeconómica entren al régimen no contributivo.
- Para el caso de familias con hijos de entre 18 y 25 años de edad se debe presentar constancia de estudios que acredite que se encuentran cursando estudios de educación media o superior.
- Para el caso de familias que ya sean beneficiarias de algún programa de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, deberán presentar algún documento que contenga el número de folio del beneficiario.

### **Proceso de afiliación al SP:**

- El titular de la familia susceptible de incorporación debe acudir a un Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) a manifestar su voluntad de afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud, a través del SP, lo que puede realizar también ante las brigadas de afiliación y reafiliación que para el efecto se constituyan.
- Los MAO o las brigadas solicitan al interesado que proporcione la información necesaria para que se realice la evaluación socioeconómica de la familia denominada Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), a fin de determinar su capacidad de pago. Dicha evaluación deberá realizarse cada tres años.

## **Carta de derechos y obligaciones del SP**

<b>Derechos</b>
<p>1.- Recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos cubiertos en la red de unidades médicas del SP.</p> <p>2.- Recibir servicios integrales de salud.</p> <p>3.- Acceso igualitario a la atención.</p> <p>4.- Recibir trato digno, respetuoso y atención de calidad.</p> <p>5.- Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.</p> <p>6.- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.</p> <p>7.- Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>8.- Contar con su expediente clínico.</p> <p>9.- Decidir libremente sobre su atención.</p> <p>10.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.</p> <p>11.- Ser tratado con confidencialidad.</p> <p>12.- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.</p> <p>13.- Recibir atención médica en urgencias.</p> <p>14.- Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica.</p> <p>15.- No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban.</p> <p>16.- Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, o ante los Servicios Estatales de Salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.</p> <p>17.- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.</p>

<b>Obligaciones</b>
<p>1.- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p> <p>2.- Hacer uso de la credencial y/o póliza que los acredeite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud.</p> <p>3.- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.</p> <p>4.- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.</p> <p>5.- Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.</p> <p>6.- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como los procedimientos de consultas y quejas.</p> <p>7.- Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen.</p> <p>8.- Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud.</p> <p>9.- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.</p> <p>10.- Hacer uso responsable de los servicios de salud.</p> <p>11.- Proporcionar la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.</p> <p>12.- Acudir al Módulo de Afiliación y Orientación en caso de necesitar alguna modificación y/o</p>

**actualización en los datos de su Póliza de Afiliación.**

Fuente: Secretaría de Salud

**Anexo 3. Personas afiliadas y recursos ejercidos en el Seguro Popular, 2010.**

Entidad federativa	Número de personas afiliadas	Recursos ejercidos (Millones de pesos)
<b>Total nacional</b>	<b>37,718,283</b>	<b>15,371.4</b>
Aguascalientes	431,212	173.2
Baja California	671,827	297.8
Baja California Sur	149,113	17.8
Campeche	405,392	139.4
Coahuila	558,841	76.2
Colima	273,379	108.4
Chiapas	2,716,883	1,239.0
Chihuahua	915,826	444.4
Distrito Federal	1,534,014	841.0
Durango	477,291	55.5
Guanajuato	2,428,693	715.3
Guerrero	1,509,828	790.6
Hidalgo	1,293,793	168.6
Jalisco	1,882,270	939.5
México	4,255,549	2,158.7
Michoacán	1,481,552	351.4
Morelos	659,853	169.8
Nayarit	503,887	193.3
Nuevo León	823,408	457.8
Oaxaca	1,910,072	903.1
Puebla	1,983,492	526.7
Querétaro	655,098	168.9
Quintana Roo	398,059	167.0
San Luis Potosí	1,086,187	586.0
Sinaloa	903,367	312.5
Sonora	632,919	280.9
Tabasco	1,344,385	639.4
Tamaulipas	1,132,352	519.3
Tlaxcala	679,046	155.5
Veracruz	2,659,085	1,446.2
Yucatán	701,748	242.9
Zacatecas	659,862	85.3

Fuente: Cuarto Informe de Gobierno. Anexo estadístico. Gobierno Federal. México, 2010.

#### Anexo 4. Unidades médicas del Seguro Popular, 2006.

Concepto	Nuevas	Fortalecidas	Total
Centros de salud	956	429	1,385
Centros avanzados de atención primaria a la salud (CAAPS)	6	-	6
Hospitales de la comunidad	94	33	127
Hospitales generales	27	13	40
Hospitales materno infantil	5	-	5
Hospitales de la mujer	3	-	3
Unidades de especialidades	69	3	72
Establecimientos de apoyo	7	11	18
Hospitales regionales de alta especialidad	6	6	12
<b>Total</b>	<b>1,173</b>	<b>495</b>	<b>1,668</b>

Fuente: Heras, Antonio. "Sistema de protección social en salud, Seguro Popular." Mayo, 2006.

**Anexo 5. Sistemas de salud para países seleccionados.**

	Descripción
<b>Suecia</b>	
<b>Responsable</b>	La responsabilidad de proporcionar atención de salud está descentralizada a los consejos de los condados y en los municipios. El gobierno central establece los objetivos generales, políticas, principios y directrices para la atención. Asimismo, establece la agenda política para la salud y atención médica, sin embargo, las autoridades locales prestan los servicios de salud.
<b>Financiamiento</b>	Impuestos recaudados por las diputaciones provinciales y los municipios.
<b>Cobertura</b>	Universal
<b>Características generales</b>	El sistema de salud sueco es predominantemente público. La <i>Swedish Social Insurance Agency (Försäkringskassan)</i> es la autoridad que administra varios tipos de seguros, sin embargo, el aseguramiento privado alcanza apenas el 2.3% de la población. La provisión de servicios se organiza en siete niveles: i) atención cercana al hogar – clínicas de atención primaria, clínicas de maternidad, clínicas psiquiátricas ambulatorias, etc. ii) atención de urgencias, iii) servicios electivos, iv) servicios de cuidado hospitalario, v) atención especializada, vi) atención en salud oral y vii) servicios de cuidado en casa.
<b>Holanda</b>	
<b>Responsable</b>	El Estado sólo actúa como regulador
<b>Financiamiento</b>	Es mixto: gobierno y privado. El sistema de financiación es de 50% de impuestos sobre la nómina pagados por los empleadores a un fondo controlado por un ente regulador. El gobierno contribuye con un 5% adicional para financiar al regulador. El 45% restante se obtiene de las primas pagadas por el asegurado directamente a la compañía de seguros. Las personas de bajos ingresos pueden recibir ayuda del gobierno si no pueden financiar estos pagos. Los menores de 18 años están asegurados por el sistema sin ningún costo.
<b>Cobertura</b>	Universal
<b>Características generales</b>	Es un sistema de salud basado en aseguramiento y provisión pública y privada con un esquema de competencia regulada. Los servicios de salud son proporcionados por un sistema de seguro obligatorio, respaldado por un programa de nivelación de riesgos, que elimine la selección adversa del asegurado por su edad o estado de salud. Los niños menores de 18 años están asegurados por el gobierno y la asistencia especial está disponible para aquellos con ingresos limitados. Los Países Bajos tiene un sistema de doble nivel: la atención primaria y la curativa. Las compañías de seguros deben ofrecer un paquete básico de seguro universal para la atención primaria y la atención curativa, que incluye el costo de todos los medicamentos. El valor de la prima es único y fijo para todos. Los hospitales en los Países Bajos también están regulados y fiscalizados, pero son en su mayoría de gestión privada y con fines de lucro. Los pacientes pueden elegir dónde ser tratados.
<b>Dinamarca</b>	
<b>Responsable</b>	Regido por una combinación de instituciones del estado nacional, las regiones y municipios. Existe una tradición de descentralización de la gestión y de planificación en las regiones y municipios. El Estado coordina y supervisa la prestación de los servicios a nivel regional y municipal.
<b>Financiamiento</b>	A través de impuestos. La financiación se obtiene a través de un impuesto proporcional. La mayoría de estos ingresos (80%) se redistribuye a las regiones a través de subvenciones en bloque, basadas

<b>Financiamiento</b>	A través de impuestos. La financiación se obtiene a través de un impuesto proporcional. La mayoría de estos ingresos (80%) se redistribuye a las regiones a través de subvenciones en bloque, basadas en criterios objetivos (sociales y demográficos) y el 20% se redistribuye a los nuevos municipios que van a utilizar estos fondos para co-financiar los servicios de hospitales regionales para sus respectivas poblaciones.
<b>Cobertura</b>	Universal
<b>Características generales</b>	Se basa en principios de solidaridad y equidad. El acceso al sistema de salud, incluyendo servicios de diagnóstico y tratamiento, es gratuito para todos los ciudadanos, excepto para la atención dental, fisioterapia y medicina que requieren pagos del paciente. El Estado coordina y supervisa la prestación a nivel regional y municipal de los servicios. La mayoría de hospitales son operados por las regiones. La calidad del servicio se controla a través de las medidas nacionales de satisfacción del paciente e iniciativas regionales para elaborar normas y directrices. Desde 2007, todos los hospitales han sido incluidos en el modelo danés de garantía de calidad y acreditación externa. Adicionalmente, se ha establecido un sistema nacional de información de los eventos o sucesos no deseados. Además, se llevan a cabo evaluaciones a nivel nacional y regional de la tecnología. En Dinamarca existen mecanismos para sancionar la mala conducta profesional y el abuso.
<b>Alemania</b>	
<b>Responsable</b>	El gobierno federal y los estados federados
<b>Financiamiento</b>	Contribuciones de los empleados y en menor medida con impuestos
<b>Cobertura</b>	Universal
<b>Características generales</b>	Sistema universal de aseguramiento con dos tipos de seguro de salud: el seguro de salud del estado ( <i>Gesetzliche Krankenversicherung</i> ), conocido como fondos de enfermedad y el seguro privado ( <i>Private Krankenversicherung</i> ). Las personas con ingresos por encima del nivel prescrito de seguro obligatorio podrán optar por el sistema de fondos de enfermedad (la mayoría lo hace) o adquirir un seguro privado complementario. En la atención de salud, los gobiernos tradicionalmente delegan competencias a asociaciones de pagadores y proveedores (organizaciones auto reguladas), cuyo conocimiento y finalidad permiten que puedan estar involucrados en la financiación y provisión de servicios de salud cubiertos por los esquemas de aseguramiento establecidos por la ley.
<b>Costa Rica</b>	
<b>Responsable</b>	El Estado.
<b>Financiamiento</b>	El seguro de salud es financiado en forma tripartita por: los patrones aportan 9.25%, los trabajadores 5.50% y el Estado 0.25%. En las demás modalidades, las tasas de cotización son menores al 15% por lo que los trabajadores asalariados y sus patrones subsidian a las otras categorías.
<b>Cobertura</b>	81.8%
<b>Características generales</b>	Existen dos subsistemas de salud: el público y el privado. Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) son establecimiento que proveen de atención primaria a la población cubierta por el sistema de salud pública. Con el fin de ampliar la cobertura del primer nivel de atención, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) compra servicios a seis cooperativas de salud que se encuentran en áreas de difícil acceso geográfico. Además, hay dos estrategias adicionales para complementar la cobertura, la medicina mixta y el médico de empresa. En la primera, los usuarios pagan la consulta a médicos privados

Fuente: Diseño de la metodología para la elaboración del primer informe nacional de calidad de la atención en salud en salud en Colombia. Bogotá, 2009. Synergia Unisabana UT.

**Anexo 6. Gasto en salud como porcentaje del PIB para países seleccionados.  
(OMS, 2006)**

## Anexo 7. Metodología del trabajo de campo

País	Gasto en salud como porcentaje del PIB
Estados Unidos de América	15.2
Suiza	11.4
Francia	11.2
Alemania	10.7
Argentina	10.2
Austria	10.2
Portugal	10.2
Grecia	10.1
Canadá	9.8
Bélgica	9.6
Dinamarca	9.4
Islandia	9.4
Países Bajos	9.2
Suecia	9.2
Noruega	9.1
Italia	8.9
Nueva Zelanda	8.9
Australia	8.8
España	8.2
Irlanda	8.2
Japón	8.2
Reino Unido	8.2
Uruguay	8.1
Brasil	7.9
Irán	7.8
Paraguay	7.8
Cuba	7.6
Honduras	7.5
Colombia	7.3
Panamá	7.3
Bolivia	7.1
Costa Rica	7.1
República Checa	7.1
El Salvador	7.0
México	6.4
Polonia	6.2
Corea	6.0
Chile	5.4
Ecuador	5.3
Guatemala	5.2
India	5.0
China	4.7
Venezuela	4.7
Perú	4.5
Iraq	4.1
Corea del Norte	3.5
Emiratos Árabes Unidos	2.6
Omán	2.5

El diseño de la metodología y la ejecución del trabajo de campo se llevaron a cabo en las siguientes etapas.

## **1. Selección de localidades**

La selección de las localidades consideró los siguientes criterios:

- Porcentaje de familias con SP e IMSS;
- Tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias y diarreicas agudas por entidad federativa;<sup>19</sup>
- Nivel de marginación de las entidades federativas en México de acuerdo al Banco Mundial;
- Porcentaje de clínicas y hospitales certificados por la Secretaría de Salud a nivel Estatal; y
- Principales actividades económicas.

En total se seleccionaron 20 localidades del país distribuidas en 6 entidades federativas. Se incluyen localidades de distintos municipios y zonas geográficas regionales (norte, centro y sur) que a su vez presentan distintas características sociales acorde al tamaño de su población (urbano, suburbano y rural) y diferentes niveles de marginación (muy alta, alta y media). Adicionalmente, se cruzó esta información con estadísticas de infraestructura en salud, mortalidad por enfermedades respiratorias y diarreicas, actividades económicas principales y la cobertura del SP e IMSS. Lo último, para tener seguridad de que en dichas localidades hubiera una presencia significativa de familias beneficiarias de ambos esquemas de salud.

Estado	Localidades	%IMSS (INEGI)	%SP (INEGI)	Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas (SSA)	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (SSA)	Marginación (Banco Mundial)	Hospitales certificados (SSA)
Nacional				30.7	18.4		20.30%
Yucatán	1. Mérida 2. Izamal 3. Umán 4. Kanasín	58%	31%	22.2	24.3	Alta Marginación	12.5%
Tabasco	1. Villahermosa 2. Tacotalpa 3. Pueblo Nuevo	32%	56%	26.7	18.2	Alta Marginación	25.00%
Chiapas	1. Tuxtla Gutiérrez 2. San Cristobal 3. Aldama 4. Suchiapa	30%	55%	36.5	49.2	Muy Alta Marginación	3.1%

<sup>19</sup> Tasa por cada 100,000 niños menores de 5 años. Secretaría de Salud.

Estado	Localidades	%IMSS (INEGI)	%SP (INEGI)	Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas (SSA)	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (SSA)	Marginación (Banco Mundial)	Hospitales certificados (SSA)
Guanajuato	1.Guanajuato 2.Marfil 3.Los Rodríguez	53%	38%	19	17.9	Media Marginación	24%
Veracruz	1. Veracruz 2. Boca del Río 3. El Conchal	52%	33%	22.4	20.3	Alta Marginación	12.1%
San Luis Potosí	1. Cuidad Valles 2. Tamuin 3. San Antonio	56%	32%	27.5	19.1	Alta Marginación	12%

## 2. Tamaño de la muestra

Se llevaron a cabo entrevistas a 60 propietarios de micronegocios y 61 encuestas a beneficiarios del SP.

Las características generales de la muestra de micronegocios se presentan en la siguiente tabla.

Variable	Valor
Número de entrevistas	48
Negocios encuestados en zonas rurales	33.3%
Negocios encuestados en zonas urbanas	43.8%
Negocios encuestados en zonas semiurbanas	22.9%
Distribución de Negocios por Giro:*	
Comercio de Alimentos (abarrotes/tienditas/estanquillos/leche y derivados/tortillerías/panadería/fruta y verdura/agua purificada)	17
Restaurante/venta de comida preparada	11
Ferretería/materiales de construcción/herrería/albañilería	7
Taller de autos/refaccionaria/eléctrico	7
Servicios (Lavandería/estética/sastrería/imprenta/hospedaje)	7
Comercio (plásticos/mercería/farmacia/muebles/papelería/zapatería/belleza/artesanías)	12
Negocios formales: Todos sus trabajadores están registrados ante el IMSS	43.8%
Negocios informales: Ninguno de sus trabajadores está afiliado al IMSS	35.4%
Negocios semiformales: Una parte de los trabajadores están afiliados al IMSS	20.8%

\*Los giros de los negocios encuestados fueron agrupados por tipo de actividad comercial o de servicios

El cuestionario para beneficiarios del SP fue respondido por jefes de familia o cónyuges de jefes de familia. Las principales características de los encuestados que componen la muestra estudiada, se presentan en la siguiente tabla. Los cuestionarios a beneficiarios debían ser respondidos por los jefes de familia o cónyuge del jefe de familia. En el caso de las encuestas a

beneficiarios del SP, el 28% corresponde a las zonas rurales y el 72% a las zonas urbanas. En la zona rural, el ingreso promedio per cápita es de 750 pesos mensuales y en la zona urbana de 971. Esto indica que los encuestados se encuentran en los límites de pobreza alimentaria, capacidades y de patrimonio. Destaca el hecho de que el 82% de los encuestados tiene como nivel de instrucción la secundaria o menos. Del mismo modo, el 58% de los encuestados declaró que algún miembro de su hogar recibe los beneficios del programa Oportunidades.

Variable	Valor
Total encuestados	61
Rural	27.9%
Urbano	72.1%
Edad promedio	40
Número promedio de miembros del hogar	4.13
Trabaja	59.0%
Ingreso per cápita del hogar promedio al mes zona rural	750
Ingreso per cápita del hogar promedio al mes zona urbana	971
Sin instrucción	6.6%
Algún grado de primaria	50.8%
Algún grado de secundaria	24.6%
Más de secundaria	18.0%
Porcentaje de viviendas con agua de red pública	82.7%
Hogar con Oportunidades	57.6%

Fuente: Estimaciones propias con base en la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular levantada por Fundación Ethos. Agosto, 2010.

### 3. Cuestionarios

Durante la etapa de planeación, el equipo de Fundación Ethos coordinó el diseño de los cuestionarios y las actividades previas al levantamiento de la información. Se llevaron a cabo diversas reuniones para discutir el contenido de las secciones que integran cada uno de los cuestionarios. Una vez concluidas estas reuniones, los cuestionarios fueron enviados a expertos en evaluación y trabajo de campo con el fin de obtener retroalimentación y comentarios del contenido de los instrumentos. Dentro de los expertos que brindaron retroalimentación a los cuestionarios se encuentran:

**Ricardo Cesar Aparicio.** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

**Martín Lima Velázquez.** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

**Karina Córdova.** Universidad de Arizona.

**Edwin Van Gameren.** El Colegio de México (COLMEX).

Con el fin de determinar si existen incentivos por parte de empleadores (o encargados de negocios) para abandonar el IMSS por el SP, se diseñó el cuestionario de negocios. Este cuestionario contiene información relevante que nos permite conocer la percepción, satisfacción y elección de los empleadores entre distintos esquemas de salud, tanto para ellos, como para sus trabajadores. El cuestionario para negocios se compone de tres secciones: la primera contiene información de los negocios que cuentan con registro ante el

IMSS, la segunda investiga acerca de negocios que no tienen IMSS pero cuyos trabajadores están afiliados al SP por su propia voluntad y, finalmente, se recaba información referente a ambos tipos de negocios. Esta última parte permitirá capturar información sobre los negocios que operan bajo sistemas mixtos. Los principales temas que incluye el cuestionario son:

- Características generales de los negocios (giro, tipo de registro ante la SHCP, número de trabajadores, registro ante el IMSS u otras formas de protección en salud, grado de formalidad, entre otros).
- Percepción de los beneficios y costos de estar afiliado al IMSS.
- Percepción de los beneficios y costos de la existencia de un esquema como el SP.
- Percepción de las ventajas y desventajas entre un esquema y otro, así como los incentivos que tendrían para cambiar de esquema o permanecer en el mismo.

Por su parte, el cuestionario de beneficiarios del SP busca identificar las características sociodemográficas de la población, incluyendo la estimación del gasto en salud, así como la disposición a pagar por acceder a un sistema de salud eficiente y oportuno. El cuestionario para beneficiarios del programa contiene información relevante de la percepción de los beneficiarios acerca del funcionamiento del programa. En particular, este cuestionario incluye los siguientes temas:

- Características socio demográficas y económicas de los usuarios del SP (edad, sexo, nivel educativo, actividad principal, ingreso y gasto total del hogar e infraestructura de la vivienda)
- Acceso y disponibilidad de los servicios de salud por parte del SP
- Cuotas pagadas por la afiliación del SP
- Pago de bolsillo por causas de salud
- Tiempo para llegar al centro de salud y ser atendido
- Satisfacción con el servicio del SP
- Trato recibido por parte del personal de salud
- Preferencia de afiliación al IMSS o SP
- Disposición de pago por un servicio de salud oportuno y de calidad

#### **4. Trabajo de campo**

Los responsables de llevar a cabo las entrevistas a los propietarios de negocios fueron estudiantes destacados de distintas universidades del país. A estos estudiantes se les capacitó en las instalaciones de Fundación Ethos con el fin de que estuvieran familiarizados tanto con el tema de informalidad y los sistemas de salud, como con los cuestionarios, de modo que pudieran explotar lo mejor posible su trabajo en campo. Dentro de esta capacitación se analizaron cada una de las preguntas de los dos diferentes cuestionarios de modo que los encuestadores estuvieran familiarizados con:

- La información cualitativa y cuantitativa que se buscaba obtener
- El contexto y razonamiento detrás de la inclusión de cada una de las preguntas de los cuestionarios

- Las preguntas de control
- Preguntas asociadas a características de la condición socioeconómica de hogares y negocios
- El protocolo a seguir (presentarse adecuadamente con los encuestados, portar su gafete de identificación, vestimenta adecuada, llevar un registro diario de su información, trato amable hacia los encuestados, entre otras).

Como complemento a la capacitación, se llevaron a cabo pruebas piloto en las delegaciones Tlalpan y Coyoacán del Distrito Federal. En dichas pruebas los encuestadores tuvieron la oportunidad de poner en práctica lo aprendido en la capacitación. Asimismo, cabe señalar que de manera independiente los encuestadores ubicaron a la población objetivo del estudio, de manera que se les pudiera aplicar los cuestionarios correspondientes.

## **5. Funciones de los entrevistadores**

Cabe mencionar que los entrevistadores fueron responsables de identificar negocios que, de acuerdo a sus características, tuvieran mayores probabilidades de cambiar un esquema de salud como el IMSS por el SP. A pesar de que cualquier tamaño de negocio puede tener prácticas informales, se buscó identificar a los que tuvieran mayor propensión (en general negocios pequeños y de bajo perfil). De esta forma, los entrevistadores debían ubicar negocios que no pertenecían a grandes cadenas y que tuvieran entre 1 y 10 trabajadores. Adicionalmente, su tarea consistió en identificar beneficiarios del SP en las clínicas o que pudiesen ser trabajadores dentro de los mismos negocios entrevistados. Lo anterior, con el fin de que éstos proporcionaran información relacionada con el servicio.

Los encuestadores debían realizar entrevistas directas y lograr que los individuos encuestados hablaran sobre sus experiencias y percepción sobre la forma en la que los sistemas de salud cubren sus expectativas y necesidades.

Después de las entrevistas, los encuestadores debían revisar la información recabada para asegurar que estuviera correctamente vaciada en los formatos que posteriormente serían pasados a formatos digitales.

## **6. Aspectos a examinar en las entrevistas**

A través de las visitas de campo se buscó obtener información acerca de los siguientes temas:

- i) *El Seguro Popular incentiva la economía informal.*

En esta línea se busca conocer si la existencia del SP incentiva a los negocios afiliados al IMSS a cambiar de sistema de salud, perdiendo su afiliación y engrosando las filas de la informalidad.

- ii) *El IMSS representa altos costos para los negocios, lo cual reduce el nivel de salarios y ganancias, orillando a patrones y empleados a preferir operar en la informalidad.*

Derivado de la definición de informalidad adoptada en este estudio, el IMSS representa la contraparte del SP. Por esta razón, resulta de alta importancia conocer los incentivos que el IMSS genera para que los negocios operen dentro de su esquema. Adicionalmente, el saber si los patrones están abandonando el sistema del IMSS permite ubicar la causalidad de los incentivos a la informalidad que el sistema de salud en su totalidad pudiese estar creando.

*iii) Percepción de la calidad de los servicios de salud que se ofrecen tanto en el SP como en el IMSS.*

De manera adicional al impacto del sistema de salud en la economía informal, se buscó obtener información acerca de la percepción de los usuarios sobre los servicios médicos del SP para poder identificar si representan una alternativa real para la población no derechohabiente de ningún sistema de salud. Los temas en esta sección incluyen acceso, tiempos de atención, gastos realizados, trato por parte del personal, cobertura de diferentes enfermedades, entrega de medicamentos, entre otros.

## **7. Captura, limpieza y análisis de la información**

La captura de la información se llevó a cabo en las instalaciones de Fundación Ethos a través de un sistema diseñado por investigadores de dicha institución. Los entrevistadores fueron los responsables de llevar a cabo la captura y la corrección de errores y omisiones. La limpieza de la información consistió en las siguientes tareas:

- Recodificar preguntas abiertas.
- Verificar que los “saltos” o “filtros” fueran seguidos correctamente y hacer las correcciones pertinentes en caso de que la omisión de datos no fuera por los saltos o filtros.
- Asignar los nombres a las variables tan claramente como fuera posible.
- Verificar datos numéricos.

Una vez procesada toda la información, se llevó a cabo el análisis de la misma. Los resultados obtenidos de dicho análisis fueron consultados con expertos y funcionarios de alto nivel. El objetivo de este acercamiento fue conocer sus opiniones en relación a los efectos del arreglo actual en materia de salud sobre la economía informal y la eficiencia de éste.

**Anexo 8. Cuestionarios aplicados a  
micronegocios y a beneficiarios del SP en  
distintas localidades de México**

Evaluación Seguro Popular  
*Cuestionario para Negocios*



Este cuestionario debe ser contestado por el propietario del negocio o encargado.

Número de cuestionario

<b>Ubicación Geográfica</b>	
1) Entidad Federativa	
2) Municipio	
3) Localidad	
4) Estrato	1. Rural 2. Urbano
<b>Dirección</b>	
Colonia	
Calle y número	

<b>Datos del negocio</b>	
Nombre del negocio	
Giro principal del negocio	
Número de trabajadores	

<b>Nombre del entrevistador</b>	<b>Fecha de la entrevista</b>	<b>Hora de la entrevista</b>
	dd / mm / aaaa	/ Hrs min

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

**Evaluación Seguro Popular**  
**Cuestionario para Negocios**



**Sección: Perfil del Negocio (PN)**

**Sr(a) comenzaré la entrevista preguntándole sobre algunas características de este negocio.**

1. ¿En qué mes y año inició/adquirió este negocio?	1. _____ / _____ Mes Año 2. Desde hace cuanto tiempo
2. Este negocio, ¿está registrado ante la Secretaría de Hacienda como persona física o moral?	1. Persona física 2. Persona moral 3. No está registrado → 4
3. ¿Bajo qué régimen esta dado de alta el negocio? (Nota: <b>Personas físicas:</b> régimen de pequeños contribuyentes REPECOS hasta 2 millones al año de ingresos brutos, régimen intermedio hasta 4 millones al año, régimen empresarial para actividades comerciales, industriales, silvícolas, ganaderas, agrícolas <b>Personas Morales:</b> Régimen simplificado o general )	1. Personas físicas: Régimen de pequeños contribuyentes 2. Personas físicas: Régimen intermedio 3. Personas físicas: Régimen empresarial 4. Personas morales: Régimen simplificado o general
4. ¿Los trabajadores son...?  <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. Asalariados 2. Por destajo 3. Comisión 4. Otro (especificar)
5. ¿Los trabajadores de este negocio están afiliados a algún sistema de protección o seguridad social?	1. IMSS 2. Seguro Popular → 16 3. Mixto (IMSS y SP, ninguno y otro) cuántos de cada uno 3.1 Cuantos IMSS _____ 3.2 Cuantos SP _____ 3.3 Cuantos Otro (Cual) _____ 3.4 Cuantos ninguno _____ 4. Otro (especificar) _____ 5. Ninguno → 16
6. Al mes ¿Cuánto le cuesta la aportación al IMSS del total de los sueldos?	1. \$ _____
7. ¿Puede pagar ese costo para el total de su nomina (número de empleados) durante todo el año?	1. Si 2. Sólo una parte (cuántos) _____ 3. Tiene que realizar ajustes de acuerdo con temporadas (despidos, contratación eventual, otro?)
8. ¿El IMSS le da flexibilidad para reducir/aumentar su nómina de acuerdo con los niveles de actividad económica (en temporadas buenas/malas)?	1. Si 2. No 9. No sabe

# Evaluación Seguro Popular

## *Cuestionario para Negocios*

ethos fundación

Evaluación Seguro Popular  
Cuestionario para Negocios



**Entrevistador: Si sólo tiene IMSS pasar a la pregunta 22.**

16. ¿Está afiliado usted al SP?	1. Si 2. No
17. ¿Sabe si sus trabajadores lo están?	1. Si ( <i>si algún trabajador lo está aplicar a ese trabajador el cuestionario de jefe de hogar</i> ) 2. No están afiliados

**Entrevistador: Si él o sus empleados tienen SP seguir con la 18. En caso de ser otro o ninguno pasar a la pregunta 21.**

18. ¿Cree Ud. que el SP resulta una buena alternativa para reducir costos y que al mismo tiempo sus empleados continúen con acceso a servicios médicos?	1. Si 2. No 9. No sabe
19. ¿El SP le permite mantener la nomina (el número de empleados) constante durante el año?	
20. ¿El SP le permite mantener su nivel de gastos manejable durante el año?	1.Si 2.No
21. ¿Su negocio estuvo afiliado al IMSS anteriormente?	1. Si 2. No
22. ¿Utiliza alguna otra prestación (como seguros de vida, invalidez o pensiones) de alguna institución pública? ( <i>detallar de que tipo y que institución la provee</i> )	1. Seguros de vida: _____ 2. Invalidez: _____ 3. Pensiones: _____ 4. Otra (especificar) _____
<b>(Circule todas las que apliquen)</b>	
23. ¿Le propuso o propondría a sus empleados utilizar el SP como medio de seguridad social?	1. Si 2. No
24. ¿Tendría algún incentivo para afiliar a sus empleados a IMSS?	1. Si 2. No
25. ¿Qué ventajas o desventajas le ocasionaría afiliar a sus empleados al IMSS?	1. Ventajas _____ _____ 2. Desventajas _____ _____
26. ¿Qué desventajas o ventajas cree usted que tiene el SP en comparación con el IMSS?	1. Ventajas _____ _____

Evaluación Seguro Popular  
**Cuestionario para Negocios**



	2. Desventajas _____ _____ _____
<b>27.</b> ¿Qué otras cargas fiscales tiene su negocio (IVA, ISR, IETU)?  <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. IVA 2. ISR 3. IETU 4. Otro (especificar) _____ 5. Ninguna
En total, ¿cuánto representan las cargas fiscales del total de sus ingresos mensuales (aproximadamente)?  <b>Especificar periodo (mensual, bimestre, trimestre, etc.)</b>	1. _____ (porcentaje) Periodo _____ 99. No quiso contestar
<b>28.</b> Aproximadamente ¿cuánto gasta en salarios mensualmente?	1. \$  . . _ _ _ _ _ _ _
<b>29.</b> En el último mes ¿cuáles fueron los ingresos brutos (antes de impuestos y gastos) del negocio?	1. \$  . . _ _ _ _ _ _
<b>30.</b> En el último mes, aproximadamente ¿cuáles fueron los costos del negocio?	1. \$  . . _ _ _ _ _ _
<b>31.</b> ¿Existen temporadas en donde bajan dramáticamente las ventas o servicios?	1. Si 2. No → Sección calidad del cuestionario
<b>32.</b> ¿Qué hace para afrontar esta situación?  <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. Despedir trabajadores 2. Disminuir sueldos 3. Vender activos 4. Solicitar créditos 5. Nada 6. Otro (especificar) _____

**Sección Calidad de la entrevista (CE)**

Para terminar dígame (...)

<b>33.</b> ¿Qué opina de la encuesta en general?	_____ _____ _____ _____
--	----------------------------------

Evaluación Seguro Popular  
*Cuestionario para Negocios*



34. ¿Hay algún tema de su interés que faltó cubrir?	_____ _____ _____ _____
<b>Las siguientes preguntas deben ser respondidas por el entrevistador.</b>	
35. ¿Qué preguntas le resultaron interesantes al encuestado?	
36. ¿Qué preguntas le resultaron confusas o difíciles al encuestado?	

CONFIDENCIAL

## Evaluación Seguro Popular

### Cuestionario para beneficiarios del SP

Este cuestionario debe ser contestado por algún miembro del hogar, de preferencia jefe de familia, que cuente con Seguro Popular. Si ningún miembro del hogar tiene seguro popular NO HACER ENCUESTA.

Número de cuestionario

Lugar de la entrevista

- |                      |
|----------------------|
| 1.Negocio            |
| 2.Centro de salud    |
| 3.Otro (especificar) |

#### Ubicación Geográfica Hogar

1) Entidad Federativa	
2) Municipio	
3) Localidad	
4) Estrato	1. Rural 2. Urbano
5) Colonia	
6) Calle y número	

Nombre del entrevistador	Fecha de la entrevista	Hora de la entrevista
	dd / mm / aaaa	/ Hrs min

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Evaluación Seguro Popular  
**Cuestionario para beneficiarios**   
**ethos fundación**

**DEFINICIÓN DE HOGAR**

Es una persona o grupo de personas unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en una parte o el total de una vivienda y que usualmente consumen de los alimentos que se preparan con un mismo gasto en una misma estufa o fogón.

**Sección Características del Hogar (CH)**

1. ¿Cuántos años tiene usted?	1. <u>  </u> años	
2. Sexo	1. Hombre    2. Mujer	
3. ¿Cuál es el nivel y grado de escolaridad de usted?	<b>Nivel</b> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria/telesecundaria 4. Prepa/bachillerato 5. Normal Prerrequisito: _____ 6. Carrera técnica o comercial Prerrequisito: _____ 7. Superior 8. Otro	<b>Grado</b> 1. Completo 2. incompleto
4. Actualmente, ¿está trabajando en alguna actividad que ayude al gasto del hogar?	1. Si 2. No → 7	
5. ¿Cuál es su actividad principal?	_____	
6. ¿Su trabajo es (...)?	1. a. Jornada completa b. Medio tiempo 2. a. Permanente b. Estacional	
7. Aproximadamente, ¿cuál es el ingreso mensual <b>TOTAL</b> del hogar?	1. \$ <u>      </u> , <u>      </u> → 9 2. No sabe	
8. El ingreso <b>TOTAL</b> mensual del hogar, ¿es (...)?  <b>(Leer opciones)</b>	1. Menor a 1000 2. 1000-2000 3. 2000-4000 4. 4000-6000 5. 6000-10,000 6. 10,000-15,000 7. 15,000-20,000 8. 20,000-30,000 9. Más de 30,000	
9. En el último mes o semana, ¿cuál fue el gasto total del hogar?	1. \$ _____ mes 2. \$ _____ semana	



## Evaluación Seguro Popular

## Cuestionario para beneficiarios *ethos fundación*

10. En el último mes o semana ¿Cuál fue el gasto <b>total</b> en salud (consulta, medicinas, estudios)?	1. \$ _____ mes 2. \$ _____ semana 2. No gastó
11. ¿ En su vivienda tienen agua de: <b>(Leer opciones)</b>	1. La red pública dentro de la vivienda? 2. La red pública fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? 3. Una llave pública? 4. Otra vivienda? 5. Una pipa? 6. Un pozo? 7. Un río, arroyo, lago u otro? 8. Otra (especificar) _____
12. ¿En su vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a: <b>(Leer opciones)</b>	1. La red pública? 2. Una fosa séptica? 3. Una tubería que va a dar a una barranca o grieta? 4. Una tubería que va a dar a un río, lago o mar? 5. No tiene drenaje
13. ¿Cuál es el material <b>principal</b> con que están construidas las paredes de su vivienda?	1. Lámina (de cartón, metal o asbesto) 2. Carrizo, bambú o palma 3. Madera o tejamanil 4. Adobe 5. Panel 6. Tabique, ladrillo, tabicón, block 7. Piedra o cantera 8. Concreto 9. Otro (especificar) _____
14. ¿Cuenta con electricidad en su vivienda?	1. Si 2. No
15. ¿Usted o algún miembro de su hogar recibe el programa Oportunidades?	1. Si, yo 2. Si, otro miembro del hogar 3. Ningún miembro del hogar
16. ¿Cuántos niños de 12 años o menos viven en su hogar?	1.  __  Niños menores de 12 años
17. ¿Cuántos adultos mayores de 12 años viven en su hogar?	1.  __  Adultos mayores de 12 años

### Sección: Seguro Popular (SP)

Sr(a) ahora le voy a preguntar sobre los servicios de salud.

18. ¿Usted cuenta con Seguro Popular (SP) o seguro médico nueva generación?	1. Si 2. No → <b>(buscar otro miembro del hogar o proceder con otra persona)</b>
---	---

## Evaluación Seguro Popular

### Cuestionario para beneficiarios



ethos fundación

19. ¿Desde hace cuánto tiempo usted tiene Seguro Popular?	1. ____ años 2. ____ meses 3. ____ semanas
20. En caso de requerir servicios médicos, por enfermedad o alguna emergencia, ¿a dónde acude? <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. SSA 2. SS Estatales 3. Hospital, clínica o médico privado (curandero, etc.) 6. DIF 7. Unidad móvil 8. Cruz roja 9. Dispensario médico 10. Consulta en Farmacia 11. Otro (especificar)
21. ¿Qué servicios médicos existen en su localidad (colonia, barrio, pueblo especificar)? <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. SSA (hospital/clínica) 2. IMSS (hospital/clínica) 3. SS Estatales 4. ISSSTE (hospital/clínica) 5. PEMEX, SEDENA, MARINA (hospital/clínica) 6. Hospital o clínica privado(hospital/clínica) 7. DIF(hospital/clínica) 8. Unidad móvil 9. Cruz roja 10. Dispensario médico 11. Consulta en Farmacia 12. Otro (especificar)
22. ¿A cuáles de estos centros de salud tiene acceso a por medio del SP?	1. _____
23. ¿Pagó alguna cuota de afiliación al SP?	1. Si 2. No → 26
24. ¿Cuál es el monto de la cuota que pagó por afiliarse al SP?	1. \$ _____ (si cuenta con algún recibo de pago de cuota del Seguro Popular, cotejar).
25. ¿Cada cuánto tiempo tiene que volver a pagar cuota de afiliación del SP?	1. Cada 6 meses 2. Cada año 3. Otro (especificar)
26. La última vez que se enfermó o tuvo un accidente, usted o algún miembro del hogar ¿Tuvo que pagar de su propio bolsillo servicios médicos, medicinas, consultas, estudios, otros? <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. Consultas 2. Medicinas 3. Análisis de laboratorio/radiografías 4. Vacunas 5. Salud reproductiva (embarazo y anticoncepción) 6. Otros (especificar) _____ 7. No → 29



## Evaluación Seguro Popular

## Cuestionario para beneficiarios

**ethos fundación**

<b>Hace cuanto tiempo fue:</b>	
27. La última vez que se enfermó o tuvo un accidente, usted o algún miembro de la familia, ¿Cuánto tuvo que pagar por (...)?	1. Consulta, revisión \$ _____ 2. Medicamentos \$ _____ 3. Análisis/radiografías \$ _____ 4. Salud reproductiva (embarazo y anticoncepción) \$ _____ 4. Otro (especificar)\$ _____
28. ¿Con qué dinero pagó los gastos en salud de la pregunta anterior?  <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. Vendió productos, artículos o activos 2. Pidió prestado 3. Tomó de sus ahorros 4. Redujo gastos propios o del hogar 5. Sacó a algún miembro del hogar de la escuela 6. Algun miembro del hogar tuvo que entrar a trabajar 7. Hizo algún trabajo 8. Otro (especificar)
29. ¿El Seguro Popular cubre los servicios de (...)?  <b>(Circule todas las que apliquen)</b>	1. Consulta, revisión \$ _____ 2. Medicamentos \$ _____ 3. Análisis/radiografías \$ _____ 4. Salud reproductiva (embarazo y anticoncepción) \$ _____ 5. Otro (especificar)\$ _____
30. ¿Los centros de salud que puede usar por el SP son de fácil acceso (distancia)?	1. Si 2. No, ¿por qué? _____ _____
31. ¿Los servicios de salud que puede usar por el SP son de fácil disponibilidad (se tiene que realizar cita o puede llegar y ser atendido incluso a deshoras o fines de semana)?	1. Si 2. No, ¿por qué? _____
32. ¿Cuál es el costo de transporte de ida para llegar al centro de salud más cercano que puede usar por el SP?	1. \$ _____ Si no sabe dar aproximado, calcular cuántos camiones o rutas, etc. <i>(costo final = costo de ida x2)</i>
33. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de salud?	1.  _____  ____  Hrs. Min
34. La última vez que acudió a un centro de salud que puede usar por el SP, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido?	1.  _____  ____  lo atendieron Hrs. Min. 2.  _____  ____  no lo atendieron Hrs. Min. 9. No sabe

**Evaluación Seguro Popular**  
**Cuestionario para beneficiarios** **ethos fundación**



**Sección: Calidad de servicios y atención (CSA)**

Ahora le voy a preguntar sobre la calidad del servicio y la atención recibida en los centros de salud.

35. Cuando acude a algún centro de salud de la red de SP, ¿Ud. ha quedado satisfecho con el servicio que le han ofrecido?	1. Si ¿por qué? _____ _____ _____  2. No ¿por qué? _____ _____ _____
36. ¿Le han dado los medicamentos que le han recetado por parte del SP?	1. Si 2. No 3. No le han recetado medicamentos
37. ¿Le han brindado información acerca de los diagnósticos y tratamientos recibidos cuando hace uso del SP?	1. Si 2. No
38. Cuando ha requerido hospitalización o uso de facilidades ¿le han facilitado una cama?	1. Si 2. No → 40 3. No lo ha requerido → 40
39. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le dieran la cama?	1. _____ Hrs. Min
40. ¿Cómo califica el trato que ha recibido del personal de salud cuando hace uso del SP?	_____ _____ _____ _____ _____
41. ¿Siente confianza con el personal de salud?	1. Si 2. No ¿Por qué? _____ _____ _____
42. ¿La atención va de acuerdo con sus costumbres y cultura) (por ejemplo que el doctor sea hombre y ocasione incomodidad para ciertos estudios a mujeres, etc.)?	1. Si ¿por qué? _____ _____ _____  2. No
43. ¿Cómo cree usted que es, en general, la	1. _____

Evaluación Seguro Popular

*Cuestionario para beneficiarios*



ethos fundación

atención médica?	_____ _____ _____ _____ _____ _____
44. ¿Cómo cree usted que sea la atención ante enfermedades más graves como cáncer, diabetes, hipertensión, etc.? (Dejar abierto primero y si no dar las siguientes opciones: le brindan seguimiento periódico, le brindan los medicamentos necesarios, le hacen estudios de rutina, los han referido a unidades de salud o personal médico especializado)	1._____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 9. No sabe
45. ¿Usted sabe cuáles son los servicios que da el IMSS?	1.Si 2.No → 47
46. ¿Sabe cuáles son los requisitos para afiliarse?	1._____ _____ _____ 9. No sabe
47. ¿De tener la posibilidad preferiría estar dada de alta en el IMSS?	1.Si 2.No
48. ¿Qué espera Ud. de un programa que atienda las necesidades de salud de la población? ¿Qué elementos esperaría que estuvieran incorporados en un sistema de protección social ideal?	_____ _____ _____ _____
49. ¿Cuál es el ingreso mensual de usted?	1. \$_____ 2. No tiene ingresos → 51
50. De su ingreso mensual ¿cuánto estaría usted dispuesto a pagar para obtener este sistema de salud que quisiera?	1. \$_____
51. ¿Usted estaría dispuesto a cumplir con trámites necesarios para acceder a un sistema de salud como el que desearía? (pagar cuotas,	1. Pagar cuotas 2. Pagar impuestos 3. Darse de alta ante instituciones



## Evaluación Seguro Popular

## Cuestionario para beneficiarios

ethos fundación

pagar impuestos, darse de alta ante instituciones gubernamentales como Hacienda)	gubernamentales (como Hacienda, IMSS) 4. No
<b>(Circule todas las que apliquen)</b> 52. ¿Le realizaron algún estudio o usted contestó algún cuestionario para determinar si iba a pagar o no cuota en el SP?	1. Si 2. No

### Sección Calidad de la entrevista (CE)

Para terminar dígame (...)

53. ¿Qué opina de la encuesta en general?	_____
54. ¿Hay algún tema de su interés que faltó cubrir?	_____
Las siguientes preguntas deben ser respondidas por el entrevistador.	
55. ¿Qué preguntas le resultaron interesantes al encuestado?	_____
56. ¿Qué preguntas le resultaron confusas o difíciles al encuestado?	_____

## Bibliografía

- Acevedo-García, D. (2009). The Relationship Between Remittances and Health Care Provision in Mexico. *American Journal of Public Health*, 99 (7), 1227-1231.
- Altman, M. (2007). What are the Policy Implications of the Informal Sector Becoming the Informal Economy? Conferencia sobre Empleo y Desarrollo IZA/WB de Human Sciences Research Council, Sudáfrica.
- Aguilera, N. & Velázquez, C. (2005). Los Efectos de la Informalidad. *Revista de Seguridad Social*, 254, 1-7.
- Apella, I. (2009). Economía Informal, Conceptos, Medición y Política Pública. *Documento de trabajo*. Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Arias, J., Azuara, O. Bernal, P. Heckman, J. & Villarreal, C. (2010). Policies to Promote Growth and Economic Efficiency in Mexico. *IZA Discussion paper 47410*.
- Arriagada, I., Aranda, V. & Miranda, F. (2005). *Políticas y Programas de Salud en América Latina*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- Barros, R. (2009). Wealthier But Not Much Healthier: Effects of a Health Insurance Program for the Poor in Mexico. *SIEPR Discussion Paper 09-002*.
- Campos-Vázquez, R. & Knox, M. (2008). Social Protection Programs and Employment: The Case of Mexico's Seguro Popular Program. *Serie de Documentos de Trabajo del centro de Estudios Económicos del Colegio de México*, 14.
- Chen, M. (2007). Rethinking the Informal Economy: Linkages with the Formal Economy and the Formal Regulatory Environment. *Working Paper Number 46*.
- Censo Nacional de Población y Vivienda 2000. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México. Disponible en [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2009). *Informe de Resultados del Sistema Nacional de Protección Social*. Mimeo, Secretaría de Salud, México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Evaluación de Consistencia y Resultados del SP*. Responsable: Investigación en Salud y Demografía, S.C. (INSAD), 2007. México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de la Evaluación Específica de Desempeño, 2009 -2010. México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño, 2008 -2009*. México.
- Conteo Nacional de Población 2005. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México. Disponible en [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx).
- Dávila, E. & Guijarro, M. (2000). Evolución y Reforma del Sistema de Salud de México, Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.
- Davis, K. (1991). Inequality and Access to Health. *The Milbank Quarterly*, 69 (2), 253-273.

- Diseño de la metodología para la elaboración del primer informe nacional de calidad de la atención en salud en salud en Colombia. Bogotá, 2009. *Synergia Unisabana UT*.
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2008. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México. Disponible en [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx).
- Encuesta Nacional de Micronegocios (ENAMIN). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México. Disponible en [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx).
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2007, 2008, 2009 Y 2010. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México. Disponible en [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx).
- Encuesta Nacional de Salud INSP-SSA 2000. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) México. Disponible en [http://www.insp.mx/ensa/ensa\\_tomo2.pdf](http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf)
- Espinoza, H. & Ríos, V. (2006). Mecanismos de Protección Social de Salud en el Sector Informal Urbano del Perú. Documento de trabajo. Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación CEDEP. Lima, Perú.
- Esquivel, G. (Noviembre de 2010). Buenas intenciones, Malos Resultados/Política Social, Informalidad y Crecimiento Económico en México, de Santiago Levy. *Letras Libres*.
- Esquivel, G. & Ordaz-Díaz, J. (2008). ¿Es la Política Social una Causa de la Informalidad en México? *Ensayos*, 27(1), 1-32.
- Fajardo, G. (2001). La Descentralización de los Servicios de Salud en México, (1981-2000), *Elementos, Ciencia y Cultura*, 11(53), 45-51.
- Frenk, J. (2006). Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet*, 368, 954-961.
- Freije, S. (2001). El empleo informal en América Latina y el Caribe: Causas, Consecuencias y Recomendaciones de política. Serie *Documentos de Trabajo Mercado Laboral*. Venezuela: Instituto de Estudios Superiores de Administración IESA.
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) (Julio de 2002). Grupos focales sobre el Seguro Popular y medicamentos. *Centro de Análisis Social y Económico en Salud*.
- García-Verdú, R. (2007). Demographics, Human Capital and Economic Growth in Mexico: 1950-2005. *Working paper, The World Bank, Washington D.C.*
- Garrido-Latorre, F., Hernández-Llamas, H. & Gómez-Dantés, O. (2008). Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud en México. *Salud Pública de México*, 50(4), 429-436.
- González, A. (12 de abril de 2010). La decepción del Seguro Popular. *El Universal*, Ciudad de México.
- Guha-Khasnabis, B., Kanbur, R. & Ostrom, E. (2006). *Linking the formal and informal economy. Concepts and policies*. WINDER Studies in Development Economics.
- Hanse, K. (2010). Mantener las Promesas y Evitar Consecuencias Inesperadas: Impacto del SPSS 7 Años Despues de su Instrumentación. Presentación, ITAM, agosto de 2010, Ciudad de México.
- Hernández-Torres, J., Avila, L., Valencia, A., & Poblano, O. (2008). Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México. *Revista Salud Pública*. 10 (1), 18-32.

- Knaul, F., Arreola, H. & Méndez, O. (2005). Applying Analysis of Financial Protection in Health in the Mexican Health Reform of 2003: An Example of Evidence for Policy Making. EUROLAC, *Working Paper*. Washington D.C.
- Lakin, J. (2010). The end of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001-2007. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35 (3), 313-351.
- Laurell, A. (2007). Health System Reform in México: A Critical Review. *International Journal of Health Services*, 37(3), 515-535.
- Levy, S. (2008). *Good Intentions, Bad outcomes: Social Policy, Informality, and Growth in Mexico*. Washington D.C. The Brookings Institution.
- Loayza, N. (1997). The Economics of the Informal Economy. *Policy Research Working Papers*, Series 1727, The World Bank, Washington D.C.
- Maceira, D., Barbieri, E. & Lignelli, B. (2008). Gasto, Organización y Resultados en Salud. Américas y Europas. Cedes. Buenos Aires.
- Menzel, P. & Light D. (2006). Conservative Case for Universal Access to Health Care. *The Hastings Center Report*, 36 (4), 36-45.
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- Murray, C. & Frenk, J. (1999). *A WHO Framework for Health System Performance Assessment*. World Health Organization, Ginebra.
- Ochoa, S. (2008). Economía Informal Evolución Reciente y Perspectivas. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de Diputados LIX Legislatura. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/Economia%20informal.pdf>
- OIT (2007). *The Informal economy*. GB.298/ESP/4. Geneva.
- OIT (1972). *Employment, Incomes and Equality. A Strategy for Increasing Productive Employment in Kenya*. Ginebra.
- Pages, C. Genoni, E. & Scarpetta, S. (2005). Determinantes de la Informalidad. Comparación entre América Latina y Europa/Asia Central. Disponible en: <http://www.ciss.org.mx>
- Perry, G., Maloney, F., Arias, O., Fajnzylber, P., Andrew, M., & Saavedra-Chanduvi, J. (2007). *Informalidad: Escape y Exclusión*. Washington, D.C. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe.
- Porter, D. (1999). *Health, civilization and the state: A history of Public Health from Ancient to Modern Times*, Routledge. London-New York, 97-110.
- Presidencia de la República. 4º *Informe de Gobierno*, 2010. México. Disponible en: <http://cuarto.informe.calderon.presidencia.gob.mx/>
- Rivera Navarro J. (2007). *Políticas de Salud en México: Hacia la Búsqueda de un Nuevo Modelo*. México: Secretaría de Gobernación.
- Rodarte, R. (2003). Experiencias en la Medición del Sector Informal en México. *Revista de la Información y Análisis*, 23, 26-38.
- Ron, A. (2003). Desarrollo del sector de la salud en la región. En Molina, C. & Núñez, J. *Servicios de Salud en América Latina y Asia* (pág. 334). Washington D.C.
- Samaniego, N. (2009). El Crecimiento Explosivo de la Economía Informal. *Economía UNAM*, 5(13), 30-41.
- Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de evaluación*. México DF. Secretaría de Salud, 2006.

- Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación financiera*. México DF. Secretaría de Salud, 2006.
- Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos*. México DF. Secretaría de Salud, 2006.
- Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de efectos*. México DF. Secretaría de Salud; 2006.
- Seguro Popular de Salud. *Informe de Resultados del Segundo Semestre de 2009*. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx>
- Scott, John. (2006) "Seguro Popular Incidence Analysis" in Decentralized Service delivery for the Poor, Washington, D.C., World Bank Publications.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Soto, R. & Brena, G. (2006). ¿Qué es la Economía Informal? *Observatorio de la Economía Latinoamericana*. Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>
- Uthoff, A. (2008). Informalidad y protección social en América Latina. Documento para el debate. Trabajo presentado en el II Encuentro de Redes EUROSociAL. México, D.F.
- Thomas, J. & Penchansky, R. (1984). Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services. *Med Care*, 22, 553-568.
- Ugalde, A. & Homedes, N. (2009). Twenty-Five Years of Convoluted Health Reforms in Mexico. *PLoS Medicine*, 6 (8).
- Ugalde, A. & Homedes, N. (2008). La Descentralización de los Servicios de Salud: de la Teoría a la Práctica. *Salud Colectiva*, 4(1), 31–56.
- Ugalde, A. & Homedes, N. (2005). Las reformas Neoliberales del Sector Salud: Déficit Gerencial y Alienación del Recurso Humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 210–20.
- Vergara-Iturriaga, M. & Martínez-Gutiérrez, M. (2006). Financiamiento del Sistema de Salud Chileno. *Salud Pública de México*, 48(6), 512-521.
- World Health Organization (WHO). *World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, WHO, 2000.
- World Health Organization. *World Health Statistics 2010*. Geneva, WHO, 2010. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Part2.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Part2.pdf)
- Working for Health: *An Introduction to the World Health Organization*. World Health Organization, 2010. Disponible en [http://www.who.int/about/brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/about/brochure_en.pdf)

