



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
PUEBLA  
FACULTAD DE ECONOMÍA**

**MAESTRÍA EN ECONOMÍA**

**EVALUACIÓN DEL GASTO EN SALUD DE LOS  
HOGARES Y TRANSFERENCIAS DEL PROGRAMA  
SEGURO POPULAR 2014**

**T E S I S**  
QUE PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE  
**M A E S T R A E N E C O N O M Í A**  
P R E S E N T A

**CELIA FARIDE GARCÍA DÍAZ**

**ASESOR**

DR. ALBERTO CASTAÑÓN HERRERA

PUEBLA, PUE.

ENERO 2017

## **Agradecimientos**

A CONACYT porque gracias a él logre llegar hasta lugares que nunca imagine y conocer el verdadero significado de la frase “Para crecer hay que saber”.

A los recursos P.I.F.I. por permitirme tener una formación integral durante la maestría.

A mi madre porque a pesar de las adversidades nunca me dejo caer brindándome siempre su apoyo, por ser un ejemplo de vida para mí y a quien en especial le dedico este trabajo.

A mis asesores y revisores por brindarme todo el apoyo académico y profesional para terminar esta tesis sin los cuales no hubiera sido posible.

A mis profesores quienes a lo largo de la maestría me enseñaron de las capacidades que tenía para lograr mis sueños, brindándome confianza y todo su conocimiento.

## ÍNDICE GENERAL

Índice de Figuras .....	V
Índice de Gráficas.....	VI
Índice de Tablas.....	VII
Introducción.....	1
Capítulo I. Gasto social .....	5
I.1 El gasto social y su contexto mundial .....	5
I.2 Gasto social en Salud .....	6
I.3 Gasto social en Sistema de Protección Social.....	11
I.3.1 Origen, evolución y definición.....	11
I.3.2 Evolución de las normas de seguridad social.....	15
I.3.3 Características de las normas de Seguridad Social de acuerdo con la OIT.....	16
I.3.4 La financiación de la seguridad social .....	16
I.3.5 Elementos del sistema de protección social .....	23
Capítulo II. México y el Sistema de Protección Social .....	28
II.1 Sistema de Protección Social en México.....	28
II.2 Seguro Popular.....	32
II.2.1 Proceso de afiliación.....	35
II.2.2 Requisitos del programa .....	36
II.2.3 Fuentes de financiamiento .....	38
II.2.4 Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).....	39
II.2.5 Gasto de las familias .....	42
Capítulo III: Microsimulador.....	44
III.1 Presentación.....	44
Descripción de variables de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH).....	48
III.2 Base de datos .....	54
III.3 Simulador .....	64
III.4 Resultados.....	70
Capítulo IV: Resultados .....	71
IV.1 Condiciones actuales por institución.....	72
IV.1.1 Gastos de bolsillo .....	72
IV.1.2 Aportaciones tripartitas a las instituciones de protección social.....	77
IV.2 Escenarios IMSS, ISSSTE, SP y Seguro Universal (SU) .....	82
IMSS.....	82

ISSSTE .....	83
SP .....	84
Seguro Universal (SU) .....	85
Conclusiones.....	87
Bibliografía.....	89

## Índice de Figuras

Figura I.1: Composición del Sistema de Protección Social.....	15
Figura I.2: Clasificación de las normas seguridad social .....	15
Figura I.3: Características de la seguridad social .....	16
Figura I.4: Fuentes de financiación de la seguridad social.....	17
Figura I.5: Elementos de la seguridad social.....	23
Figura III.1: Descripción de variables de base de datos microsimulador.....	55
Figura III.2: Estructura de la base de datos .....	63
Figura III.3: Distribución de la base de datos por individuo .....	64
Figura III.4 Diagrama de proceso del simulador .....	65
Figura III.5: Tablas de cálculo de ingresos gravables .....	67
Figura III.6: Tablas de cálculo de cuotas tripartitas de Seguridad Social .....	68

## Índice de Gráficas

Gráfica I.1: Gasto en salud, sector público.....	7
Gráfica I.2: Esperanza de vida al nacer, total (años).....	8
Gráfica I.3: Índice de envejecimiento.....	10
Gráfica II.1: Población protegida por los servicios de salud.....	34
Gráfica II.2: Evolución del CAUSES 2003-2014 .....	40
Gráfica II.3: Gastos de salud desembolsados por el paciente.....	42
Gráfica II.4: Gastos en salud per cápita, PPA .....	43
Gráfica III.1 Histograma Factor de expansión de los hogares .....	56
Gráfica III.2: Ocupación de la población .....	62
Gráfica IV.1: Afiliación de la población 2014 .....	71
Gráfica IV.2: Gasto de bolsillo de los hogares por decil en 2014.....	73
Gráfica IV.3 Afiliaciones de hogares por tamaño de localidad.....	74
Gráfica IV.4 Gasto de bolsillo de los hogares .....	76
Gráfica IV.5 Cuotas tripartita del IMSS.....	77
Gráfica IV.6 Gastos de bolsillo y por transferencias de los hogares afiliados al IMSS.....	78
Gráfica IV.7 Cuotas tripartita del ISSSTE .....	79
Gráfica IV.8 Gastos de bolsillo y por transferencias de los hogares afiliados al ISSSTE ...	79
Gráfica IV.9 Aportaciones al SP .....	80
Gráfica IV.10 Gastos de bolsillo y por transferencias de los hogares afiliados al SP.....	81
Gráfica IV.11 Escenario IMSS.....	82
Gráfica IV.12 Escenario ISSSTE .....	83
Gráfica IV.13 Escenario SP.....	84
Gráfica IV.14 Escenario SU .....	85

## Índice de Tablas

Tabla I.1: Fuentes de fondos y programas alrededor del mundo.....	18
Tabla I.2: Elementos de Seguridad social de distintos países .....	24
Tabla II.1: Características del Sistema de Protección Social .....	29
Tabla II.2: Cuotas familiares de Seguro Popular en Salud para el ejercicio fiscal 2014.....	39
Tabla III.1: Aportaciones IMSS .....	45
Tabla III.2: Aportaciones ISSSTE.....	46
Tabla III.3: Aportaciones Seguro Popular.....	47
Tabla III.4: Variables de la tabla población .....	50
Tabla III.5: Variables de la tabla trabajo .....	51
Tabla III.6: Variables de la tabla ingreso .....	51
Tabla III.7: Variables de la tabla gastoshogar .....	52
Tabla III.8: Variables de la tabla concentradohogar.....	53
Tabla III.9: Valores de la variable <i>tam_loc</i> .....	57
Tabla III.10: Valores de la variable <i>est_socio</i> .....	58
Tabla III.11: Rangos de ingresos para pago de cuotas de SP.....	59
Tabla III.12: Afiliación a Sistemas de seguridad social al 2014 .....	59
Tabla III.13: Nueva afiliación al seguridad social al 2014.....	61
Tabla III.14: Valores Estado conyugal.....	62
Tabla III.15: Claves “P”, ingresos gravables.....	63
Tabla III.16: Variables socioeconómicas del simulador .....	66
Tabla III.17: Ingresos de los integrantes de hogar.....	66
Tabla III.18: Gastos en salud y no monetarios por transferencias del hogar.....	67
Tabla III.19 Tabla de gastos en salud por sector .....	69
Tabla III.20 Tabla de gastos en salud por sector y afiliación.....	69

## **Introducción**

Actualmente las demandas principales de la sociedad son el progreso y bienestar, y son solventadas por el gobierno mediante políticas públicas, utilizando herramientas de redistribución como el gasto público el cual permite proporcionar servicios básicos de educación, salud y programas sociales. Los recursos que se obtienen para el gasto público, establecido en Presupuesto de Egresos de la Federación, provienen del pago de impuestos, de ingresos por la venta de petróleo, de la venta de bienes y servicios públicos, y para el caso de seguridad social, de las aportaciones de los trabajadores y patrones al sistema de seguridad social.

En México los pilares de seguridad social son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional de México (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), entre otros, limitados a los trabajadores afiliados y sus familiares, y adicionalmente, creado en el 2003, el Instituto de Protección Social que tiene un sistema de financiamiento de salud: el Seguro Popular (SP). Este último creado para contrarrestar el empobrecimiento de las familias a causa de gastos de bolsillo.

El SP fue creado con el objetivo de alcanzar la “cobertura universal de salud”, ya que existía una gran parte de la población que no formaba parte de ningún sistema de protección social, y porque el gasto público en salud se distribuía de manera inequitativa en las instituciones de salud (Seguro Popular Guanajuato., s.f.). Además un objetivo primordial era disminuir los “gastos de bolsillo” de la población los cuales se definen como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud (Pérez, s.f.).

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), en su informe acerca de los resultados de distribución del pago de impuestos y recepción del gasto nos menciona: “ De acuerdo al informe de resultados del Seguro Popular al mes de junio de 2012, el número de afiliados fue de casi 53 millones de personas, lo que representó un incremento de 21.1% respecto a 2010”. Lo que implica que el seguro popular es progresivo en cuanto a afiliación. Así mismo, en el mismo informe se indica que el porcentaje de afiliados en las zonas rurales era menor que en la zona urbana:

“Las familias rurales cuentan con un acceso menor a los servicios de seguridad social. En el Programa de Seguro Popular, los hogares rurales representan el 34.1% del total de afiliados del sistema. Asimismo, la progresividad del Seguro Popular, medida a través de los hogares afiliados, es significativa en las zonas rurales (CC= -0.48).” (SHCP, 2015).

Complementado a lo analizado por la SHCP, Grogger, J., Arnold, T., Leon, A., & Ome, A., (2011) descubrieron que, de acuerdo con datos de la ENIGH, se han reducido los gastos en salud de áreas urbanas y rurales. En las zonas rurales, el acceso de los hogares a unidades de salud, es un factor determinante de disminución de gastos de bolsillos, ya que las que tiene acceso a unidades de salud grandes, observan una reducción mayor que las que tienen un acceso limitado.

Por lo que podemos afirmar que el SP si bien ha logrado un mayor porcentaje de afiliados, aún no ha logrado que la mayor parte de la población tenga acceso a los servicios médicos para disminuir sus gastos de bolsillo, es decir, hablamos de los hogares con menor ingreso, aunque exista evidencia del incremento el gasto público en salud. Aguilera (2010), en su reporte elaborado para México Evalúa, presenta algunos resultados en materia de salud y menciona que no hay una correlación positiva entre incremento del gasto y el incremento de los servicios de atención médica e infraestructura, que existe rezago en tecnología, existe un alto costo administrativo, y finalmente presenta una idea interesante con respecto a que no se tiene un uso eficiente debido a la falta de articulación de procesos y a que tenemos un sistema fragmentado, por lo que propone una convergencia del sector, lo que de acuerdo al Programa Nacional de Salud (PNS) será posible para el 2030, es decir, se habla de un sector universal, integrado, enfocado a la prevención y financiado principalmente con recursos públicos.

La presente investigación se centra en el Seguro Popular (SP) ya que, de los pilares de seguridad social, es el único orientado a las familias sin seguridad social. Se pretende valorar el impacto que ha tenido el gasto público en el programa, en los distintos deciles de la población, mediante la reducción del gasto de bolsillo de los hogares afiliados y, por tanto, verificar si cumple el objetivo de evitar el empobrecimiento por causa de gastos médicos de bolsillo, todo esto utilizando técnicas de microsimulación y además se evaluarán los distintos

escenarios en el caso de que fuera posible que toda la población tuviera IMSS, ISSSTE, O SP.

Esta investigación contribuirá a una evaluación actual del programa de SP y a la mejora de la atención médica de la sociedad en general, ya que una mejor redistribución de impuestos en forma de gasto público no sólo mejoraría el servicio que brinda el SP, sino también a toda la población.

Entonces, como resultado de lo anterior se establece el siguiente objetivo general: Evaluar la progresividad del gasto público del programa Seguro Popular en México mediante técnicas de microsimulación en el 2014.

Y también los objetivos particulares:

- Estimar la progresividad del gasto público en el programa Seguro Popular en los distintos deciles durante el 2014.
- Determinar la aportación gubernamental que impacta en la disminución del gasto de bolsillo mediante simulaciones en el contexto del 2014.

La hipótesis que surge para esta de la investigación es que “el impacto del gasto público en Seguro Popular con el objetivo de disminuir el gasto de bolsillo de los hogares afiliados es menor con respecto a otras instituciones de seguridad social y por tanto, no es progresivo, ya que no representa un beneficio sustancial para la población con menor ingreso (deciles I-IV)”.

La presente investigación comprende cuatro capítulos, en el capítulo I se habla del gasto social en un contexto general y se tratan aspectos teóricos tales como su definición, elementos que influyen en él, posteriormente se trata del gasto social en salud por parte del sector público y cómo va cambiando en los países de ingreso bajo, medio y alto. Dentro de mismo capítulo también se hace referencia al gasto social en el Sistema de Protección Social, de define que es ese sistema, que lo compone, sus características la forma de financiamiento y también se hace la comparativa entre países de ingreso bajo, medio y alto.

El Capítulo II habla del Sistema de Protección Social en México, de sus características, y los elementos que lo componen. Posteriormente se habla del Seguro Popular, de sus objetivos y del actual esquema de población con respecto a su afiliación dentro del Sistema de Protección Social en México y se habla también del gasto de las familias en el país.

El Capítulo III, trata de la descripción de la construcción del simulador y básicamente de lo que lo integra. Se divide básicamente en 4 partes: Presentación, Base, Simulador y Resultados, que son las 4 partes del simulador y dentro de cada sección se hace una descripción detallada de cada una y como se fue realizando.

Y para concluir, en el Capítulo IV, se hace una presentación de los resultados que se encontraron posteriores a la simulación, tratando de hacer una comparativa del esquema actual versus algunos escenarios planteados, como si todos tuvieran IMSS, ISSSTE o SP, y al final de hace una simulación si existiera un Seguro Universal.

## Capítulo I. Gasto social

### I.1 El gasto social y su contexto mundial

La mayoría de las economías occidentales son mixtas, es decir, tienen participación de empresas privadas y del Estado. Pero, ¿A qué se debe la participación de este último? Recordemos que los mercados no son perfectos y por lo tanto sus fallas se convierten en incentivos para la participación del Estado mediante reglamentos, leyes, impuestos, subvenciones al sector privado y subsidios a la población que lo necesita, sin embargo, hay que considerar que esta intervención debe limitarse a las áreas en las que los fallos de mercado sean más importantes y ser capaz de lograr un equilibrio entre el sector privado y público.

Dicho lo anterior, consideremos a las crisis como situaciones de la economía que no permiten a la sociedad encontrarse en un estado óptimo y de éstas se derivan otros problemas y situaciones que afectan a la población. Por ejemplo, después de la SGM se presentó desigualdad en la mayoría de la población y como consecuencia se encontraba condenada a la pobreza, entonces se decidió implementar programas en contra de la pobreza (60's) y es así como, por ejemplo, surgieron los programas de asistencia social. Para que éstos programas se lleven a cabo es necesario asignar un presupuesto por parte del Estado que sea capaz de cubrir los gastos que generan, es decir, el gasto social.

El gasto social se define como el que realiza el Estado para formar capacidades básicas de las personas que les permitan lograr una vida digna, sana, prolongada y productiva (Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 2003), por lo que su importancia radica en lograr el bienestar de la población, o al menos la gran mayoría de ella que lo necesite, pero es importante considerar otros elementos que influyen en esta intervención:

- El tipo de instituciones que se desarrollan en el país en cuestión (inclusivas o extractivas<sup>1</sup>)
- Tipo de políticas que se aplican: cíclicas o anticíclicas

---

<sup>1</sup> Las instituciones inclusivas son aquellas que fomentan la actividad económica, aumento de la productividad y la prosperidad económica, mientras que las extractivas tienen como objetivo extraer rentas y riqueza de un subconjunto de la sociedad para beneficiar a otro subconjunto distinto. (Acemoglu, 2012)

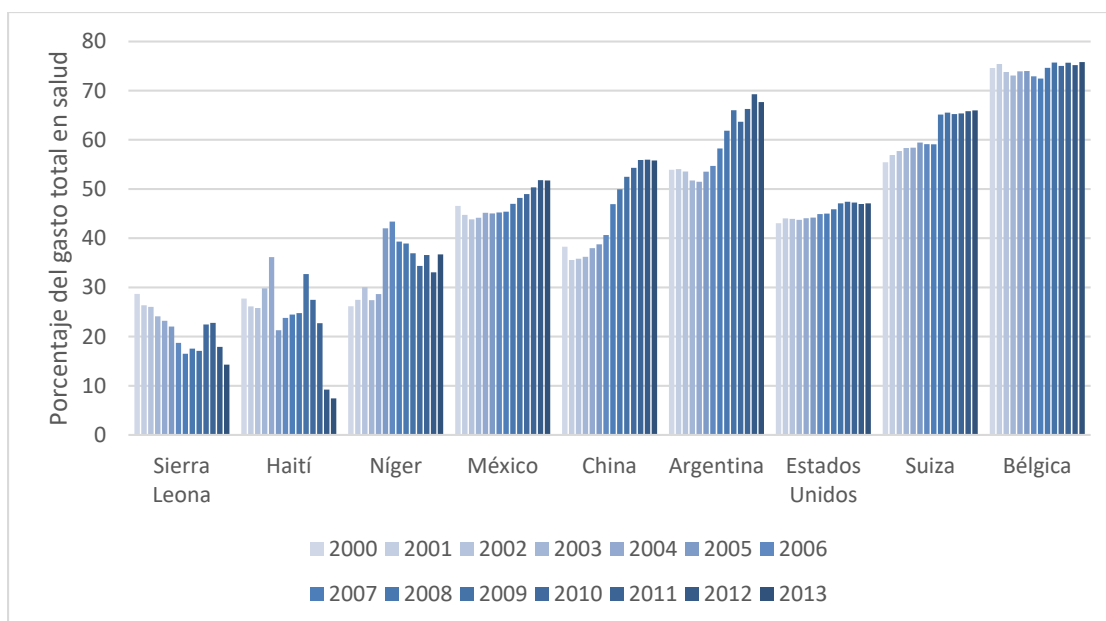
- Variables económicas y su comportamiento: Índice de Desarrollo Humano, Desarrollo tecnológico, desempleo, inflación, etc.
- Tipo de país: en desarrollo, desarrollado
- Modelo económico del país.
- Factores no económicos: desastres naturales, sequías, enfermedades, conflictos internos, guerras.
- Intervención de organismos internacionales que afectan la toma de decisiones como el Fondo Monetario Internacional (FMI) que, por ejemplo, para ser un país miembro se deben llevar a cabo ciertas políticas expansivas e imprudentes para alcanzar cierto grado de equilibrio (Guillen, H., 1997), Organización mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO por sus siglas en inglés), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre otros.
- Tipos de integración económica a los que pertenece.

Además de lo anterior, hay que considerar que los hábitos y costumbres de las personas van cambiando, así como sus prioridades y necesidades, por lo que el Estado debe ser capaz de cubrir esas expectativas y también en algunos países influye el interés en el tema, la desventaja en acuerdos comerciales, al acceso a los servicios básicos y la cultura que se preserve y fomente, etc. El gasto social puede ser destinado para educación, salud, seguridad social, vivienda, pobreza, entre muchos temas que son importantes para el desarrollo y bienestar de la sociedad, y para el caso de esta investigación se profundizará en el gasto en salud y el gasto realizado en el Sistema de Protección Social.

## **I.2 Gasto social en Salud**

A lo largo del tiempo el gasto social ha ido en aumento debido a las necesidades crecientes de la población y también gracias a las fallas del mercado en salud, que para este caso las aplican son: información y competencia imperfecta, es decir, los individuos tienen derecho a un cierto nivel de protección que el Estado debe financiar y supervisar para que no exista abuso hacia ellos, y también que no exista inequidad en el trato y los servicios que reciben. Considerando el análisis al gasto en salud, a continuación se analizará el gasto en salud que ha realizado el sector público en algunos países del mundo.

Gráfica I.1: Gasto en salud, sector público



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Considerando la clasificación del Banco Mundial se eligieron 9 países, 3 de ingreso bajo: Sierra Leona, Haití, Níger, 3 de ingreso mediano: México, China y Argentina y 3 países de ingreso alto: Estados Unidos, Suiza y Bélgica.

En los países de ingresos bajos observamos que el gasto en salud por parte del sector público ha disminuido en los últimos años, tal como se observa en Sierra Leona, que pasó del 28.69% en el año 2000 a 14.30% al año 2013, o el caso de Haití de 27.72% a 7.43% para los mismos años. No es así para Níger que pasó de 26.16% a 36.70%, pero que, aun considerando un leve aumento, no es suficiente, ni nada comparado con los países de mayores ingresos.

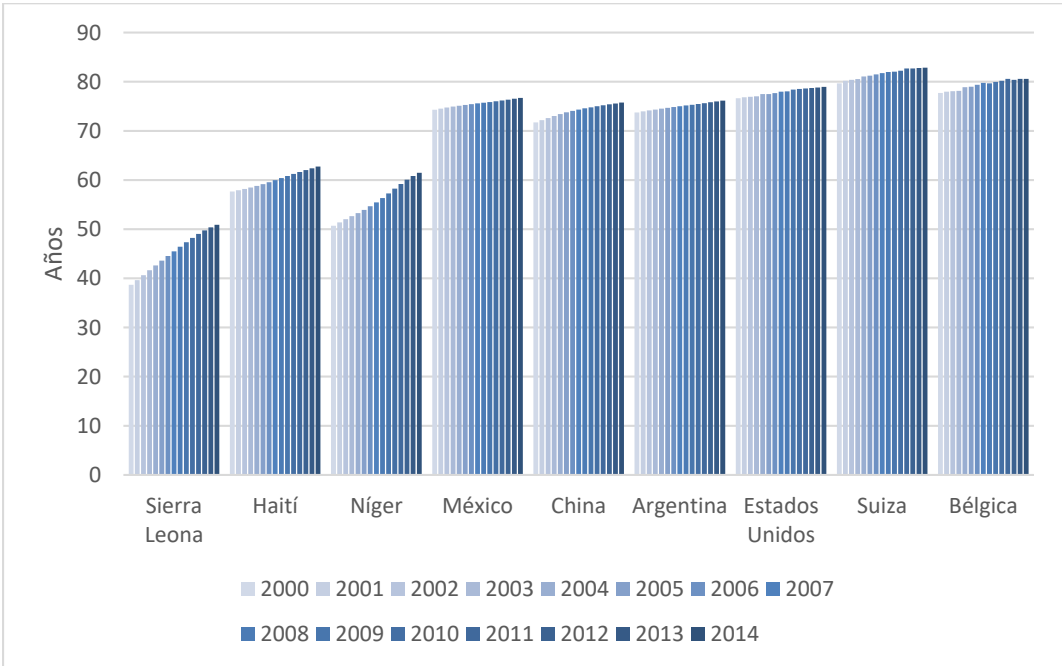
En los países de ingresos medianos, el rango de aportación pública a la salud fluctúa entre 30% y 70%, por ejemplo, en el caso de México para el año 2000 la aportación era de 46.56% y para el 2013 fue de 51.74%, es decir, no hubo un aumento considerable. Sin embargo, es notable el caso de China que aumento durante esos trece años la aportación en 17.52 puntos porcentuales, es decir de 38.28% a 55.80%. Mientras tanto, Argentina pasó de 53.9% a 67.68% de la aportación por parte del Estado.

Finalmente, en los países de ingresos altos, haciendo un análisis a las tasas porcentuales, se observa poco la fluctuación del gasto en salud del sector público, es decir (a

excepción de Suiza que tuvo un aumento durante esos años de 10.56% (55%- 66%), EU y Bélgica se han mantenido en casi los mismo gastos en salud: 43%-47% y 74.6%-75.8% respectivamente.

Es evidente una tendencia ascendente con respecto al gasto a nivel mundial, pero tenemos que considerar que las condiciones y resultados son distintos y que un mayor gasto no necesariamente implica mejora en el sistema, por ejemplo, en un país rico cada vez es más difícil aumentar la esperanza de vida y se centran en tratar a personas de edad mediana y avanzada, mientras que en los países pobres los niños son los que marcan la diferencia, esto por la diferencia de enfermedades que presentan. A continuación se hará un pequeño análisis con un par de variables que mostrarán el comportamiento que han tenido y de esta manera valorar la eficiencia del gasto realizado considerando los mismos países anteriores.

Gráfica I.2: Esperanza de vida al nacer, total (años)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Sin analizar tan propiamente la esperanza de vida de todos los países, observamos que la esperanza de vida de los países ricos en 14 años ha cambiado muy poco, en los países de ingreso mediano existe una tendencia ascendente, sin embargo, es en los países de ingreso bajo que se observa una mayor diferencia, por ejemplo Sierra Leona pasó de 39 años a 51 años, una diferencia de 12 años. China pasó de 72 a 76 años, y finalmente Bélgica pasó de 78 a 81 años, es decir 3 años aumentó la esperanza de vida en 14 años. Deaton (2015) en su

libro “*El Gran Escape*” hace mención acerca de los cambios que tenido la población con respecto a muchos temas vinculados a la salud, nutrición, inversión de los hogares, tendencias con respecto a tabaquismo, etc. y concluye, con respecto a la esperanza de vida y otras variables, que en un país rico cada vez es más difícil aumentar la esperanza de vida ya que se centran en tratar a personas de edad mediana y avanzada con enfermedades en el corazón, cancer, etc., mientras que en los países pobres los niños son los que marcan la diferencia y mueren aún por enfermedades infecciosas: respiratorias inferiores, diarrea, tuberculosis, enfermedades infantiles (tosferina, difteria, polio, sarampión y tétanos), nutrición, entre otras, que hacen que su esperanza de vida pueda aumentar considerablemente, por lo que, si bien se tienen grandes gastos en salud en algunos países, esto no asegura un aumento de la esperanza de vida, o al menos eso muestra la evidencia y la diferencia marcada es por el tipo de enfermedades que se presentan en estos países. Además no olvidemos, tal como plantea el autor, que la actitud de la población también se ha modificado y ahora se preocupa por su salud y eso hace que se gasten grandes sumas de dinero ya que su prioridad es escapar de la muerte, tratando las enfermedades que se presenten a lo largo de su vida, una después de otra hasta que simplemente ya no puedan remediar su situación.

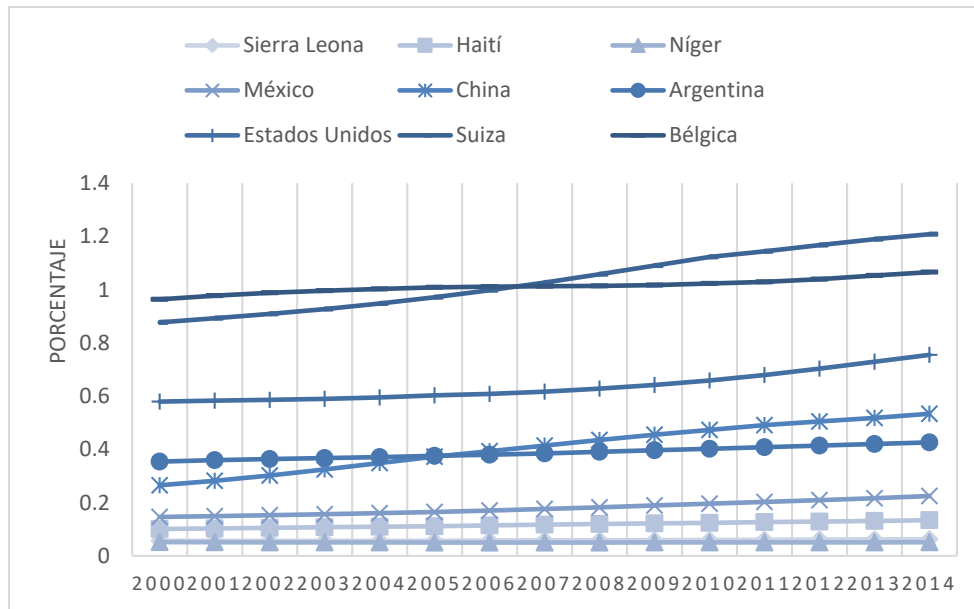
Considerando lo anterior, se puede enfatizar que en los países de ingreso mediano y alto, pese que existe un gasto mayor, al menos en el aumento de esperanza de vida, no hay gran diferencia, caso contrario con los países de ingreso bajo, con los que aún se puede aumentar esta variable considerablemente. La esperanza de vida a nivel mundial tiene una tendencia ascendente y hay que considerar que, además del gasto de los países, existen organizaciones mundiales que buscan el mejorar las condiciones de salud de los países más vulnerables y también no olvidemos que en este mundo globalizado, gracias a la investigación y desarrollo se conocen cada vez más tratamientos para las enfermedades y además se tiene un mejor acceso a estos, lo que mejora el entorno para todos los países.

Contrastando lo anterior con el índice de envejecimiento<sup>2</sup> gráficamente observamos:

---

<sup>2</sup> El índice de envejecimiento es calculado como el cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años.

Grafica I.3: Índice de envejecimiento



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial

Los países con mayor índice de envejecimiento son Suiza (120%) seguido de Bélgica (106.61), es decir, 120 adultos mayores de 65 años por cada 100 jóvenes (menores de 15 años) en el caso de suizo y 106 adultos mayores de 65 años por cada 100 jóvenes en el caso de Bélgica. Argentina que tiene un gasto en salud similar a Suiza, pero tiene un índice de envejecimiento menor de lo que se esperaría 42.65% considerando la magnitud del gasto ejercido por ambos países. Convencionalmente el aumento de éste índice se debe a una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a los adultos mayores, sin embargo observando el caso de EU tenemos un gasto en salud alto pero un índice pequeño de envejecimiento, y por tanto esto no se cumple precisamente. Se observa que a menor cantidad de ingresos, también disminuye el índice de envejecimiento de los países. Sierra Leona, Haití y Níger son los países con menor índice de envejecimiento. Dada la evidencia anterior, y conjuntando con las conclusiones de Deaton, se puede asegurar que el gasto en salud del sector público no es la única causa para el aumento del índice de envejecimiento y la esperanza de vida, ya que, como se ha mencionado, existen otras variables que influyen para la mejora de las condiciones de salud y de vida mundiales.

Existe una tendencia ascendente por mejorar las condiciones de vida de la población, sin embargo, aún es evidente la diferencia que existe entre países de bajo, medio y alto

ingreso, el tipo de enfermedades a los que se enfrenta cada uno e incluso el tipo de ventajas que tienen unos países sobre otros. Existe, por supuesto, una mejora en la conciencia de las personas con respecto a los cuidados de salud que deben tener y también son evidentes los esfuerzos de los distintos gobiernos por lograr mejores condiciones de vida, pero, ¿Existe acaso una fórmula que sea capaz de disminuir esas disparidades a nivel mundial? ¿Siempre la situación de la población se determina por el ingreso que perciben? El Estado es el encargado de brindar un piso mínimo de Seguridad Social para la población, pero la duda que prevalece hasta ahora, es que tanto debe intervenir y que tan eficiente es esa intervención si es que existe.

### **I.3 Gasto social en Sistema de Protección Social**

#### **I.3.1 Origen, evolución y definición**

Hasta el siglo XVIII si una familia se encontraba en una situación de carencia los encargados de ayudarla eran los religiosos, algunas asociaciones caritativas o bien los dueños de las tierras donde trabajaban; surgieron así acciones de beneficencia en las que participaba la iniciativa privada y el estado se encargaba únicamente del pauperismo. Sin embargo es hasta el siglo XIX que, gracias a la industrialización, la movilidad de hogares del campo a la ciudad así como la aparición de sindicatos, se emprendieron iniciativas de previsión individual, creación de cajas de ahorro, montes de piedad y compañías de seguros que propiciaron que la participación del Estado se volviera más activa. Con esto se aseguraba la neutralidad de las políticas de esas instituciones y que el Estado fuera el encargado de establecer las legislaciones para los seguros sociales (Netter, 1982).

Desde su origen hasta la primera guerra mundial el sistema de protección social tuvo una evolución lenta y posterior a ella se desarrolló rápidamente en varias regiones. Esto provocó que se consolidaran instancias como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) que buscan mejorar los derechos laborales de los trabajadores y el desarrollo de los sistemas de protección social. Lo dicho hasta aquí supone que el Estado se volvió un mediador entre los trabajadores y las empresas o compañías que promovían la seguridad social y que aseguraba el buen funcionamiento de las políticas instauradas, pero actualmente sabemos que la previsión social

se realiza de forma tripartita (entre trabajadores, patrones y el Estado) y que esto se estableció debido a la evolución del sistema de prestaciones, pero entonces, ¿Quién es el encargado de proveer esa Seguridad social?

De acuerdo con Netter (1982) existen dos teorías, la primera menciona que el hombre está obligado a cuidar de su propia existencia y el Estado o poder público crea las condiciones necesarias para que el individuo pueda realizarlo. En la segunda teoría la sociedad es la responsable de la seguridad de los individuos por lo que el Estado organiza los servicios públicos convenientes, pero no olvidemos que, de acuerdo a esta teoría, la familia debería ser responsable de lo que no se cubre por parte del Estado. Hecha esta salvedad, todo indica que nos manejamos ante la segunda teoría, en la que el Estado organiza los servicios públicos para brindar seguridad social, pero, como se afirmó arriba, no ha sido un proceso continuo ni sistemático, ha sido apremiante y es importante considerar que surgió a la par del derecho del trabajo conjugándose con la estructura social, política y económica por lo que ha tenido muchos cambios desde su aparición hasta la actualidad.

Es conveniente considerar que la movilidad de las personas, la transición epidemiológica, envejecimiento de la población así como los avances médicos han sido también factores de cambio para las consideraciones de la seguridad social y que llevaron a la creación de normas mínimas comunes y que, pese a que existen organizaciones que buscan mejorar las condiciones y desarrollo de las prestaciones de seguridad social, la difusión y aplicación de estos no es la misma.

El desarrollo de la economía mundial genera retos variados y complejos a los países; no basta con tener crecimiento, desarrollo y proporcionar bienestar a la población sino también que exista coherencia entre estas variables. Si existe bienestar se puede lograr el crecimiento y desarrollo además de que existe organismo que defienden los derechos mínimos que tiene la población, y de ahí surge la obligación del Estado de brindar acceso a la protección social, pero ¿qué es la protección social? ¿En qué aspectos se fundamenta su importancia?

La protección social se define como:

“...la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo,

maternidad o pérdida del sostén de familia.” (Organización Internacional del Trabajo, 2003)

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (Organización Internacional del Trabajo, s.f.) la protección social es un derecho fundamental reconocido por la ONU y las normas Internacionales de trabajo y también es un instrumento que favorece la paz social y puede mejorar el crecimiento equitativo, estabilidad social y desempeño económico. Dentro de esa protección social encontramos 2 elementos: la seguridad social (esquemas privados) y los programas de asistencia social (regímenes públicos).

En AL y el Caribe el principal problema es la baja cobertura del número de trabajadores que forman parte de la seguridad social, los riesgos cubiertos y la calidad de atención que reciben, incluso se estima que un 40% de los trabajadores y sus respectivas familias no están protegidos por ningún tipo de protección social, por lo que se consideró tomar medidas al respecto y en abril del 2009, la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas adoptó “la Iniciativa del Piso de Protección Social” como una de sus nueve prioridades para hacer frente a la crisis mundial (Organización Internacional del Trabajo, s.f.).

La Iniciativa del Piso de Protección Social consiste en un conjunto de garantías de seguridad social básicas que aseguran un grado de protección destinado a prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social a niveles nacionales definidos. Éstas avalan que todos los que necesiten asistencia deben tener acceso a las garantías de seguridad social básicas. Considerando lo anterior, el sistema de protección social, busca el bienestar de la mayoría de la población de un país, pero como se mencionó anteriormente está compuesto por otros dos elementos que se explicarán a continuación:

### *Seguridad Social*

El término de seguridad social se acuñó en 1935, durante el gobierno del presidente Roosevelt de EE.UU y a partir de ese momento han aparecido distintas definiciones para el mismo, por ejemplo:

De acuerdo con Martínez Giron, Arufe Varela & Carril Vazquez (2008) se trata de una concreta modalidad de actuación administrativa para subsanar la pérdida de rentas de trabajo con prestaciones que el Estado financia. En la definición de la Oficina Internacional del

Trabajo (OIT) (2001) se trata de una protección que los miembros de una sociedad reciben para evitar privaciones económicas que podrían ocasionar una fuerte reducción de ingresos. Otro concepto es el que aparece en el Informe sobre la Reforma de la Seguridad Social Chilena en la que se menciona que es una política socioeconómica que busca asegurar las condiciones de vida, de salud y trabajo con el objetivo de aumentar la productividad, tener más progreso y mayor bienestar (Bowen, 1992).

Todas estas definiciones coinciden en asegurar ciertas condiciones de vivienda y/o salud para que no existan privaciones por causa de las mismas y también que forma parte parcial o completa de las funciones del Estado, por lo que su importancia radica en ese estado de bienestar que, mediante la seguridad social, busca proporcionar empleos de alta productividad que generen crecimiento y desarrollo ya que un mal funcionamiento provocaría resultados desfavorables.

#### *Programas de Asistencia Social*

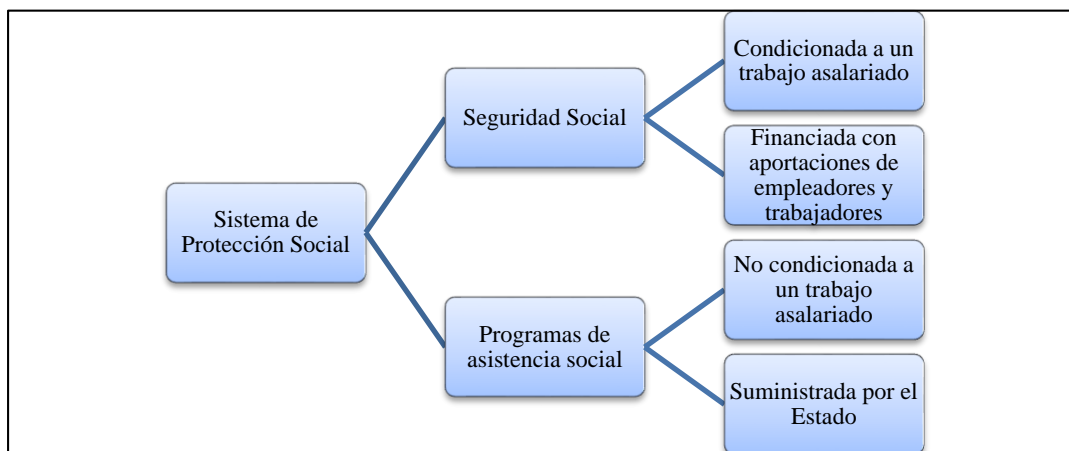
La asistencia social se define como una actividad que se ocupa de diferentes situaciones como promover el cambio social hacia un estado de superación, resolución de conflictos que surjan en la interacción humana, fortalecimiento y liberación de los pueblos conforme al objetivo de alcanzar el bien común (Definición ABC, s.f.). Ésta definición implica el buscar el bienestar de una población y lograr el bien común por lo que el Estado es quien interviene en una proporción mayor en ésta área.

Los programas de asistencia social surgen como respuesta a la incapacidad de los sectores privados de proveer la seguridad necesaria para la población y que además se trata de población que no forma parte la seguridad social, es decir, es un complemento y se creó para que exista una mayor cantidad de personas que tienen acceso a los servicios mínimos garantizados como se mencionaba anteriormente.

La seguridad social es condicionada a un trabajo asalariado donde se obtiene cierto nivel de protección; mientras que los programas de asistencia social no están condicionados a un salario pero también buscan brindar una protección social, la diferencia es que es suministrada por el Estado mediante la redistribución de los ingresos. Este sistema de protección social busca proveer a la mayor parte de la población de los servicios básicos

necesarios para tener mejores condiciones de vida y mejorar el desempeño económico del país.

Figura I.1: Composición del Sistema de Protección Social

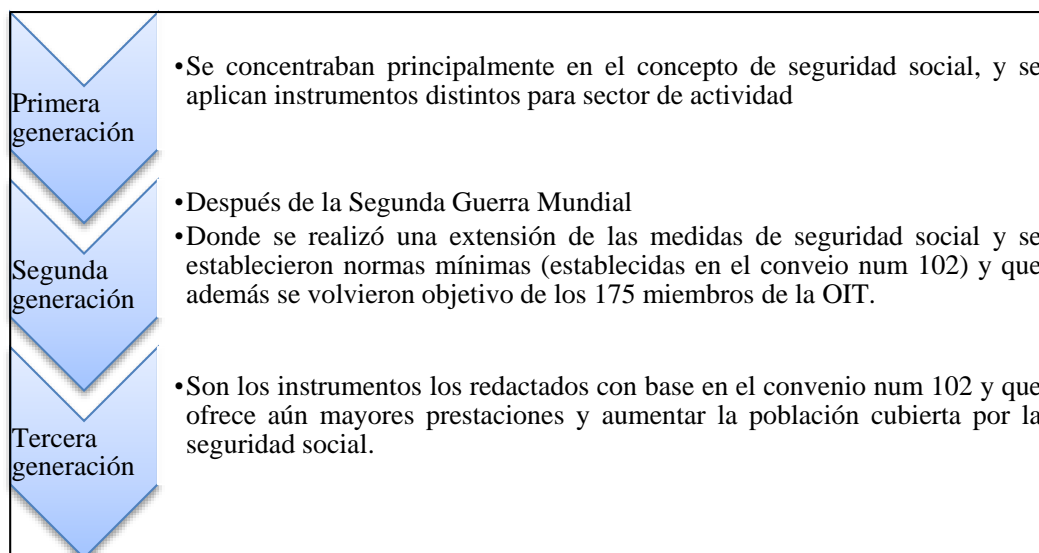


Fuente: Elaboración propia con base en información de Levy , 2010.

### I.3.2 Evolución de las normas de seguridad social

Consideremos ahora que se han establecido normas mínimas comunes de manera internacional, el organismo encargado de esto es la OIT, y de acuerdo a su periodicidad se clasifican en las de primera, segunda y tercera generación (Humblet, M. & Silva R., 2002):

Figura I.2: Clasificación de las normas seguridad social



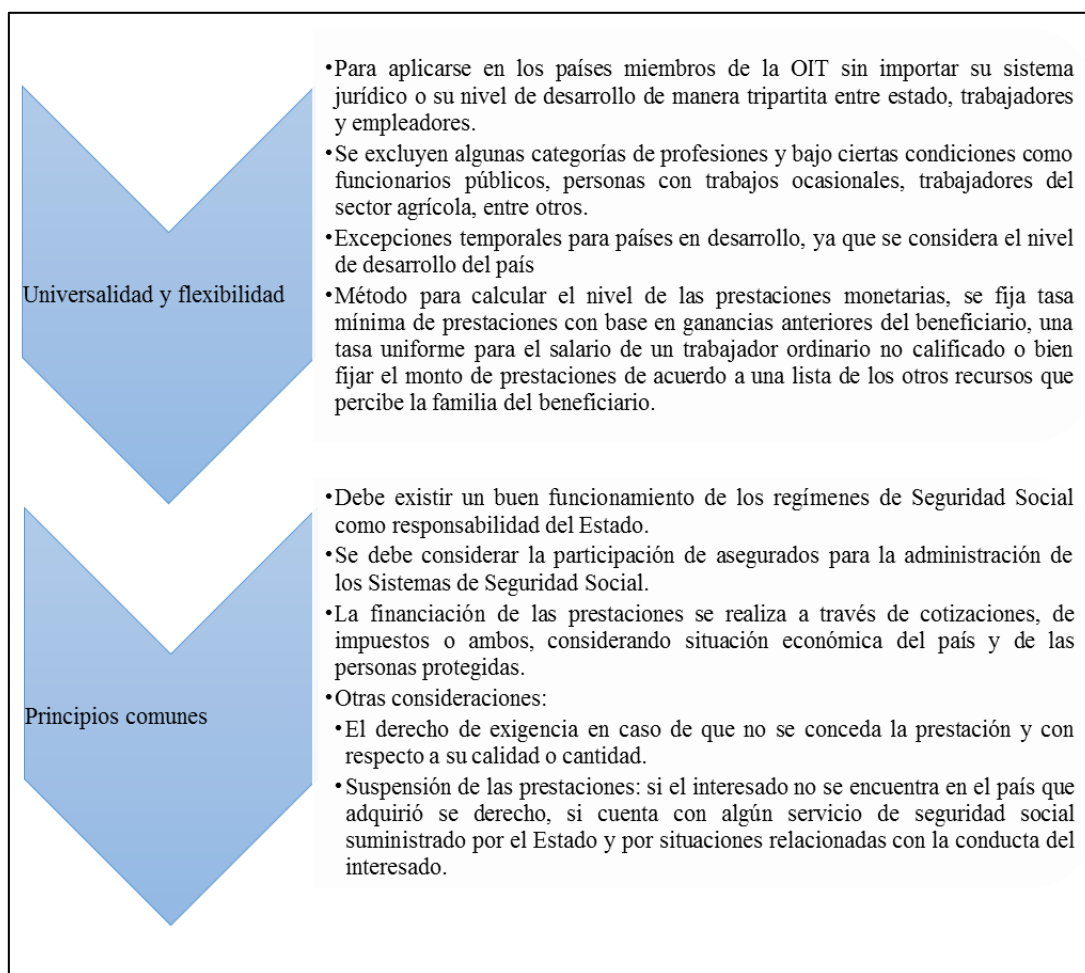
Fuente: Elaboración propia con base en información de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 2002.

Desde su primera reunión, en 1919, hasta el 2002 la OIT contaba con 31 convenios y 23 recomendaciones sobre seguridad social, y en el 2001, se llegó a la conclusión de que, administrada correctamente, la seguridad social logra aumentar la productividad mediante la proporción de asistencia médica, seguridad de ingresos y servicios sociales.

### I.3.3 Características de las normas de Seguridad Social de acuerdo con la OIT

Las características de las normas de Seguridad Social se dividen en universalidad y flexibilidad y los principios comunes. A continuación se detallarán cada una:

Figura I.3: Características de la seguridad social

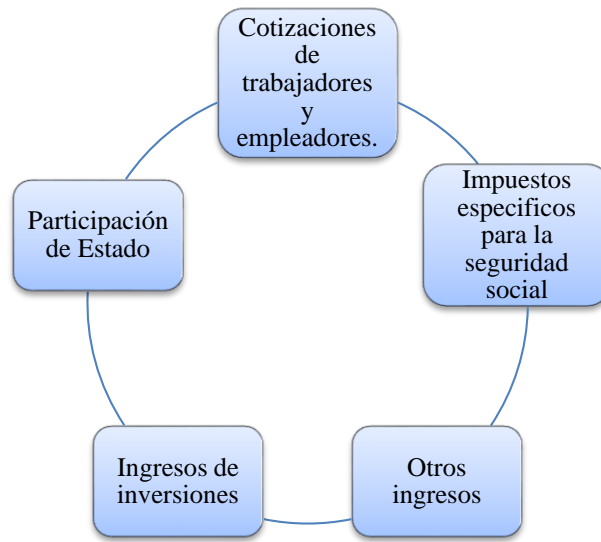


Fuente: Elaboración propia con base en información de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 2002.

### I.3.4 La financiación de la seguridad social

Por lo general se trata de sistemas de capitalización parcial, ya que el Estado con frecuencia es incapaz de financiar los gastos del sistema de seguridad social con sus ingresos fiscales generales es entonces que se realiza una combinación de las siguientes fuentes de ingreso (Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 2002):

Figura I.4: Fuentes de financiación de la seguridad social



Fuente: Elaboración propia con base en información de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 2002.

También existen los servicios de protección social voluntarios o privados que, al igual que los públicos, se enfrentan al límite de las cargas sociales que la población acepta cubrir a cambio de recibir un cierto nivel de protección. Si se sobrepasa ese límite los ingresos públicos se ven afectados ya que los individuos buscarán estrategias para evadir impuestos. Aunque el Estado no sea el encargado directo de financiar esos servicios (públicos o privados) existen garantías financieras explícitas o implícitas que hacen que el gobierno sea el último garante de éstos:

- Garantías explícitas: Cuando garantiza prestaciones mínimas complementando pensiones inferiores o si se establece por legislación que debe cubrir los déficits del sistema de seguridad social.
- Garantías implícitas: Si por presión social o por políticas públicas debe asegurar la existencia de esos sistemas aun cuando no sean eficientes, o bien, cuando el Estado debe asegurar que la población reciba algún tipo de prestación social mediante programas de asistencia social.

Por lo anterior se puede concluir que el Estado es el que termina financiando al sistema de protección social, pero al mismo tiempo no es capaz de hacerlo por sí mismo ya que tiene que existir una combinación de ingresos para que se pueda sostener. La siguiente tabla ejemplifica lo anterior:

Tabla I.1: Fuentes de fondos y programas alrededor del mundo

País	Tipo de programa	Cobertura	Fuente de fondos		
			Asegurado/ persona autoempleada	Empleador	Gobierno
Sierra Leona (2015)	Régimen de seguro social	<p><i>Seguro Social:</i> A los empleados del sector público y privado.</p> <p>Afiliación voluntaria para trabajadores por cuenta propia y para las personas que abandonan el empleo asegurado.</p>	<p><i>Asegurado:</i> 5% del salario mensual</p> <p><i>Asegurado voluntario:</i> 15% de los ingresos mensuales.</p> <p><i>Persona autoempleada:</i> 15% de los ingresos mensuales.</p>	<p><i>Seguro Social:</i> 10% de la nómina mensual</p>	<p><i>Seguro Social:</i> 2,5% de los ingresos mensuales; 10% para los funcionarios públicos y maestros; 12% para el personal militar y de policía.</p>
Haití (2015)	Régimen de seguro social	<p><i>Seguro Social:</i> Los empleados del sector privado.</p> <p><i>Afiliación voluntaria:</i> disponible.</p> <p>Excluye: el trabajo no remunerado de la familia, los trabajadores por cuenta propia, los miembros de las comunidades religiosas y diplomáticos extranjeros.</p> <p>Régimen especial de empleados del sector público</p>	<p><i>Asegurado:</i> 6% de los ingresos</p> <p><i>Persona autoempleada:</i> No aplica</p>	<p><i>Seguro Social:</i> 6% de los ingresos</p>	<p><i>Seguro Social:</i> Subvenciones, según sea necesario</p>
Níger (2015)	Régimen de seguro social	<p><i>Seguro Social:</i> Las personas empleadas, los estudiantes en las escuelas técnicas, y aprendices.</p> <p><i>Afiliación voluntaria:</i> para los asegurados previamente durante al menos seis meses consecutivos.</p> <p>Excluye: Trabajadores por cuenta propia. Sistema especial de funcionarios.</p>	<p><i>Asegurado:</i> 5,25% de los ingresos</p> <p><i>Persona autoempleada:</i> No aplica</p>	<p><i>Seguro Social:</i> 6,25% de la nómina</p>	<p><i>Seguro Social:</i> Ninguno; Cotiza como empleador para los empleados del sector público que no son funcionarios públicos.</p>

Fuentes de fondos y programas alrededor del mundo cont.

País	Tipo de programa	Cobertura	Fuente de fondos		
			Asegurado/ persona autoempleada	Empleador	Gobierno
México (2015)	Cuentas individuales, la seguridad social, y el sistema de asistencia social.	Cuentas individuales: los empleados del sector privado y miembros de cooperativas Asistencia social: Los residentes legales de México.	Asegurado: <i>Cuentas individuales y la seguridad social:</i> 1,125% de los ingresos (vejez), además de 0,625% (incapacidad y sobrevivientes).  Persona autoempleada: <i>Cuentas individuales y la seguridad social:</i> 6.275% del salario mínimo legal diario (la vejez) más 2.375% (invalidez y sobrevivientes).	<i>Cuentas individuales y la seguridad social:</i> 5,15% de la nómina (vejez) más 1,75% (invalidez y sobrevivientes).	<i>Cuentas individuales y la seguridad social:</i> 0,225% de los ingresos; 0,125% de los ingresos (incapacidad y sobrevivientes); el costo total de la pensión mínima garantizada.  <i>Asistencia social:</i> El costo total.
China (2014)	Régimen de seguro social, cuentas individuales, y el sistema de asistencia social.	El seguro básico de pensiones y cuentas individuales: Los empleados (incluidos los extranjeros y migrantes empleados legalmente); trabajadores por cuenta propia y los propietarios de pequeñas empresas sin empleados, a tiempo parcial empleados en áreas urbanas; y los trabajadores ocasionales.  Los planes de pensiones de los residentes urbanos y rurales no asalariados: los residentes urbanos y rurales no asalariados.	Asegurado <i>Seguro de pensión básica:</i> Ninguna, o según lo determinado por las regulaciones gubernamentales locales. <i>Cuentas individuales:</i> 8% de los ingresos brutos asegurados.  Persona autoempleada <i>Seguro de pensión básica:</i> 12% del salario medio local. <i>Cuentas individuales:</i> 8% del salario medio local.	<i>El seguro básico de pensiones:</i> Hasta un 20% de la nómina, dependiendo de las regulaciones del gobierno local.  <i>Cuentas individuales:</i> Ninguno.	<i>Seguro de pensión básica y cuentas individuales:</i> Los gobiernos centrales y locales proporcionan subsidios, según sea necesario.  <i>Los planes de pensiones de los residentes urbanos y rurales no asalariados:</i> Pensión no contributiva: El gobierno central proporciona el costo total (por lo menos 55 yuanes al mes por asegurado) en las regiones central y occidental y el 50% del coste en la región oriental. Los gobiernos locales pueden hacer contribuciones adicionales. Cuenta individual: Los gobiernos locales proporcionan un subsidio anual mínimo de 30 yuanes a la cuenta individual de cada persona asegurada.

Fuentes de fondos y programas alrededor del mundo cont.

País	Tipo de programa	Cobertura	Fuente de fondos		
			Asegurado/ persona autoempleada	Empleador	Gobierno
Argentina (2015)	Régimen de seguro social y sistema de asistencia social	<p><i>Seguro social:</i> Empleados y trabajadores por cuenta propia.</p> <p><i>Asistencia social:</i> Residentes necesitados de Argentina.</p>	<p><i>Asegurado:</i> el 11% de los ingresos.</p> <p><i>Persona autoempleada:</i> 27% de los ingresos de referencia, en función de cinco categorías.</p>	<p><i>Seguro social:</i> 10.17% o 12.71% de la nómina, de acuerdo con el tipo de empresa.</p>	<p><i>Seguro social:</i> Contribuye a través de ingresos generales, los ingresos por inversiones, y ciertos impuestos específicos para financiar las pensiones de seguridad social.</p> <p><i>Asistencia social:</i> El costo total.</p>
Estados Unidos de América (2015)	Régimen de seguro social y el sistema de asistencia social.	<p><i>Seguro social:</i> personas empleadas, incluidos los trabajadores autónomos con al menos \$400 en ingresos y empleados domésticos netos anuales con un mínimo de \$1900 de los ingresos brutos anuales.</p> <p><i>Asistencia social:</i> los ciudadanos necesitados o nacionales de los Estados Unidos que residen en uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia o las Islas Marianas del Norte y no están ausentes del país durante un mes completo o durante 30 días consecutivos o más .</p>	<p><i>Asegurado:</i> 6,2% de los ingresos.</p> <p><i>Persona autoempleada:</i> 12,4% de los ingresos.</p>	<p><i>Seguro social:</i> 6,2% de la nómina.</p>	<p><i>Seguridad social:</i> Una parte de los ingresos por impuestos específicos sobre los beneficios de la seguridad social (pagado por los beneficiarios de la seguridad social de mayores ingresos) se asigna al Fondo Fiduciario.</p> <p><i>Asistencia social:</i> El costo total.</p>

Fuentes de fondos y programas alrededor del mundo cont.

País	Tipo de programa	Cobertura	Fuente de fondos		
			Asegurado/ persona autoempleada	Empleador	Gobierno
Suiza (2014)	Régimen de seguro social y el sistema obligatorio de pensiones de empresa.	<p><i>Base reguladora:</i> Todos los residentes o personas empleadas en Suiza.</p> <p><i>Obligatorio de pensiones de empresa:</i> empleados cuyos ingresos anuales superan los 21.060 francos con el mismo empleador. Los desempleados son cubiertos por los beneficios de invalidez y sobrevivientes.</p>	<p>Asegurado</p> <p><i>Base reguladora:</i> 4,2% de los ingresos brutos (vejez y sobrevivientes) y el 0,7% de los ingresos brutos (discapacidad).</p> <p><i>Obligatorio de pensiones de empresa:</i> De 7% a 18% de los ingresos brutos de la parte de las ganancias de 24.570 francos a 84.240 francos, dependiendo de la edad del asegurado.</p> <p>Persona autoempleada</p> <p><i>Base reguladora:</i> 7,8% de los ingresos brutos (vejez y de supervivencia) y el 1,4% de los ingresos brutos (discapacidad).</p> <p><i>Obligatorio de pensiones de empresa:</i> Varía de acuerdo con el fondo de pensión del asegurado.</p>	<p><i>Base reguladora:</i> 4,2% de la nómina (vejez y de supervivencia) y el 0,7% de la nómina (discapacidad).</p> <p><i>Obligatorio de pensiones de empresa:</i> La contribución debe ser al menos igual a la contribución del empleado asegurado.</p>	<p><i>Base reguladora:</i> los subsidios federales anuales cubren 19,55% del coste de la vejez beneficios y de supervivencia y el 37,7% del costo de las prestaciones de invalidez.</p> <p><i>Obligatorio de pensiones de empresa:</i> Ninguno.</p>
Bélgica (2015)	Régimen de seguro social	<p><i>Seguro social:</i> Las personas empleadas.</p> <p>Regímenes especiales para los trabajadores autónomos y funcionarios.</p>	<p><i>Asegurado:</i> 7,5% de los ingresos de referencia (vejez y sobrevivientes). Pensionistas y prejubilados contribuyen de 0,5% a 2% de la pensión o de empleo con un suplemento de empresa.</p> <p><i>Persona autoempleada:</i> No aplica.</p>	<p><i>Seguro social:</i> 8,86% de los ingresos de referencia</p>	<p><i>Seguro social:</i> subvenciones anuales.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en información de Social Security: Official Security (2016) Website.

Básicamente en la tabla anterior, siguiendo el análisis clasificando los países por tipo de ingreso, en los países de bajo ingreso, la aportación del asegurado, es igual o menor que la del Empleador, y en los 3 países (Sierra Leona, Haití y Níger) la aportación del gobierno es mínima, situación que se había analizado antes en el gasto de Salud de estos países y que refuerza el porqué de esa baja aportación. En los países de ingreso medio, el asegurado y gobierno son los que hacen una aportación mayor, para el caso de autoempleados, que cubren el total de la aportación, y para el gobierno aplica en el caso de la asistencia social, donde cubre el total de los gastos. Y en el caso de una aportación tripartita, es el empleador quien hace una aportación mayor, (México). En este punto es importante preguntarse, qué tan efectiva es esa aportación tripartita y que fomenta el hecho que de alguna u otra manera la balanza se incline hacia un sector en específico por formar parte de la seguridad social, hablando del empleador en este caso, o del asegurado si es que desea serlo voluntariamente. Continuando con el análisis, en los países de ingresos altos, al menos en Suiza y en Estados Unidos las aportaciones del asegurado y del empleador son similares, y es el Estado quien aporta una proporción mayor y que es considerable, por ejemplo, para el caso de Suiza, 19,55% para la vejez y 37,7% de prestaciones de invalidez. Lo anterior nuevamente evidencia que a menor ingreso del país, menor es la aportación del gobierno y por lo tanto menor beneficio y apoyo para la población, esto se observa en las aportaciones que hacen los países.

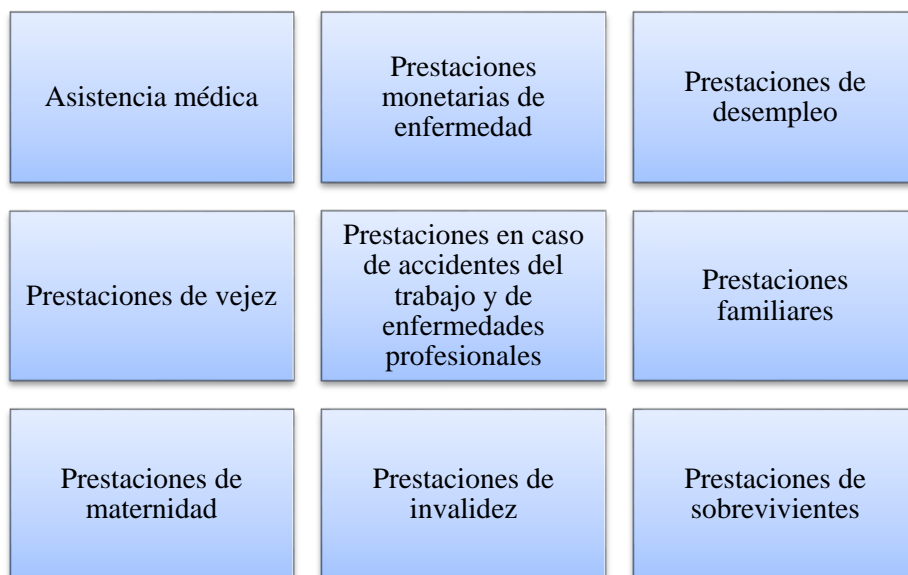
Hay que mencionar, además que en los distintos países prevalece una base común para financiar a los distintos sistemas de seguridad social, y al mismo tiempo se observa que la estructura en general es la misma. La asistencia social es completamente financiada por el Estado y en el caso de la seguridad social, existen impuestos especiales para financiar los costos (como en EUA), subsidios (China), u otros mecanismos mediante los cuales el Estado participa para financiar a la seguridad social.

Los datos hasta ahora nos confirman la importancia del Estado y su participación para asegurar la existencia de un sistema de protección social que cumpla con las normas mínimas que se establecen internacionalmente, y al mismo tiempo ahora sabemos que la forma en cómo se financia va más allá de la recaudación de impuestos generales, sino también mediante ingresos por inversiones, impuestos específicos, subsidios federales y otros ingresos.

### I.3.5 Elementos del sistema de protección social

Dentro de la seguridad social se encuentran los siguientes 9 componentes:

Figura I.5: Elementos de la seguridad social



Fuente: Elaboración propia con base en información de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 2002

Los elementos anteriores varían de país en país pero siempre bajo una base regulada por lo que los elementos coinciden en la mayoría de éstos, lo que va cambiando es la aportación que se realiza para recibir cada una de las prestaciones así como el régimen en el que se inscriben.

En la tabla 1.2 se muestra que las condiciones son similares para la seguridad social en los países anteriormente analizados, por ejemplo con respecto a la asistencia médica, casi todos coinciden en médicos, farmacéuticos, cuidado ortopédico, prótesis, rehabilitación y transporte. En algunos países como China los tratamientos se deben realizar en hospitales acreditados y sobre una base de pago por servicio, en EUA se prestan los servicios con un cierto límite o deducible y en México, el centro de salud (IMSS) reembolsa aquellos servicios que no le puede proporcionar (Social Security: Official Security, 2016).

Tabla I.2: Elementos de Seguridad social de distintos países

Prestación	Haití	Sierra Leona	Argentina	México	E.U.A	Suiza
Asistencia médica	Los beneficios incluyen atención médica y dental, cirugía, hospitalización, medicamentos y aparatos. Se proporcionan beneficios hasta que la discapacidad se estabiliza o el asegurado realiza una recuperación completa.	Los beneficios médicos incluyen servicios médicos, dentales y de la atención quirúrgica; hospitalización; medicina; accesorios; y el coste de transporte, hasta un máximo	Los beneficios incluyen médico, hospital, dental y los cuidados paliativos; rehabilitación; prótesis; y el transporte	Los centros de salud del Instituto de Seguridad Social (IMSS) normalmente proporcionan servicios médicos directamente a los pacientes; IMSS reembolsa el costo de los servicios cuando no puede proporcionar directamente. Los beneficios incluyen en general, maternidad, dental y de la atención especializada; cirugía; hospitalización o atención en una clínica de reposo; medicina; servicios de laboratorio; y el cuidado dental	(Medicare) se proporciona (seguro social) la atención hospitalaria para estancias de hasta 90 días: el beneficiario tiene un deducible de \$ 1,260 (\$ 1,288 en 2016) y sin copago por hasta 60 días; \$ 315 (\$ 322 en 2016) al día durante los 61 a los 90 días; y \$ 630 (\$ 644 en 2016) al día durante más de 90 días para un máximo de 60 días de reserva de por vida.	Incluye médicos, farmacéuticos y de cuidado ortopédico; prótesis; rehabilitación; y reconversión laboral.
Prestaciones monetarias de enfermedad	No se provee como beneficio reglamentario.	No se provee como beneficio reglamentario.	Personas empleadas.	Empleados del sector privado y miembros de cooperativas.	No se provee como beneficio reglamentario.	Todos los residentes o personas empleadas en Suiza.
Prestaciones de desempleo	No se provee como beneficio reglamentario.	No se provee como beneficio reglamentario.	Trabajadores del sector privado, incluidos los trabajadores temporales y ocasionales.	El derecho del trabajo obliga a los empleadores a pagar a los empleados despedidos una suma global de tres meses más 20 días de salario por cada año de servicio, hasta 12 meses.	Los trabajadores del sector público y privado, personal militar, la mayoría de los trabajadores agrícolas y los trabajadores domésticos	Ocupados que residen en Suiza.  Exclusiones: Trabajadores por cuenta propia.
Prestaciones de vejez	55 años de edad con al menos 20 años de cotización	Edad 60 o 55 años (militares y policías) con al menos 180 meses de cotización.	65 años de edad (hombres) o 60 años de edad y 65 (mujeres) con al menos 30 años de cotización.	65 años de edad con al menos 1.250 semanas de cotización; con menos de 1.250 semanas de cotización, el asegurado puede seguir contribuyendo o recibir una suma global de beneficios.	Edad 66 para los trabajadores nacidos 1943-1954 (para los trabajadores nacidos desde 1955, aumentando en dos meses cada año hasta llegar a los 67 años en 2027 con al menos 40 trimestres de cobertura).	65 años (hombres) o 64 de edad (mujeres) con aportaciones realizadas en cada año desde los 21 años.

Elementos de Seguridad social de distintos países cont.

Prestación	Haití	Sierra Leona	Argentina	México	E.U.A	Suiza
Prestaciones en caso de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales	Empleados públicos y empleados de empresas industriales, comerciales o agrícolas en los distritos especificados.  Exclusiones: Trabajadores por cuenta propia	Las personas empleadas.  Exclusiones: Trabajadores agrícolas que trabajan en las plantaciones con menos de 25 trabajadores, trabajadores domésticos, trabajadores por cuenta propia, trabajadores ocasionales, mano de obra familiar, y los trabajadores a domicilio.	Las personas empleadas, los trabajadores por cuenta propia (pequeños contribuyentes), parados, pensionistas y trabajadores domésticos.	Trabajadores del sector privado, miembros de cooperativas, y algunos miembros del ejecutivo federal.	La mayoría de los empleados del sector público y privado. (Todos los estados, Puerto Rico, Distrito de Columbia, Guam y los Estados Unidos Islas Vírgenes).  Exclusiones: Trabajadores por cuenta propia	Empleados, incluidos los trabajadores a domicilio, los aprendices, pasantes y voluntarios.
Prestaciones familiares	No se provee como beneficio reglamentario.	No se provee como beneficio reglamentario.	Se prestan por: Hijo, hijo discapacitado, asignación prenatal, asignación de la escuela, Asignación por nacimiento, Prima de adopción, Subsidio de matrimonio, de asignación del cónyuge o compañero, asignación universal infantil, asignación universal embarazo, pensión de la madre no contributiva.	Guarderías infantiles, Subsidio de matrimonio (cuentas individuales), Concesión Prospera efectivo (asistencia social): La cantidad varía según la composición del hogar	Unos 80 programas con comprobación de diferentes administrados y financiados por los gobiernos federal, estatales y locales ofrecen pagos en efectivo, servicios sociales, asistencia educativa, asistencia para la vivienda, formación profesional, asistencia médica, asistencia de energía y de servicios públicos, cuidado de niños, y programas de desarrollo infantil	Asignación por hijo, asignación de nacimiento, subsidios de formación profesional.
Prestaciones de maternidad	15 días de licencia por enfermedad al año a todos los empleados y seis semanas de maternidad pagado	No se provee como beneficio reglamentario.	Las mujeres empleadas, incluidos los trabajadores temporales y de uso doméstico. Exclusiones: Trabajadores por cuenta propia.	Empleados del sector privado y miembros de cooperativas.  Debe tener al menos 30 semanas de cotización en los 12 meses antes de que se empiecen a pagar el beneficio.	No se provee como beneficio reglamentario.	Empleados y las trabajadoras autónomas que participan en una actividad lucrativa

Elementos de Seguridad social de distintos países cont.

Prestación	Haití	Sierra Leona	Argentina	México	E.U.A	Suiza
Prestaciones de invalidez	Para una incapacidad total, el 66,7% de los ingresos mensuales del asegurado el pago. El asegurado debe ser menor de 55 años. Incapacidad parcial: Por lo menos un grado evaluado el 10% de discapacidad, un porcentaje del total de la pensión se paga de acuerdo con el grado de incapacidad. Para un grado de discapacidad inferior al 10%, se paga una suma global.	Debe evaluarse con una incapacidad total y permanente para el trabajo y tener menos de 60 años de edad con al menos 60 meses de cotizaciones, incluyendo por lo menos 12 meses de cotizaciones pagadas en los tres años previos a la incapacidad, o con al menos una total de 180 meses de cotización.	Se evalúa con al menos una pérdida del 66% de la capacidad de ganancia y más joven que la edad normal de jubilación. Debe ser un colaborador regular o irregular y no debe ser un trabajo remunerado o recibir otros beneficios. La prestación es del 70% del salario promedio del asegurado (colaborador habitual)	Debe ser evaluado con una reducción del 50% en la capacidad de ingreso con al menos 150 semanas de cotización. El asegurado puede continuar trabajando en un trabajo diferente y con un empleador diferente después de un período de espera de seis meses.	Debe evaluarse como incapaz de trabajo sustancial y lucrativo como el resultado de un impedimento físico o mental que se espera que dure por lo menos un año o causar la muerte. El asegurado debe cumplir con el reciente trabajo y la duración de los requisitos de trabajo.	Debe evaluarse con una discapacidad de al menos el 40% y han hecho contribuciones en cada año desde los 21 años.
Prestaciones de sobrevivientes	Los derechohabientes son la viuda (o), hijos y padres	Los derechohabientes son la viuda (o), huérfanos de padre y menores de 18 años, y padres	Los derechohabientes son la viuda (o) o pareja que vivía con el fallecido por al menos cinco años (dos años si tenían hijos); hijos solteros menores de 18 años que no está recibiendo beneficios; una hija viuda menor de 18 años que no está recibiendo beneficios de edad; y un niño con una discapacidad (sin límite de edad) que estaba a cargo del fallecido.	Los derechohabientes son la viuda (o) o pareja de hecho con los niños; una viuda (o) sin hijos casada con el fallecido por al menos seis meses si el fallecido era menor de 55 años en el momento del matrimonio; al menos 12 meses si el fallecido era 55 años de edad o más en el momento del matrimonio o si el fallecido recibido o tenía derecho a recibir una de vejez o de invalidez	Los derechohabientes son la viuda (o) (mismo sexo o del sexo opuesto) mayor de 60 años y casado al menos nueve meses antes de la muerte. Hijos solteros menores de 18 años (19 años si es a tiempo completo estudiante de escuela primaria o secundaria, sin límite si es desactivado antes de los 22 años); y un padre dependiente de 62 años o más, no se ha vuelto a casar desde la muerte del asegurado, y depende de al menos el 50% de los fallecidos en el momento de la muerte.	Los derechohabientes son la viuda con uno o más hijos a cargo o una viuda de 45 años o más que estaba casada con el fallecido por al menos cinco años; y huérfanos menores de 18 años (25 años si es estudiante o aprendiz).

Fuente: Elaboración propia con base en información de Social Security: Official Security (2016) Website.

En la tabla I.2 nuevamente, mediante las prestaciones que ofrece cada régimen de seguridad social, es notable que los países de bajo ingreso proveen menos prestaciones a diferencia de los países con mayor ingreso, Sierra Leona y Haití no cuentan con prestaciones familiares, monetarias de enfermedad ni de desempleo. Los países con ingresos medios, tiene mayor número de prestaciones sin embargo no cuentan con un seguro de desempleo, como lo hay en Suiza (ingreso alto). También se excluyen en algunas situaciones a los trabajadores por cuenta propia, como en la prestación de desempleo de Suiza y en la prestación en caso de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales en EUA, y eso es una tendencia general, sin embargo, las normas de seguridad social se ven reflejadas en todos los países y aún se observa la tendencia a incluir a la mayoría de las personas en el sistema de protección social de cada país, o al menos eso es en los países con ingresos medios y altos.

Y finalmente, un elemento clave en estas prestaciones es la asistencia médica, es la prestación presente en todos los países y que es prioridad de la Seguridad Social. De acuerdo con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2002), se busca que ésta prestación se brinde a todos los asalariados así como sus cónyuges e hijos, que sea por lo menos al 75% de toda la población económicamente activa y al 75% de los residentes, por lo que con la definición anterior y con la búsqueda de asegurar a la mayoría de la población se refuerza el valor de la participación del Estado y la importancia de la inversión que realiza en materia de salud.

## Capítulo II. México y el Sistema de Protección Social

### II.1 Sistema de Protección Social en México

En un contexto internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2011) planteó la Iniciativa del Piso de Seguridad Social cuyo objetivo es brindar seguridad social a la mayoría de la población y esta iniciativa debería incluir al menos las siguientes cuatro garantías de seguridad social:

- a) Acceso a la atención sanitaria esencial, incluida la atención de la maternidad.
- b) La seguridad del ingreso básico para los niños, proporcionando acceso a la nutrición, la educación, la atención y cualquier otro bien y servicio necesario.
- c) Seguridad básica de ingreso, para las personas en edad activa que no pueden obtener ingresos suficientes, en particular en los casos de enfermedad, desempleo, maternidad e incapacidad;
- d) La seguridad del ingreso básico para las personas mayores

No obstante que tenemos este contexto en el que existe una gran preocupación no sólo por la salud sino por las condiciones generales de vida de los individuos y sus hogares, observamos que no todo surge como lo planeado, ya que, como se mencionó anteriormente cada país tiene condiciones sociales, económicas, políticas e institucionales distintas que permiten una gran gama de resultados.

En México, encontramos dos grandes esquemas dentro del sistema de protección social y que es muy importante diferenciar, hablamos de las que son condicionadas a un trabajo asalariado y las no condicionadas al mismo, es decir: la seguridad social *per se* y programas de asistencia social respectivamente.

En el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2011), se establece que:

“toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta constitución.”

Pese a este planteamiento, aún durante el 2003 existía una gran parte de la población que no formaba parte de ningún sistema de seguridad social, es por ello que se creó el Instituto de Protección Social, cuyo brazo de operación es el Seguro Popular, para brindar una “cobertura

universal de salud” además de programas complementarios como Seguro Médico para una Nueva Generación, Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y el de 70 y más a nivel federal.

No olvidemos que la seguridad social se condiciona para aquellos trabajadores que cuentan con una relación obrero-patronal subordinada en la que se percibe un salario, mientras que los programas de protección social son para aquellos trabajadores no asalariados, es decir, hablamos de autoempleados, comisionistas, que no son dueños de activos productivos y que no forman parte de la Seguridad Social.

Dentro de las instituciones fundamentales que prestan servicios de seguridad social en nuestro país se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Defensa o Marina, Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), entre otros. Todos estos brindan las prestaciones agrupadamente y se financian con contribuciones tripartitas del Estado, trabajadores y empresas basados en los salarios. Por otra parte tenemos los programas de protección social que ofrecen servicios por separado, se financian con recursos públicos y son distintos a las instituciones anteriores pero que cubren las necesidades básicas de protección social.

Hecha esta salvedad, ahora se mencionarán algunas de las características de cada esquema del sistema de prestaciones sociales:

Tabla II.1: Características del Sistema de Protección Social

	Seguridad Social	Programas de protección social
Financiamiento	Contribuciones del Estado, trabajadores y empresas basadas en salarios.	Recursos Públicos
Estatus laboral	Asalariados	No asalariados
¿Quiénes valoran más el esquema?	Trabajadores con salarios altos	Trabajadores con salarios bajos.
Impacto en la economía laboral	Existen costos no salariales que propician la evasión tributaria y de contribuciones a la seguridad social.	Los subsidios aumentan los incentivos de las empresas y trabajadores para tener movilidad laboral hacia la informalidad.

Fuente: Elaboración propia con base en información de Levy , 2010

En la Tabla II.1 se hace un resumen de lo anteriormente expuesto y se incluye además el impacto que tienen los dos elementos del sistema de prestaciones sociales. En el caso de

la seguridad social tenemos costos asociados al trabajo asalariado que hace que los trabajadores pobres tengan incentivos para estar en el sector informal y que las empresas busquen evadir esos costos, y esto gracias a la existencia de los programas de protección social. Levy (2010) menciona que durante el periodo de 1998 a 2007, los recursos destinados a la Seguridad Social aumentaron en 48.6% mientras que para los programas de protección social, sin considerar Progres-a-Oportunidades, aumentaron en 110.4%, y con la creación en el 2003 del Seguro Popular se destinaron mayores recursos hacia trabajadores informales que para formales.

Lo dicho hasta aquí supone que la informalidad es mayor a la formalidad pero también consideremos que éstas pueden coexistir, es decir, bien puede ser una empresa totalmente formal pero simplemente no tiene registrados a algunos de sus trabajadores en la Seguridad social como lo son IMSS o ISSTE por ejemplo. Dicho de otra manera, la informalidad se refiere a la condición de la relación laboral (asalariado o no asalariado) y su estatus con respecto a la Seguridad Social. También es importante considerar que, pese a la informalidad, los agentes seguirán siendo racionales y maximizadores, considerando esto: ¿Quiénes se vuelven hacia la informalidad? Levy (2010) menciona que existe una movilidad laboral sustancial entre los sectores formal e informal y ésta es aún mayor en los trabajadores de bajos salarios, por lo que ellos son los principales agentes que se vuelven informales. Esto ocurre debido a que -por un lado- el trabajador tiene la estrategia de participar en el sector formal, pero cuya participación conlleva costos de seguridad social (hay cuotas de aportación a la SS); y por otro lado tiene la estrategia de participar en el sector informal donde no hay ningún costo de seguridad social (no hay cuotas de aportación a la SS, sino más bien un esquema universal de protección gratuito o de costo menor gracias a los subsidios del gobierno). Con ello los trabajadores se ven incentivados a buscar empleos de baja productividad. Entonces, como resultado de las políticas sociales tenemos una grave incongruencia entre el funcionamiento del mercado laboral y el diseño de los programas de protección social ya que estos en su conjunto generan injusticias, ineficacia del sistema de protección social y también altos costos sociales y económicos.

El autor también hace mención de que los programas de protección social tienen un impacto negativo ya que propician evasión de la Seguridad Social, aumento de la informalidad y por lo tanto restricciones fiscales ya que no se recauda lo mismo en los

impuestos al trabajo, y a la vez tenemos un aumento de la demanda de esos programas de protección social. Llegados a este punto consideremos pues que las políticas públicas se enfrentan a ciertos retos en su implementación como son: expansión de la cobertura de seguridad social hacia la mayoría de la población, evitar una mala redistribución de los ingresos y también evitar distorsiones en la asignación de trabajo y capital.

El siguiente punto se refiere a las fuentes de obtención de ingresos para pagar los subsidios al sistema de prestaciones sociales y para ello es necesario diferirlas en corto plazo y largo plazo.

A corto plazo:

- Reducción del gasto de gobierno en otros programas
- Aumento de impuestos al consumo
- Aumento de ISR (Impuesto Sobre la Renta)

A largo plazo:

- Reducción de la inversión pública
- Extracción de más petróleo
- Aumento del endeudamiento

Ahora bien, no todos los puntos anteriores se aplican en nuestro país, ya que de acuerdo con Levy (2010) la expansión de los programas sociales se financió con una mezcla de la renta petrolera y menor inversión pública; al mismo tiempo en su análisis indica que es necesario precisar que el impacto redistributivo que se está logrando con los programas sociales en México viene del consumo futuro de los trabajadores al consumo presente de los mismos y el problema es que no hay una redistribución de hogar a hogar como debería de funcionar.

No olvidemos, que a lo largo del tiempo la mayoría de las decisiones en materia de programas sociales ha sido influenciadas por: las políticas económicas, fiscales, etc., como la disciplina fiscal (la más restrictiva de todas) que no ha permitido aumentar el endeudamiento, las decisiones de los patrones que no redistribuyen sus ganancias a través de las instituciones de seguridad social y a grandes rasgos porque toda la combinación de programas de asistencia social y de protección social en nuestro país se han creado al considerar que es lo mejor que se debe hacer dejando de lado el crecimiento, la desigualdad, aumento de productividad y

pobreza. Hay que mencionar, además que los ciclos económicos también influyen en esa toma de decisiones, como por ejemplo durante la crisis de 2008, para hacerle frente se realizó aumento de presupuesto y ampliación de la cobertura de algunos programas sociales como: Oportunidades, Apoyo Alimentario, Seguro Popular y Empleo Temporal, entre otros, con el objetivo de que no se viera afectado el consumo y gasto de los hogares [Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2012]. Sin embargo esas medidas no fueron suficientes, ya que también hubo una acción tardía del aquel entonces Presidente Felipe Calderón, quien fue muy optimista al inicio de la misma considerando a nuestro país capaz de resistir a la misma.

Para fines de esta investigación se tratará acerca de la efectividad del programa de asistencia social Seguro Popular, comparándolo con la seguridad social del país por lo que a continuación se hará un tratamiento más detallado del mismo.

## **II.2 Seguro Popular**

El Seguro Popular es un instrumento de protección financiera para la población no derechohabiente del sistema formal de seguridad social que ofrece un seguro de salud público y voluntario con un amplio paquete de intervenciones y medicamentos descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Durante el 2001 y 2003 se realizó una prueba piloto del programa en 5 estados de la república: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco logrando afiliar a 2 224 000 personas de acuerdo con datos del INEGI.

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (2015) el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo brazo operativo sería el Seguro Popular de Salud que fue puesto en marcha oficialmente el 1 de enero del 2004.

El seguro popular de salud tiene 3 grandes objetivos:

- Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
- Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS;
- Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

Éste programa se creó con el objetivo de alcanzar la “cobertura universal de salud”, proporcionar servicios de salud para la cobertura de seguridad social y a la vez disminuir los gastos de bolsillo de las familias; además se creó para tratar de distribuir equitativamente el gasto público en salud ya que, antes del Seguro Popular, este se distribuía de manera inequitativa en las instituciones de salud y en los distintos estados de la republica (Seguro Popular Guanajuato., s.f.).

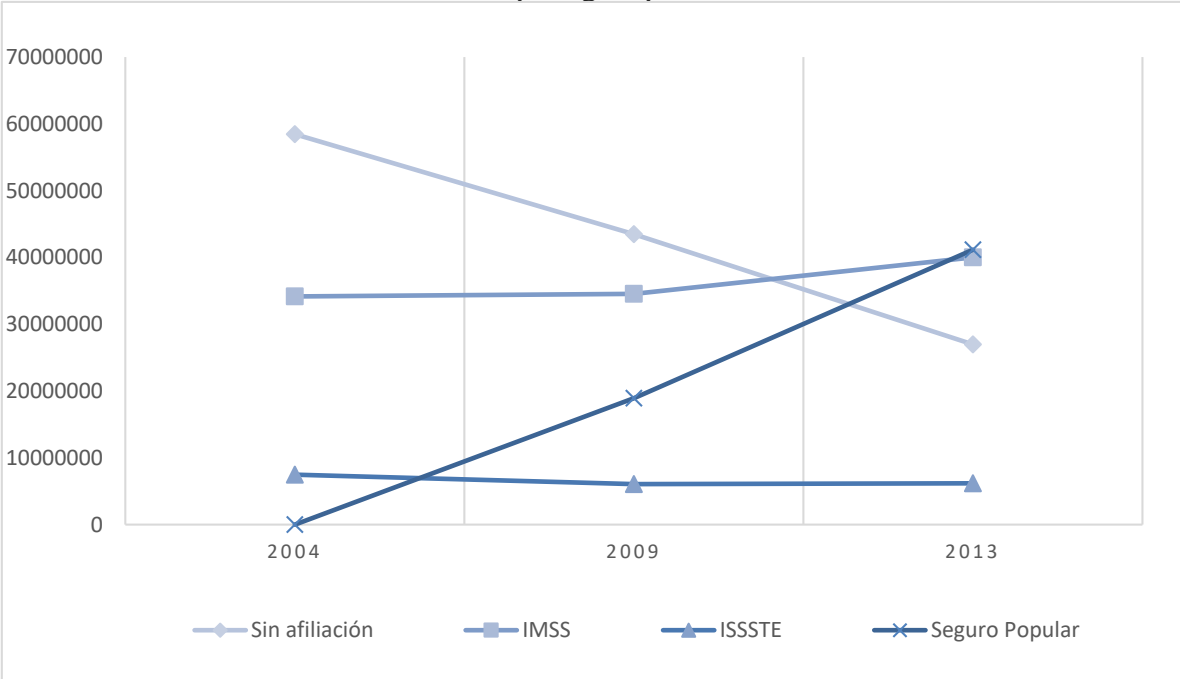
Es necesario también considerar el fallo del estado o gobierno que también se hace presente: no ha logrado una tasa de crecimiento del PIB alta y vigorosa, que aumente los salarios reales y que dé a los trabajadores empleos formales con cobertura de seguridad social (Levy, 2011). No existen incentivos suficientes para fomentar la formalidad en nuestro país, y con la nueva reforma laboral implementada en el 2012, lejos de mejorar la calidad de vida de las familias se propicia que no exista estabilidad en los puestos de trabajo, esto gracias a las nuevas modalidades de contratación que se hicieron presentes: de prueba, capacitación inicial y de temporada; son contratos que lejos de ayudar a acceder a un empleo formal, generan más incertidumbre.

En la reforma laboral encontramos muchos argumentos para implementar estas nuevas modalidades de contratación como la falta de experiencia, elevar la competitividad del país, generación de más empleos formales, etc., Sin embargo, los hechos nos marcan una situación completamente distinta a la considerada, hablamos de mayor flexibilidad del trabajo. Otra de las consecuencias de la reforma es que se generó una disminución en el número de afiliados del sector formal (del IMSS) y, por lo tanto, que aumentaran los afiliados al Seguro Popular. Estos afiliados sin embargo, no necesariamente se encuentran en el sector informal, ya que debido a la alta rotación de personas en el sector formal por las nuevas formas de contratación y de consideración de salario, se llega a la conclusión de que existe una gran facilidad del pertenecer al sector formal, pero nada garantiza que permanecerás allí. Levy (2011) estudió las frecuencias de entrada y salida de la formalidad y encontró que trabajadores de bajos salarios entran más a la formalidad que los trabajadores de altos salarios y que también salen más de ella; esto, concluye, se debe a lo complicado que es mantenerse en la formalidad por un largo periodo y obtener un salario alto.

Al respecto de lo anterior, analizaremos la afiliación en los distintos servicios de salud en México. Tal y como observamos en la gráfica 4 anterior, el número de personas sin afiliación

ha disminuido con cada año desde la aparición del Seguro Popular, de 56% en el 2004 a 23% al 2013 (de la población total), también observamos que el número de afiliados al IMSS no tuvo un cambio significativo de 33% a 34% en el mismo periodo, sin embargo el Seguro Popular tuvo un crecimiento considerable de 35% hasta el 2013, esto indica que existe un mayor número de personas que pertenecen al sector informal, o bien, la poca estabilidad de los trabajos les ha hecho optar por el Seguro Popular, por su bajo costo y por la seguridad social que implica.

Gráfica II.1: Población protegida por los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con información de Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2004, 2009 y 2013 (ENESS)

Para la implementación del Sistema de Protección Social de Salud el Gobierno optó por una producción privada concediendo una subvención directa a los hospitales, para que los afiliados al Seguro Popular reciban los servicios con precios más bajos o gratuitos dependiendo del decil de la población al cual pertenezcan y si está o no considerado dentro del catálogo universal de servicios de salud (CAUSES).

Si bien es cierto que el Seguro Popular se creó bajo bases internacionales como de la OMS, de la OIT, entre otras organizaciones, que coinciden en que la protección social es un derecho fundamental, que puede mejorar la estabilidad social y desempeño económico, y también que

logró cubrir la población objetivo que se propuso en un inicio, debemos reflexionar acerca de la calidad y accesibilidad que tienen esos servicios de seguridad social para la población más vulnerable.

### **II.2.1 Proceso de afiliación**

El proceso de afiliación es el siguiente:

1. Tiene que cumplir con:
  - No ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social, ejemplo: IMSS o ISSSTE.
  - Optar por afiliarse voluntariamente.
  - El titular de las familias susceptibles de incorporación debe acudir a cualquier Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) del Seguro Popular, ubicados en las principales Unidades Médicas en los municipios incorporados, o ante las brigadas móviles de afiliación y reafiliación, a manifestar su voluntad para afiliarse al Sistema. También pueden afiliarse voluntariamente las personas mayores de 18 años de manera individual.
  - Proporcionar al afiliador la información necesaria para llevar a cabo la evaluación socio-económica de la familia mediante la cédula denominada CECASOEH.
  - Para el caso de la reafiliación, presentar póliza vencida en original.

El personal del Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) o la brigada de afiliación aplicarán la CECASOEH (Cédula de Características Socio-Económicas del Hogar). Una vez firmada por el titular de la familia, esa misma se considerará como la solicitud de afiliación.

2. Los titulares deberán presentar original y entregar copia simple de la CURP y Acta de nacimiento de él y todos sus dependientes, así como de los siguientes documentos:
  - CURP de todos los integrantes o
  - Actas de Nacimiento de todos los integrantes.
  - Si tiene un recién nacido, puede entregar temporalmente el Certificado de Nacimiento expedido por la unidad médica donde nació.
  - Identificación Oficial con fotografía del titular (IFE, Licencia, Pasaporte o cualquier otra).
  - Último Comprobante de domicilio no mayor a 90 días.

- En su caso, Comprobante del Programa “Oportunidades” (con folio definitivo).
  - En su caso, Comprobante de Estudios (integrantes entre 18 y 25 años).
  - En su caso, realizar el pago correspondiente de acuerdo a su nivel socio-económico.
3. Finalmente se hace entrega de la documentación emitida:
- Resultado del Estudio Socio-económico.
  - Póliza de Inscripción.
  - En su caso, Recibo de Pago.
  - Carta de Derechos y Obligaciones.

En la póliza de afiliación se indica la duración de la validez del seguro, el nombre del titular de la familia, las personas beneficiarias, el centro de salud que le corresponde a la familia y el nivel de ingresos de la familia.

Dentro de los derechos que tienen los afiliados encontramos: Consultas médicas en el centro de salud correspondiente y si lo amerita en algún centro de consulta especializada, cirugía, y atención en hospitales del seguro popular, medicamentos y estudios o análisis de laboratorio y de gabinete.

Lo anterior siempre y cuando se encuentren en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), en el cual cuenta con una cobertura médica de 285 intervenciones y más de mil 500 enfermedades.

## **II.2.2 Requisitos del programa**

A continuación se realizará una descripción acerca de las condiciones para ser derechohabiente del Seguro Popular, esto considerando la información del manual de Operaciones:

- No ser derechohabiente de Seguridad Social
- Hijos de mexicanos nacidos en el extranjero
  - Temporal 90 días
  - Afiliación si presenta acta de nacimiento expedida por el registro civil
- Extranjeros con residencia permanente

- Seguro popular para familias de migrantes
- No se consideran personas en centros penitenciarios
- No procede afiliación a ministros de culto

#### Afiliación por colectividades

- Esquema de afiliación colectiva (Oportunidades, Liconsa)
  - Regímenes no contributivos
  - Regímenes contributivos con exención de pago
- Colaboración institucional
  - Familias de repatriados (INM)
  - Familias de Educandos (INEA)
  - Familias de Figuras Solidarias (INEA)
- Registro de instituciones de asistencia social, pública o privada (casa-hogar, asilos, albergues, psiquiátricos).

#### Oportunidades

- Si dejan de pertenecer al programa dejarán de serlo al término de la vigencia de la CECASOEH
- Si un integrante pertenece a Oportunidades toda la familia se considera como no contributiva
- Se realiza cotejo con padrón de Oportunidades además de la entrega de comprobante por parte de la familia.

#### Titulares

- Cualquier cónyuge, concubino, padre o madre.
- Afiliación si titular no es beneficiario
  - Pleno uso de facultades
  - Cualquier persona mayor de edad puede ser titular
- Cambio de titular
  - Con consentimiento
  - Sin consentimiento se realizan 2 folios

#### Menores de edad

- Casados por lo civil
- Mujer soltera embarazada (No se solicita diagnóstico de embarazo)
- No en unión libre

#### Seguro médico siglo XXI

- Hasta los 5 años de edad
- Niños nacidos desde el 1 de diciembre de 2006
- La familia entra dentro del régimen no contributivo
- No ser derechohabiente de SS

#### Consideraciones especiales:

- En caso de tener documentos faltantes de alguno de los integrantes de la familia se les considerará como NO beneficiarios
- Por cuestiones de información de la ENIGH, se supondrá que las cuotas familiares son anuales, y no trimestrales o semestrales, a pesar de que existe la opción.
- En núcleos familiares de un solo integrante las aportaciones serán del 50% mientras no haya aumento de integrantes.
- Si algún integrante cumple 18 años durante la vigencia de la CECASOEH, será necesario presentar comprobante de estudios para tener derecho a SP que podría ser hasta los 25 años
- Las pólizas de afiliación pueden ser de: 90 días con expediente incompleto, Anual con familias que entregaron certificado de nacimiento y trianual que va de familias con expedientes completos.

### **II.2.3 Fuentes de financiamiento**

De acuerdo con la Ley General de Salud, en el artículo 77 BIS 12 Y BIS 21 se establece que el Sistema de Protección Social de Salud será financiado por el gobierno federal, por el estado y por los beneficiarios (considerando su nivel de ingresos). A continuación se presenta un esquema dónde se presentan tales contribuciones al 2014.

Tabla II.2: Cuotas familiares de Seguro Popular en Salud para el ejercicio fiscal 2014

Decil de ingreso	Cuota familiar anual en pesos	Salarios mínimos al 2014
I	-	-
II	-	-
III	-	-
IV	-	-
V	2,074.97	30.84
VI	2,833.56	42.11
VII	3,647.93	54.21
VIII	5,650.38	83.97
IX	7,518.97	111.74
X	11,378.86	169.10

Fuente: Elaboración propia con base en Diario Oficial de la Federación (DOF, 2014)

Las cuotas familiares en la tabla anterior fueron establecidas En el Diario Oficial de la Federación al 2014, y en el manual de afiliación y operaciones del Seguro Popular se establece que éstas serán anticipadas, anuales y progresivas. Cada estado aplicará las cuotas vigentes al momento de la afiliación. Para estar afiliado al Seguro Popular se debe aplicar la CECASOEH (Cédula de Características Socio-Económicas del Hogar) y con ello determinar el decil al que pertenecen, creando así un filtro de aquellos que no lo necesitan.

#### **II.2.4 Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)**

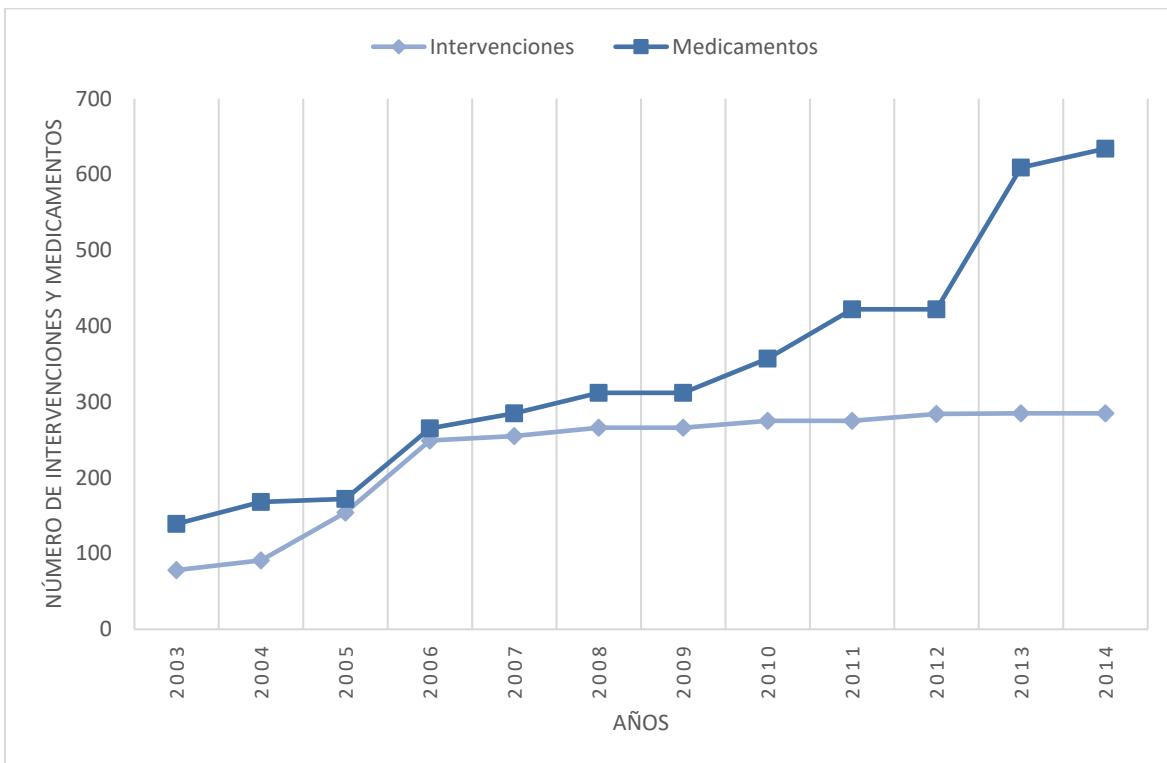
El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) ha tenido una evolución vertiginosa desde su aparición en el 2003. En un inicio se le conocía como Catálogo de beneficios médicos (CABEME), del 2004 al 2005 se transformó en el Catálogo de servicios esenciales de salud (CASES), y a partir del 2006 se le llamó CAUSES. Para determinar el tipo de intervenciones que se incluirían se consideró el proyecto “CHOICE” (CHOosing Interventions that are Cost-Effective), respaldado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha permitido considerar el análisis costo-efectividad a nivel internacional de cada una de ellas. Hay que mencionar, además que las intervenciones que se consideran en el proyecto tienen las siguientes características:

- Son comunes en diversas regiones del mundo.
- Se le da prioridad a las intervenciones preventivas que a las curativas.

- Se aplican métodos estandarizados de medición de la razón costo-efectividad para aplicarse en distintos escenarios.

En la Gráfica II.2 se muestra la evolución del número de intervenciones y medicamentos del CAUSES desde el 2003 hasta el 2014, y como se observa, las intervenciones se han mantenido en las mismas cifras, mientras que el número de medicamentos ha tenido un crecimiento considerable. En el 2003 se inició con 78 intervenciones, y con 139 medicamentos y ya para el 2012, se consideraban 284 intervenciones y 422 medicamentos. Es para el 2014 cuando se da un mayor número de medicamentos 634, y 285 intervenciones, por lo que desde su inicio hasta la actualidad, los medicamentos han ido en aumento.

Gráfica II.2: Evolución del CAUSES 2003-2014



Fuente: Elaboración propia con base en datos del CAUSES 2014.

Del 2012 al 2014, se incrementaron el número de intervenciones y de medicamentos considerablemente, a continuación se presentarán algunos cambios (Comisión Nacional de Protección en Salud, 2014):

Intervenciones de salud pública: acciones de prevención, promoción de salud, etc. ésta intervención se complementó con analgésicos y antiinflamatorios (intervención 25:

prevención y atención de violencia familiar y de género). Se otorga consejería, detecciones tempranas o acciones comunitarias (intervención 27: Otras acciones de promoción a la salud y prevención de riesgos).

Intervenciones de atención de medicina general/familiar y especialidad: ahora incluye hospitalización para aquellos casos con diarrea aguda que lo necesiten (intervención 40. Diagnóstico y tratamiento de síndrome diarreico agudo). Se agregó atención quirúrgica para aquellas pacientes que por su padecimiento lo necesiten (intervención 97: Diagnóstico y tratamiento de trastornos benignos de la mama).

Intervenciones de Odontología: se integra la prevención y eliminación de caries, eliminación de focos de infección y abscesos, y extracción de piezas dentarias.

Intervenciones en Urgencias: se busca la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias, su canalización a servicios de hospitalización y/o cirugía. La intervención 137, (atención en urgencias por intoxicación aguda, uso nocivo y estado de sustancias adictivas), ahora se encuentra en las intervenciones de urgencia, antes se encontraba en la parte de medicina general.

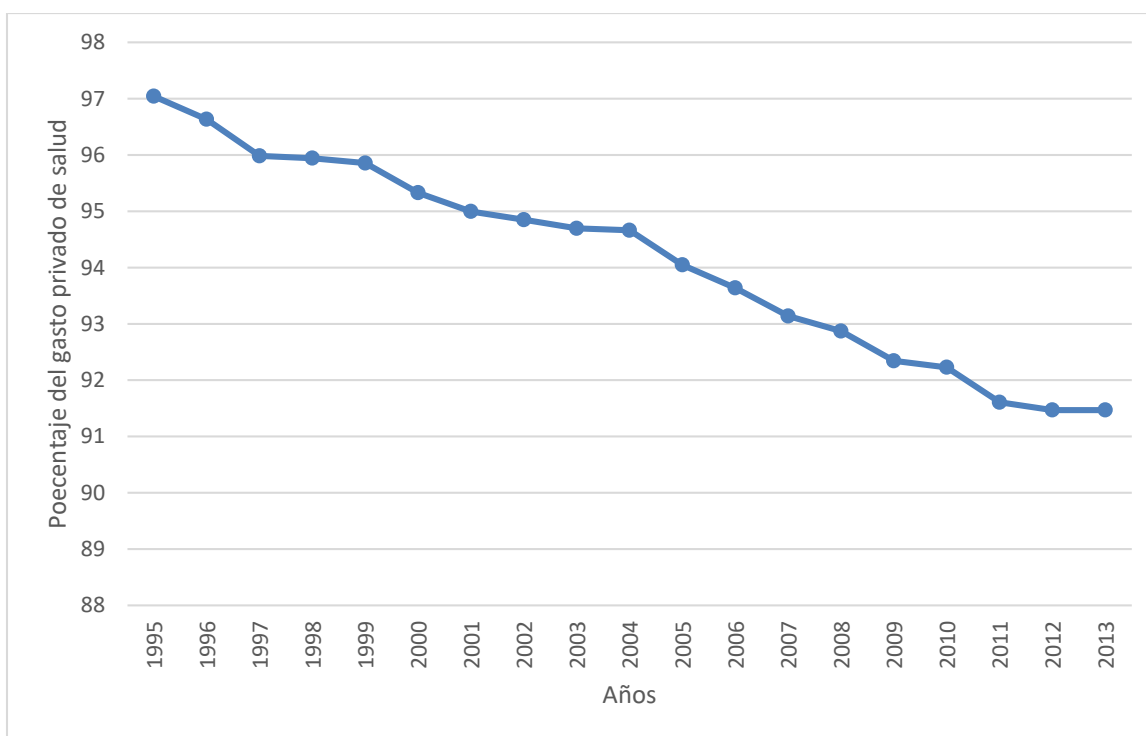
Actualmente con el aumento de intervenciones y de medicamento, se busca que la atención que se otorga a los afiliados al Seguro Popular sea segura, oportuna, suficiente y equitativa. No olvidar que la atención integral se dirige a la prevención y promoción de la salud, tal como se planteaba en el proyecto “CHOICE”.

## II.2.5 Gasto de las familias

Los gastos de bolsillo se definen como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud (Pérez, s.f.).

Uno de los objetivos del seguro popular es disminuir ese gasto, sin embargo, podemos identificar que aún existe una gran parte de población que tiene gastos de bolsillo o catastróficos y esta población es la que tiene un menor ingreso. Gráficamente observamos:

Gráfica II.3: Gastos de salud desembolsados por el paciente

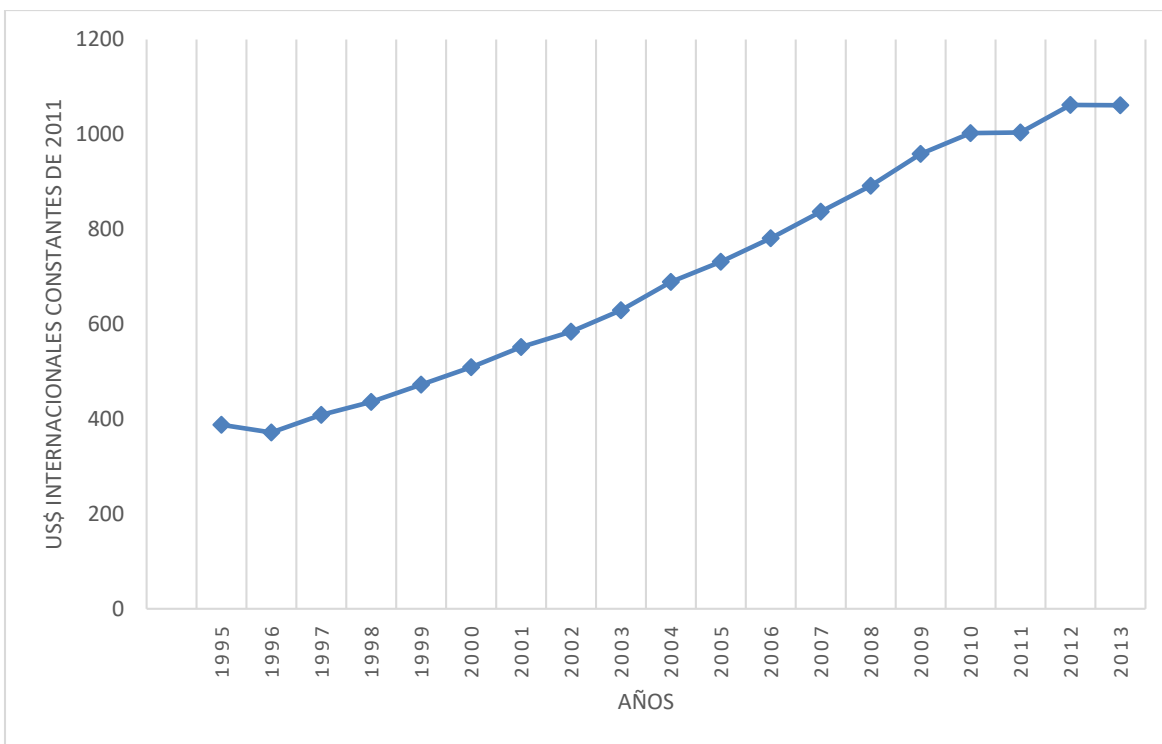


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial

Observamos que, a partir del 2003, hubo una disminución pronunciada de los gastos desembolsados por los pacientes<sup>3</sup>, del 94.7% al 91.47% al 2013. Mientras tanto, el gasto per cápita ha tenido el siguiente comportamiento:

<sup>3</sup> Gastos desembolsados por el paciente: cualquier erogación directa por parte de los hogares, incluidos las gratificaciones y pagos en especie a médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios destinados a la mejora del estado de salud de un individuo o grupos de población.

Gráfica II.4: Gastos en salud per cápita, PPA



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial

El gasto en salud también ha incrementado considerablemente, por ejemplo en el 2003, el gasto era de 629 dolares, y para el 2013, éste habia aumentado a 1061 dolares, sin embargo no olvidemos que este gasto es el total, que es la suma de los gastos en salud públicos y privados, por lo que es difícil considerar que parte proviene de la seguridad social, o de la asistencia social (seguro popular).

Hasta este punto, podemos concluir que las asignaciones, a partir del Seguro Popular han mejorado el bienestar de las personas y apoya a los gastos de bolsillo de las familias que tienen ingresos escasos. Sin embargo, es necesario realizar un análisis exhaustivo con respecto al impacto en los gastos de las familias por deciles, para así saber cuáles están siendo beneficiados y de esta forma saber que tan efectivo es el programa de asistencia social Seguro Popular.

### **Capítulo III: Microsimulador**

El microsimulador es un libro de Excel, compuesto por 4 hojas que se interrelacionan entre sí: Presentación, Base, Simulador y Resultados.

#### **III.1 Presentación**

En la primera hoja se plasman aquellas reglas o condiciones que se podrían ir modificando dependiendo de lo que se desee demostrar. En esta parte se establecen las condiciones de las políticas a modelar. Se divide en dos partes: impuestos y el sistema de protección Social. Del lado izquierdo, están las aportaciones que corresponden a los distintos organismos que forman parte de la Seguridad Social, es decir, las aportaciones tripartitas (trabajador, empleador y Gobierno) de IMSS, ISSSTE, y las cuotas que corresponden en caso de tener del Seguro Popular. Por otra parte, del lado derecho, se encuentran los niveles de ingreso gravables de ISR, que son necesarios para calcular las aportaciones que corresponden a los trabajadores.

Es necesario aclarar que las tasas y/o aportaciones imputadas en la presentación están actualizadas al 2014, sin embargo, pueden ser modificadas para plantear los escenarios posibles si se cambiaran esas aportaciones, además los montos se encuentran anualizados para normalizar la información. Esto se deriva debido a que los ingresos que se reportan en los rangos de Seguro Popular se tuvieron que calcular debido a la falta de información en la CECASOEH (encuesta socioeconómica del Sistema de Protección Social de Salud que determina la cuota que debe aportar el hogar) y la información que proporciona la base de datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) se presenta de manera trimestral.

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**

Las aportaciones para financiar a este organismo de la Seguridad Social provienen de tres fuentes: el trabajador, el patrón y el gobierno. Basándose en la Ley de Seguro Social se obtienen las siguientes tasas, las cuales como se indica en la tabla 3.2, se pueden multiplicar por el Salario Mínimo General (SMG) (que al 2014 era de 67.29 pesos) o bien multiplicarse por el salario base de cotización, que es el ingreso gravable que las familias reportan. A continuación se hará una breve descripción de las condicionales que se utilizaron para realizar los cálculos de las aportaciones correspondientes a cada fuente de financiamiento:

Patrón	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Si } (Y(\text{IMSS}=1, \text{Jubilación}=0, 0 < \text{Ingreso gravable}) \text{ entonces } \text{SMG}^4 * \text{Especie- Cuota} \\ \text{fija} * 365 \text{ días} + (\text{Max}(\text{Ingreso gravable})/365) - 3 * \text{SMG}, 0) * \text{Especie- Excedente} * 365 \text{ días} \\ + \text{Ingreso gravable} * \% \text{ aportación patronal} \\ 0 \end{array} \right.$
Trabajador	
	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Si } (Y(\text{IMSS}=1, \text{Jubilación}=0, 0 < \text{Ingreso gravable}) \text{ entonces } \text{Ingreso gravable} * \% \\ \text{aportación} + \text{Cuota de aportación} \\ 0 \end{array} \right.$
Gobierno	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Si } (Y(\text{IMSS}=1, \text{Jubilación}=0, 0 < \text{Ingreso gravable}, \text{Ingreso gravable}/365 \leq 15 * \text{SMG}, \\ \text{Ingreso gravable}/365 > \text{SMG}) \text{ entonces } \text{Cuota Social} * \text{SMG} + (\text{SMG} * \text{Especie-cuota} \\ \text{fija} * 365 \text{ días}) + \% \text{ Aportación gubernamental} * \text{ingreso gravable} \\ 0 \end{array} \right.$

Las anteriores condiciones son las que determinan las aportaciones pero que como se mencionó al inicio de esta sección se pueden modificar para simular los posibles resultados de aumentar o disminuir esas aportaciones y cuál sería la afectación en el gasto de los hogares, y de las transferencias que se realizan por parte del gobierno.

Tabla III.1: Aportaciones IMSS

IMSS			
Seguro o prestación	Patrón	Trabajador	Gobierno
Invalidez y vida	1.75	0.625	0.125
Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez	5.15	1.125	0.225
			cuota social
			6.513
Riesgos de trabajo	0.50	0.00	0.00
Salud trabajadores activos	0.70	0.25	0.05
			Especie- Cuota fija
			20.4
			Especie- Excedente
			1.1
Salud para pensionados	1.05	0.375	0.075
Servicios sociales	1.000		
Vivienda	5.000		
% Aportación del SMG			
Cuota social			0.06513
Especie- Cuota fija	0.204	0	0.149
Especie- Excedente	0.011	0.004	0
% Total de aportación del SBC			
	0.15	0.02375	0.0048

Fuente: Elaboración Propia con base en información de la Ley de Seguro Social 2014

En el escenario actual, las aportaciones por parte del patrón o empleador son mayores que las del Gobierno y las del trabajador, siendo éstas de hasta 36.6%, 15.38% y 2.78%

<sup>4</sup> SMG: Salario Mínimo General

respectivamente suponiendo los salarios máximos que pudieran cotizar para esta institución de Seguridad Social.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE):

Las fuentes de financiamiento de este organismo también son tripartitas, es decir, provienen de un patrón o empleador, trabajador y del Gobierno. Para el cálculo de las aportaciones se siguen las siguientes condiciones:

Patrón	{	Si (Y( ISSSTE=1, Jubilación= 0, 0 <Ingreso gravable ) entonces SBC* % aportación Patronal
	}	0
Trabajador	{	Si (Y( ISSSTE=1, Jubilación= 0, 0 <Ingreso gravable ) entonces SBC* % aportación + cuota de aportación
	}	0
Gobierno	{	Si (Y(ISSSTE=1, 0 <Ingreso gravable)) entonces (SMG*Especie- Cuota fija* 365 días)
	}	0

Por último los porcentajes al 2014 de las cuotas del ISSSTE se encuentran en la siguiente tabla, que en la misma situación que se mencionaba anteriormente, pueden ser modificados para analizar otra situación con aportaciones distintas de cualquier fuente de financiamiento:

Tabla III.2: Aportaciones ISSSTE

ISSSTE			
Seguro o prestación	Dependencia o Entidad	Trabajador	Gobierno
Invalidez y vida	0.625	0.625	
Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez	5.175	6.125	5.50
Cuota social			
Riesgos de trabajo	0.75		
Salud trabajadores activos	7.325	2.75	
			14.90
			Especie- Excedente
Salud para pensionados	0.72	0.625	
Servicios sociales	0.5	0.50	
Vivienda	5		
<hr/>			
% Aportación del SMG			
			0.2040
			Especie- Excedente
<hr/>			
% Total de aportación del SBC		0.20095	0.10625

Fuente: Elaboración Propia con base en información de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2014

### Seguro Popular:

La financiación de este programa se realiza mediante subsidio, recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación y una muy pequeña contribución que proviene de los asegurados, esta última depende del decil de población en la que se encuentren los afiliados, por lo que su aportación correspondiente de la siguiente manera:

Gobierno Federal	Cuota Social (CS)	3.92% SMG
	Aportación solidaria Federal	5.88% SMG
Estado	Aportación solidaria Federal	1.96% SMG
Cuota Familiar	Corresponde considerando el nivel de ingresos que determine la CECASOEH	

Ahora bien, considerar que al 2014 el SMG del DF se determinaba en 67.29, entonces, considerando lo anterior y además, calculando los rangos de ingresos de las familias, las cuotas familiares se obtiene lo siguiente:

Tabla III.3: Aportaciones Seguro Popular

Seguro Popular			
Aportaciones institucionales	Cuota Social	ASF	Total
Gobierno federal	947.8	1,421.70	2,369.50
Aportación Solidaria Estatal	473.9		473.90
Total por individuo anual			2,843.40
Cuota familiar anual			
Decil	Límite inferior	Límite superior	Cuota familiar
I	0.00	24,257.21	0.00
II	24,268.75	39,079.93	0.00
III	39,083.15	52,395.52	0.00
IV	52,395.56	66,088.22	0.00
V	66,111.46	82,125.00	2,075.00
VI	82,129.64	101,116.36	2,833.60
VII	101,142.70	128,001.09	3,647.90
VIII	128,010.20	169,218.18	5,650.40
IX	169,218.23	251,606.39	7,519.00
X	251,692.72	16,340,788.71	11,378.90

Fuente: Elaboración Propia con base en información de la Ley General de Salud y cálculos basados en datos de la ENIGH 2014

En la tabla anterior se encuentra la aportación anual correspondiente a cada sector de financiamiento, sin embargo, las aportaciones federales y estatales son por individuo, mientras que las cuotas familiares corresponden por familia considerando el nivel de ingresos que tenga el hogar.

Los rangos de ingresos se tuvieron que calcular considerando el ingreso corriente de los hogares reportado en la ENIGH 2014 ya que los rangos que determina la CECASOEH, que es la encuesta socioeconómica a la que es sometido el hogar para determinar su nivel de ingresos, no se encuentran disponibles. Los ingresos se encuentran en trimestres por lo que tuvieron que ser anualizados para homogeneizar la información.

#### *Seguro Universal:*

Alternativamente a los organismos existentes de Seguridad Social se supuso la existencia de un Seguro Universal (SU), en el que se propone tasas fijas para las aportaciones patronales y de trabajadores (4.2% y 7.8%, respectivamente), y una cuota por individuo integrante del hogar, como la aportación federal (\$2 406.97). ¿Por qué considerar una aportación de esta naturaleza? Se consideró como base las regulaciones existentes en Suiza, ya que en ese país existe una cobertura para todos los residentes o personas empleadas (4.2% patrón y 7.8% de ingresos para persona autoempleada), y se considera la aportación por individuo realizada por el SP ya que es la más equitativa en México. Además se considera que si las cuotas patronales disminuyeran ya no habría desincentivos para que los empleados no estén afiliados a alguna institución de seguridad social, el trabajador al tener una aportación mayor tendría una mayor pensión para su vejez y también una valorización distinta de su seguro. El gobierno ya no haría gastos duplicados y por tanto un uso eficiente de recursos.

Antes de continuar con la siguiente hoja que forma parte del microsimulador Base, que es la Base de datos, es necesario hacer una breve descripción de la ENIGH y las variables utilizadas para posteriormente entender la conformación de la misma.

#### **Descripción de variables de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)**

La ENIGH proporciona un panorama estadístico acerca de los ingresos y gastos de los hogares (monto, procedencia y distribución), las características ocupacionales y sociodemográficas de cada uno de los individuos que conforman el hogar, así como las características de su vivienda.

La ENIGH en su forma tradicional fue desarrollada en 1977 gracias a la Dirección General de Estadística (DGE) que en ese momento formaba parte de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP). Su primera aplicación fue en 1984, después en 1989, luego en 1992 y a partir de ahí cada 2 años hasta la fecha. A partir de 2008 se realizó una nueva construcción de variables con base en recomendaciones de la ONU. Esta última se utiliza para el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH que sirve para la medición de pobreza del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Su periodo de levantamiento va desde el 11 de agosto al 18 de noviembre de los años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2016).

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó la ENIGH en su forma tradicional dónde los temas, antes mencionados, se encuentran distribuidos en 12 tablas de las cuales únicamente se utilizarán 4 que enseguida se describirán:

Tablas de información de personas:

- Población: esta tabla presenta características sociodemográficas y ocupacionales de cada integrante del hogar. La tabla contiene 73 592 observaciones, lo que representa al total de la población, es decir, a 120 089 882 habitantes de México.
- Trabajo: esta tabla considera información acerca de la condición de actividad de los integrantes de los hogares mayores a 12 años. Ésta cuenta con 35 411 observaciones lo que representa a 56 733 100 habitantes.
- Ingresos: Tabla que identifica ingresos de cada uno de los integrantes del hogar. Consta de 89 131 observaciones, es decir, los integrantes que reportan ingresos, tiene una representatividad de 140 301 829, que más que el total de población, pero esto es porque un individuo puede tener más de una fuente de ingresos.

Tablas con información de los hogares:

- Gastoshogar: tabla que reporta los gastos monetarios y no monetarios que se realizaron en los hogares. La tabla tiene 1 191 694 observaciones que refieren
- Concentradohogar: tabla resumen con información de los hogares y que agrupa la información de las 11 tablas de la base de datos. Esta tabla comprende de 19 479 observaciones, las cuales representan a 31 671 002 hogares.

Estas tablas se encuentran disponibles en la página web del INEGI y se pueden descargar en 4 formatos: dbf<sup>5</sup>, sav<sup>6</sup>, dta<sup>7</sup> y csv<sup>8</sup>. Para la realización de esta investigación se descargaron los archivos en formato dbf y sav por lo que el procesamiento de datos se realizó en Excel y en algunas ocasiones en Stata ya que éste último resulta más ágil y además brinda la oportunidad de cambiar los archivos a otros formatos. De las tablas anteriores se seleccionaron algunas variables, las cuales se describirán a continuación ordenándolas por tabla para facilitar su comprensión:

Tabla III.4: Variables de la tabla población

Variable	Descripción	Observación
folioviv: Identificador de la vivienda	Está compuesto por dos dígitos con la clave de la entidad federativa, uno con el ámbito (urbano, código diferente a 6; rural, código 6), cuatro dígitos del número consecutivo de la upm, un dígito de la decena de levantamiento y dos dígitos con un número consecutivo para la vivienda seleccionada.	Variable construida a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
foliohog: Identificador del hogar	El código 1 identifica al hogar principal y del 2 al 5 los hogares adicionales.	Se construye a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
numren: Identificador de la persona	Número consecutivo en el registro de personas integrantes del hogar.	
parentesco: Parentesco	Vínculo o lazo de unión que existe entre el jefe(a) y los integrantes del hogar, ya sea conyugal, por consanguinidad, adopción, afinidad o costumbre.	
sexo: Sexo	Distinción biológica que clasifica a las personas en hombres o mujeres.	
edad: Edad	Años transcurridos entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de la entrevista.	Para personas menores de un año, edad=0; para personas de 97 o más años, edad=97.
asis_esc: Asistencia a la escuela	Situación que distingue a las personas de 3 o más años según asistan o no a algún establecimiento de enseñanza escolar del Sistema Educativo Nacional (SEN), en cualquier nivel.	
edo_conyug: Situación conyugal	Estado conyugal del integrante del hogar de 12 o más años.	
segpop: Seguro popular	Afiliación al Seguro Popular.	
inst_1: Institución médica IMSS	Institución que proporciona servicios de salud a las personas del hogar que están afiliadas o inscritas.	
inst_2: Institución médica ISSSTE	Institución que proporciona servicios de salud a las personas del hogar que están afiliadas o inscritas.	
inst_3: Institución médica ISSSTE estatal	Institución que proporciona servicios de salud a las personas del hogar que están afiliadas o inscritas.	
inst_4: Institución médica PEMEX	Institución que proporciona servicios de salud a las personas del hogar que están afiliadas o inscritas.	
inst_5: Institución médica Otro	Institución que proporciona servicios de salud a las personas del hogar que están afiliadas o inscritas.	

Fuente: Elaboración propia con base en la descripción de variables de la ENIGH, 2014

<sup>5</sup> Dbf: formato Dbase que se puede abrir con Excel

<sup>6</sup> Sav: Formato SPSS Statistics Data Document, que se abre con SPSS

<sup>7</sup> Dta: formato que se abre con Stata

<sup>8</sup> Csv: comma-separated values, archivo que se abre con Excel

En la tabla anterior se encuentran 14 variables que al cruzarse proporcionan la información necesaria para conocer las características de cada integrante de la familia como: edad, sexo, la institución que brinda atención médica, entre otros datos, brindando así una perspectiva general de la familia.

Tabla III.5: Variables de la tabla trabajo

Variable	Descripción	Observación
folioviv: Identificador de la vivienda	Está compuesto por dos dígitos con la clave de la entidad federativa, uno con el ámbito (urbano, código diferente a 6; rural, código 6), cuatro dígitos del número consecutivo de la upm, un dígito de la decena de levantamiento y dos dígitos con un número consecutivo para la vivienda seleccionada.	Variable construida a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
foliohog: Identificador del hogar	El código 1 identifica al hogar principal y del 2 al 5 los hogares adicionales.	Se construye a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
numren: Identificador de la persona	Número consecutivo en el registro de personas integrantes del hogar.	
id_trabajo: Identificador del trabajo	Identificador del trabajo.	

Fuente: Elaboración propia con base en la descripción de variables de la ENIGH 2014

Las variables de la tabla III.5 nos ayudan a identificar a los integrantes que tienen algún trabajo para posteriormente crear una variable de ocupación que formará parte de la base de datos del microsimulador.

Tabla III.6: Variables de la tabla ingreso

Variable	Descripción	Observación
folioviv: Identificador de la vivienda	Está compuesto por dos dígitos con la clave de la entidad federativa, uno con el ámbito (urbano, código diferente a 6; rural, código 6), cuatro dígitos del número consecutivo de la upm, un dígito de la decena de levantamiento y dos dígitos con un número consecutivo para la vivienda seleccionada.	Variable construida a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
foliohog: Identificador del hogar	El código 1 identifica al hogar principal y del 2 al 5 los hogares adicionales.	Se construye a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
numren: Identificador de la persona	Número consecutivo en el registro de personas integrantes del hogar.	
clave: Clave de ingreso	Fuente de donde proviene el ingreso de la persona	
ing_tri: Ingreso trimestral	Ingreso trimestral normalizado de acuerdo a la decena de levantamiento	Variable construida

Fuente: Elaboración propia con base en la descripción de variables de la ENIGH 2014

La tabla III.6 aporta las variables que permiten conocer los ingresos por persona y la fuente de los mismos.

Tabla III.7: Variables de la tabla gastoshogar

Variable	Descripción	Observación
folioviv: Identificador de la vivienda	Está compuesto por dos dígitos con la clave de la entidad federativa, uno con el ámbito (urbano, código diferente a 6; rural, código 6), cuatro dígitos del número consecutivo de la upm, un dígito de la decena de levantamiento y dos dígitos con un número consecutivo para la vivienda seleccionada.	Variable construida a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
foliohog: Identificador del hogar	El código 1 identifica al hogar principal y del 2 al 5 los hogares adicionales.	Se construye a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
clave: Clave de gasto	Producto, bien o servicio adquirido por los integrantes del hogar en los periodos de referencia.	
tipo_gasto: Tipo de gasto	Tipo de gasto monetario y no monetario.	
gasto_tri: Gasto trimestral	Gasto trimestral normalizado de acuerdo a la decena de levantamiento. Solo se trimestralizaron los gastos realizados en el período de referencia.	Variable construida.
gas_nm_tri: Gasto no monetario trimestral	Gasto no monetario trimestral normalizado de acuerdo a la decena de levantamiento.	Variable construida.

Fuente: Elaboración propia con base en la descripción de variables de la ENIGH 2014

En esta tabla se encuentran las variables que permiten conocer los gastos que se realizaron en cada hogar y el gasto no monetario por transferencias de instituciones, ambos trimestralmente. La clave de gasto brinda información del tipo de bien en el que se realizó el gasto, que para fines de esta investigación se limitará a medicamentos y servicios de salud (clave “J”).

Tabla III.8: Variables de la tabla concentradohogar

Variable	Descripción	Observación
folioviv: Identificador de la vivienda	Está compuesto por dos dígitos con la clave de la entidad federativa, uno con el ámbito (urbano, código diferente a 6; rural, código 6), cuatro dígitos del número consecutivo de la upm, un dígito de la decena de levantamiento y dos dígitos con un número consecutivo para la vivienda seleccionada.	Variable construida a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
foliohog: Identificador del hogar	El código 1 identifica al hogar principal y del 2 al 5 los hogares adicionales.	Se construye a partir del folio registrado en la portada de los cuestionarios.
ubica_geo: Ubicación geográfica	Contiene la ubicación geográfica de la vivienda. Los dos primeros dígitos representan la clave de la entidad, los siguientes tres la clave del municipio y los últimos cuatro la clave de la localidad. Éstas corresponden al Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI.	Variable definida en el diseño muestral.
tam_loc: Tamaño de localidad	Tamaño de la localidad por número de habitantes.	Variable definida en el diseño muestral.
est_socio: Estrato socioeconómico	Clasificación de las viviendas del país de acuerdo a ciertas características socioeconómicas de las personas que las habitan, así como características físicas y el equipamiento de las mismas.	Variable definida en el diseño muestral.
upm: Unidad primaria de muestreo	Se refiere a agrupaciones de viviendas con características diferenciadas dependiendo del ámbito al que pertenecen. Estas unidades corresponden a áreas geográficas con límites identificables en el terreno que agrupan un conjunto de viviendas, cuyo número depende del tamaño de las localidades.	Variable definida en el diseño muestral.
factor_hog: Factor de expansión del hogar	Factor de expansión del hogar	Variable definida en el diseño muestral.
sexo_jefe: Sexo del jefe del hogar	Distinción biológica que clasifica al jefe del hogar en hombre o mujer.	
edad_jefe: Edad del jefe del hogar	Años transcurridos entre la fecha de nacimiento del jefe del hogar y la fecha de la entrevista.	
trabajo: Ingreso por trabajo	Son las remuneraciones por trabajo subordinado. Está compuesta por los sueldos, las comisiones, aguinaldo, indemnizaciones del trabajo y remuneraciones en especie.	
negocio: Ingresos independiente	Se refiere a aquellas entradas en efectivo o en especie que los integrantes del hogar reciben regularmente por su desempeño como trabajadores independientes en su trabajo principal o, si es el caso, en su trabajo secundario.	
otros_trab: Otros ingresos por trabajo	Otros ingresos provenientes del trabajo.	
rentas: Renta de la propiedad	Ingresos que reciben los integrantes del hogar derivados de la posesión de activos financieros o tangibles que han puesto a disposición de otras unidades institucionales.	
otros_ing: Otros ingresos corrientes	Otros ingresos corrientes.	
salud: Cuidados de la salud	Gasto en cuidados de la salud.	La suma de atenc_ambu, hospital y medicinas.
atenc_ambu: Atención primaria o ambulatoria	Gasto en atención primaria o ambulatoria (consulta externa, medicamentos no recetados, control de peso, atención hospitalaria)	
hospital: Atención hospitalaria	Gasto en atención hospitalaria, servicios médicos y medicamentos durante el embarazo y parto, aparatos ortopédicos, terapéuticos y seguros médicos.	
medicinas: Medicamentos sin receta	Gasto en medicamentos sin receta.	

Fuente: Elaboración propia con base en la descripción de variables de la ENIGH

La tabla III.8 provee información de las variables socioeconómicas del hogar como: la ubicación geográfica, el sexo del jefe de hogar así como los ingresos y gastos en salud del

hogar. Es necesario recalcar que se consideran los gastos familiares en salud ya que no se dispone de los gastos por individuo con respecto a los gastos de salud.

A continuación se hará la descripción de la segunda hoja del microsimulador que corresponde a la base de datos del microsimulador que es la información de los hogares.

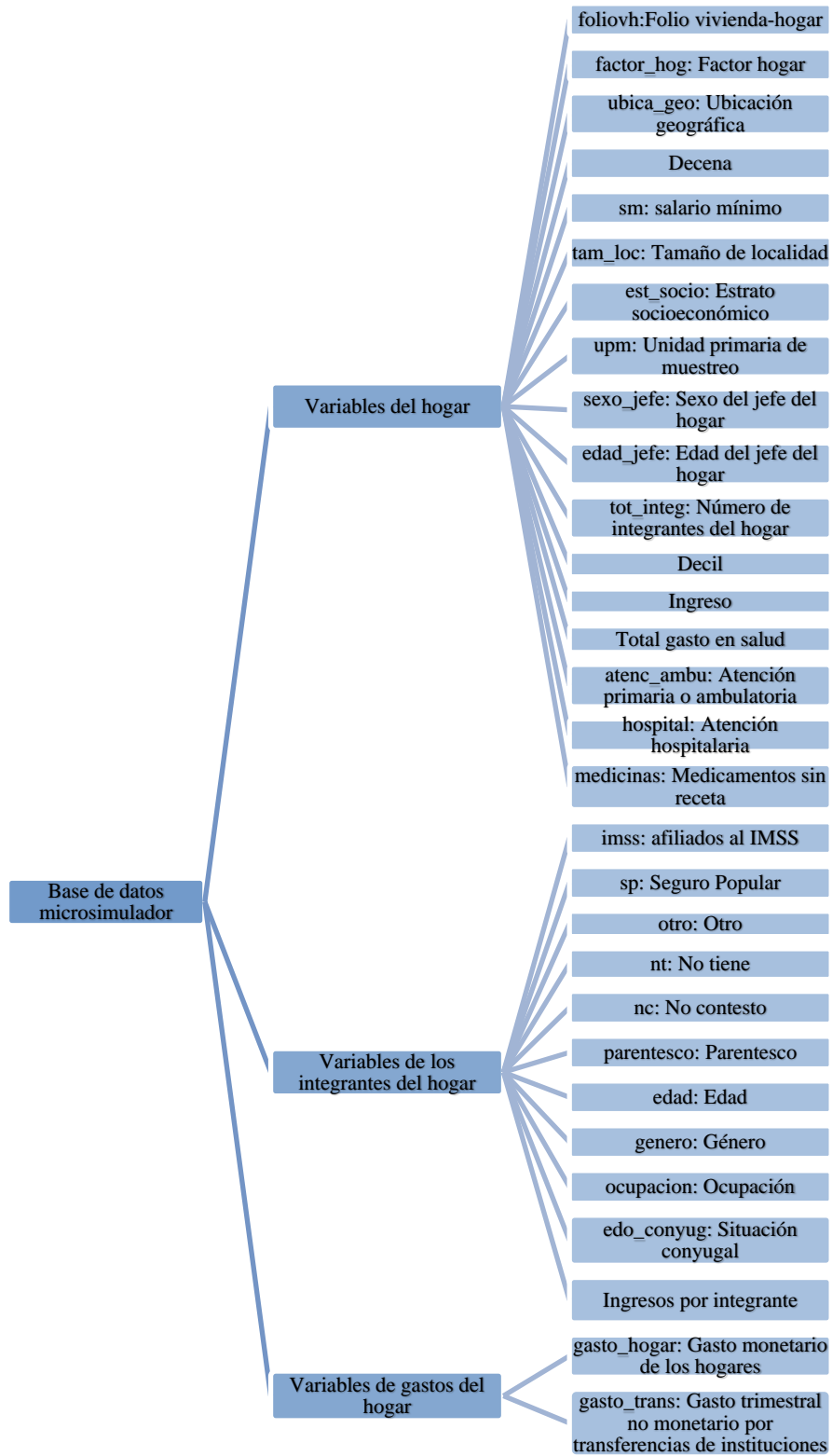
### **III.2 Base de datos**

Para poder trabajar con el microsimulador fue necesario adecuar una nueva base de datos, utilizando las variables antes mencionadas y, conviene subrayar que, algunas fueron transformadas para crear nuevas variables. La base de datos tiene 19 479 observaciones que es la representatividad de 31 671 002 hogares y la matriz es de 19481 x 307 (celdas: A1-KV19481).

Se debe agregar que se trabajó sin problema con la mayoría de las tablas en Excel, excepto la tabla de Gastos-hogar debido al número de observaciones que contiene la tabla (1 191 694) ya que el límite de celdas es de 1 048 576. Para resolver este problema, se optó por transformar la tabla con formato “Stata” al formato de Access, esto mediante el programa “Stat/transfer”. Una vez en Access se procedió a realizar un filtrado de la variable “clave”, es decir los bienes y servicios que adquirieron los hogares; el filtro aplicado a la variable fue con respecto a las claves “J”, es decir aquellas relacionadas con los gastos en salud de los hogares (medicamentos, consultas, etc.) por lo que ahora se trabajaría con una nueva tabla, más pequeña y que sólo contendría 34 515 observaciones, facilitando así el trabajo en Excel, ya que de lo obtenido se tendría que trasladar nuevamente al formato de Excel para poder relacionar las tablas.

La figura III.1 proporciona información de las variables que componen cada una de las secciones de la base de datos del microsimulador, es preciso mencionar que cada renglón corresponde a cada hogar y las columnas corresponden a las variables que tienen características del hogar y de los individuos que lo conforman, entonces las columnas se pueden dividir en tres secciones: Primero las variables inherentes a las características socioeconómicas del hogar, posteriormente las que tienen que ver con cada individuo que forma parte del hogar y finalmente se tienen las variables de los gastos del hogar.

Figura III.1: Descripción de variables de base de datos microsimulador



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

En la figura III.1 se observa que la primera sección está conformada por 17 variables que, como bien se mencionaba anteriormente, se trata de variables que no dan características del hogar como son: el sexo del jefe de hogar, el ingreso que percibe, el estrato socioeconómico del que forma parte, el total del gasto en salud que tiene el hogar trimestralmente, etc. La segunda sección consta de 10 variables y contiene información de la afiliación de cada uno de los individuos, ya sin duplicidades, así como datos acerca de su género, edad, ocupación y situación conyugal. Finalmente en la tercera sección se encuentran los gastos en salud que realizaron los hogares y las instituciones mediante transferencias, se compone de dos variables únicamente. A continuación se explicarán aquellas variables que fueron generadas utilizando variables de la ENIGH y también los valores que corresponden a otras que no fueron modificadas.

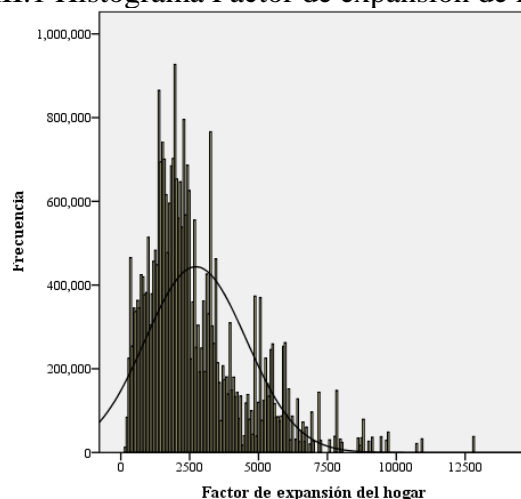
#### *foliovh*

Dentro de cada tabla se creó el foliovh (folio vivienda-hogar), el cuál es un identificador único para los hogares y también una llave que une las distintas tablas antes mencionadas. Este folio se creó concatenando las variables *folioviv* y *foliohog* en Excel.

#### *factor\_hog*: factor hogar

Variable que contempla la representatividad del hogar con respecto al total nacional, esta variable representa como valor mínimo a 171 hogares y como valor máximo 12787 hogares. A continuación se hará una breve descripción de la variable:

Grafica III.1 Histograma Factor de expansión de los hogares



Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2014

En la gráfica III.1 se observa la distribución del factor de expansión del hogar donde los valores tienen una media de 2722.74 y se registra una desviación estándar de 1836.705, no olvidado que los casos una vez ponderados por el factor de expansión representan a 31 671 002 de hogares, que es el total nacional.

*ubica\_geo*: Ubicación geográfica

La representatividad de la variable también abarca al número de hogares del país y como se mencionó en la tabla III.8 los valores indican la entidad, municipio y localidad. Se encuentran el Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI.

*Decena*:

Corresponde a la decena de levantamiento de información de la ENIGH Y se divide en 9 levantamientos de 10 días, la decena se encuentra dentro del foliovh y se encuentra en el lugar 8 del mismo folio, por lo que se utilizó el comando “extrae” de Excel para determinarlo.

*sm*: salario mínimo

Es el salario mínimo al 2014, clasificado en zona “A” y zona “B”, para esto se utilizó la información de la variable *ubica\_geo* (ubicación geográfica) y además de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI), dónde se cotejaron aquellos estados y municipios a los que correspondían los salarios “A” o “B” y por tanto se clasificaron así en la variable. Por tanto los salarios mínimos corresponden a: Zona “A”: \$67.29 y Zona “B”: \$63.77.

*tam\_loc*: Tamaño de localidad

Esta variable indica el tamaño de la localidad por el número de habitantes:

Tabla III.9: Valores de la variable *tam\_loc*

Valor	Etiqueta
1	Localidades con 100 000 y más habitantes
2	Localidades con 15 000 a 99 999 habitantes
3	Localidades con 2 500 a 14 999 habitantes
4	Localidades con menos de 2 500 habitantes

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

La tabla 3.5 clasifica las localidades con los valores de 1 al 4, y los valores asignados van de manera ascendente, es decir, el valor 1 corresponde a las localidades con más habitantes (100 000) y va disminuyendo hasta llegar a las localidades con menos de 2500 habitantes (4).

*est\_socio: estrato socioeconómico*

La variable muestra las características socioeconómicas de la vivienda y de los integrantes de la misma, a continuación se enlistarán los valores de la variable y la etiqueta de cada uno:

Tabla III.10: Valores de la variable *est\_socio*

Valor	Etiqueta
1	Bajo
2	Medio bajo
3	Medio alto
4	Alto

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH, tabla Concentradohogar.

*Ing\_anual*

El ingreso se dividió entre una cantidad fija correspondiente a la decena de levantamiento en que se recabó la información para obtener el valor mensual y posteriormente se multiplico por doce para obtener el valor anual. Cuando se recaba la información de la ENIGH se recaba en 9 decenas de levantamiento de 10 días cada una por lo que el dato no se puede dividir exactamente en 3, sino por un ponderador correspondiente a la decena de levantamiento de la información: 2.99179 si la decena es igual a 1, 3.02465 si decena es igual a 2, 3, 4, 8 o 9 y 3.00821 si decena es igual a 5, 6 o 7.

*Decil*

Agrupaciones de hogares con respecto al ingreso que perciben. El primer decil (décima parte de los hogares) corresponde a los hogares con menor ingreso, y va aumentando hasta llegar al último decil, que son los hogares con ingreso más alto. Esta variable fue construida en STATA mediante el comando “xtile decil=ingreso [aw=factor\_hog], nq (10)”. Una vez contruidos los deciles, los ingresos tuvieron los siguientes rangos:

Tabla III.11: Rangos de ingresos para pago de cuotas de SP

Decil	Límite inferior	Límite superior	Cuota familiar anual
I	0.00	24,257.21	0.00
II	24,268.75	39,079.93	0.00
III	39,083.15	52,395.52	0.00
IV	52,395.56	66,088.22	0.00
V	66,111.46	82,125.00	2,075.00
VI	82,129.64	101,116.36	2,833.60
VII	101,142.70	128,001.09	3,647.90
VIII	128,010.20	169,218.18	5,650.40
IX	169,218.23	251,606.39	7,519.00
X	251,692.72	16,340,788.71	11,378.90

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH y Manual de Operaciones de SP 2014.

En la tabla 3.11 se muestra el rango de ingresos de cada decil, que va desde \$0 en el primer decil a \$16, 340,788.71 anualmente en los hogares en el último decil.

*afil: afiliación*

Para generar esta variable, se utilizaron las variables inst\_1, inst\_2, inst\_3, inst\_4, e inst\_5, que corresponden a las instituciones médicas del IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX y otras, respectivamente. Como primer paso se generó el folio afiliación que contiene a aquellas personas aseguradas por las distintas instituciones médicas de Seguridad Social que no están duplicados, es decir, que únicamente cuentan con una afiliación, y aquellos que tienen 2 o más afiliaciones. A continuación se detallarán los valores de esta variable y se presentarán resultados del número de afiliados.

Tabla III.12: Afiliación a Sistemas de seguridad social al 2014

Afiliación	Población afiliada	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Duplicados	7,493,822	6.24	6.24
IMSS	34,364,474	28.62	34.86
ISSSTE	5,714,683	4.76	39.61
ISSSTE estatal	1,225,590	1.02	40.64
PEMEX	862,472	0.72	41.35
Otras	909,717	0.76	42.11
Seguro Popular	45,355,865	37.77	79.88
No contestaron	183,570	0.15	80.03
No tienen Seguridad Social.	23,979,689	19.97	100.00
Total de la población	120,089,882	100	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014.

Se observa que el 6.24% de la población se encuentra afiliada a 2 o más instituciones de seguridad social. Y el resto de los datos corresponden a aquellos que cuentan con una sola afiliación. En la tabla se observa que la institución que mayor número de afiliados es el Seguro Popular con el 37.77% de la población, seguido del IMSS con el 28.62% y posteriormente tenemos al ISSSTE con más de 5 millones de afiliados, es decir 4.76% de la población, mientras que PEMEX y otras instituciones corresponden a menos del 1.48% de la población. Un dato relevante de esta tabla es el porcentaje de la población que no tiene ningún tipo de seguridad social, es decir, el 19.97% de la población, esto implica que aún existe una gran cantidad de la población que necesita algún tipo de seguridad social.

Para facilitar el manejo de datos dentro del microsimulador se decidió asignar una sola afiliación a los individuos que tengan dos o más afiliaciones para evitar duplicidades y, por otra parte, se agruparon las instituciones con menor porcentaje de afiliados, es decir, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX y otras instituciones. Para asignar afiliaciones se fijaron los siguientes criterios:

*IMSS, SP, OTROS, NT, NC:*

*IMSS:* En el caso de tener Seguro Popular e IMSS, la afiliación se asigna al IMSS, esto considerando las enfermedades que cubre, ya que el Seguro Popular está limitado por el CAUSES, mientras que el IMSS se limita a las personas que tienen una relación asalariada. En el caso de tener IMSS y otra institución de seguridad social como ISSSTE, ISSSTE Estatal, PEMEX, etc. se adjudica la afiliación al IMSS ya que, si bien las otras instituciones brindan un servicio similar, el IMSS es la institución de seguridad social más fuerte y a la que la mayoría de las empresas se afilian.

*Otros:* Para esta variable básicamente se tienen los dos criterios de manera similar. Si un individuo tiene Seguro Popular y se encuentra afiliado a alguna otra institución de seguridad social (ISSSTE, ISSSTE Estatal, PEMEX, etc.) se adjudica a esta otra institución por la cobertura de enfermedades limitada del Seguro Popular. Y finalmente la afiliación de otras instituciones como ISSSTE, ISSSTE Estatal, PEMEX y otras, etc. se agrupó de tal manera que se simplificara la base de datos del simulador y se eliminaran los duplicados dentro de las mismas instituciones. Una vez creadas las variables anteriores se realizó una nueva

variable llamada “afil” que corresponde a los siguientes valores y también la nueva distribución de la población.

Tabla III.13: Nueva afiliación al seguridad social al 2014

Afiliación	Población afiliada	Porcentaje	Frecuencia acumulada
IMSS	40,641,724	33.84	33.84
Seguro Popular	45,355,865	37.77	71.61
Otros	9,929,034	8.27	79.88
No contestaron	183,570	0.15	80.03
No tienen Seguridad Social	23,979,689	19.97	100
Total	120,089,882	100	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014.

En la Tabla III.13 se observa la nueva distribución de los afiliados a la seguridad social, sin duplicados y con una variable de agrupados. Observamos nuevamente que el Seguro Popular tiene mayor porcentaje de población afiliada 37.7%, el IMSS es la segunda institución con mayor número de afiliados con un 33.84%, en la afiliación otros aumentó a 8.27% debido al agrupamiento de las instituciones antes mencionadas. Finalmente se sigue manteniendo el porcentaje de aquellos que no tienen seguridad social y aquellos que no contestaron. (19.97% y 0.15% respectivamente). Es importante mencionar que ésta variable fue generó en el programa Stata para facilitar su procesamiento.

*Genero:*

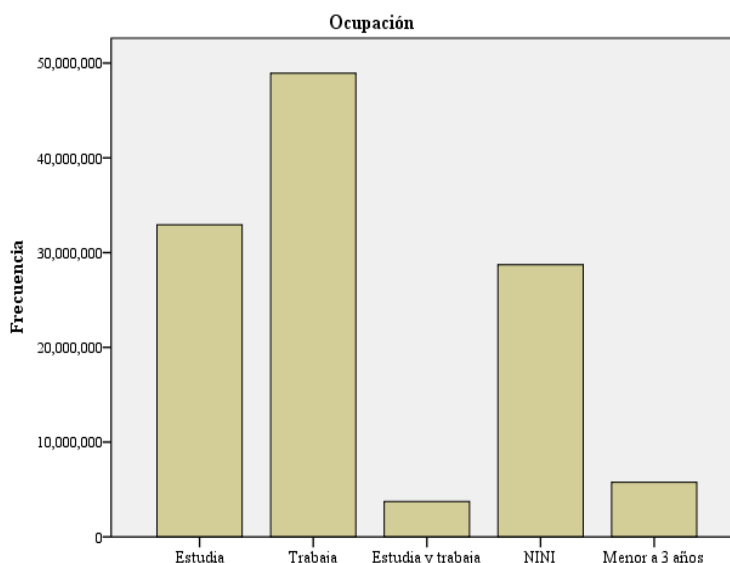
Variable que se encuentra en la base población. La variable edad se cruzó con numren (Número consecutivo en el registro de personas integrantes del hogar) para conocer el género de cada uno de los integrantes del hogar. Toma el valor 1, para hombre, 2 para el caso de mujer.

*Ocupacion: Ocupación*

Se refiere a la actividad que realiza cada integrante del hogar. Para generar esta variable se crearon condicionales para clasificar esta variable con respecto a las variable asis\_esc (Asistencia a la escuela: Nivel al que asiste a la escuela el integrante del hogar de 3 o más años dentro del Sistema Educativo Nacional.) y la variable trabajo. Esta última fue creada utilizando la información de la base trabajo, con la variable id\_trabajo (identificador del trabajo) dentro de la base población. De esta manera se creó la variable ocupación con los siguientes valores: 1) para estudiantes, 2) personas que trabajan, 3) para personas que

estudian y trabajan, 4) para quienes no estudian ni trabajan (NINI), 5) para los niños menores a 3 años. Cabe mencionar que la variable ocupación se cruzó con numren para conocer la ocupación de cada uno de los integrantes del hogar. Considerando el total de la población la variable ocupación tiene la siguiente distribución de frecuencias:

Grafica III.2: Ocupación de la población



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

Como se observa en la gráfica 3.2 la mayor parte de la población trabaja, es decir, hablamos de un 40.75%. El 27.43% se trata de personas que estudian y también hay un 23.91% de la población que no estudia y no trabaja (NINI). Hay un 3.11% de personas que estudian y trabajan y finalmente, clasificado con número 5, tenemos a los niños menores de 3 años que abarcan al 4.80% de la población.

#### *Edo conyugal:*

Variable que se encuentra en la base población. Se cruzó con la variable numren, para de esta manera conocer la situación conyugal de cada integrante del hogar.

Tabla III.14: Valores Estado conyugal

Valor	Etiqueta
1	Vive con su pareja o en unión libre
2	Está casado(a)
3	Está separado(a)
4	Está divorciado(a)
5	Es viudo(a)
6	Está soltero(a)

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2014

*Ingresos por integrante:*

Se trata de los ingresos con clave “P” que pueden ser sujetos a gravación mediante ISR, se cruzó con la variable numren, y los ingresos trimestrales, de tal manera que las variables “P” indicaran el monto de ingreso y la fuente del mismo por individuo. Dicho lo anterior, se procederá a describir las claves “P” utilizadas:

Tabla III.15: Claves “P”, ingresos gravables

Ingresos monetarios del trabajo principal para subordinados	
P001	Sueldos, salarios o jornal
P002	Destajo
P003	Comisiones y propinas
P004	Horas extras
P005	Incentivos, gratificaciones o premios
P006	Bono, percepción adicional o sobresueldo
P007	Primas vacacionales y otras prestaciones en dinero
P008	Reparto de utilidades del ejercicio 2013
P009	Aguinaldo del ejercicio 2013
Ingresos monetarios del trabajo secundario para subordinados	
P014	Monto recibido en el trabajo secundario
P015	Reparto de utilidades del ejercicio 2013
P016	Aguinaldo del ejercicio 2013
Ingresos trabajo secundario proveniente de cooperativas, sociedades y empresas que funcionan como sociedades	
P018	Sueldos o salarios
Ingresos por otras transferencias	
P032	Jubilaciones y/o pensiones originadas dentro del país

Fuente: ENIGH 2014, Catálogo de códigos.

En la tabla III.15 se describen aquellas variables que conforman el ingreso del hogar y de los integrantes del mismo. Cada “P” se cruza con numren para que de esta manera se tenga una información más detallada.

Todas las variables anteriores conforman la base de datos del microsimulador, el cual tiene una estructura igual al de la figura III.2:

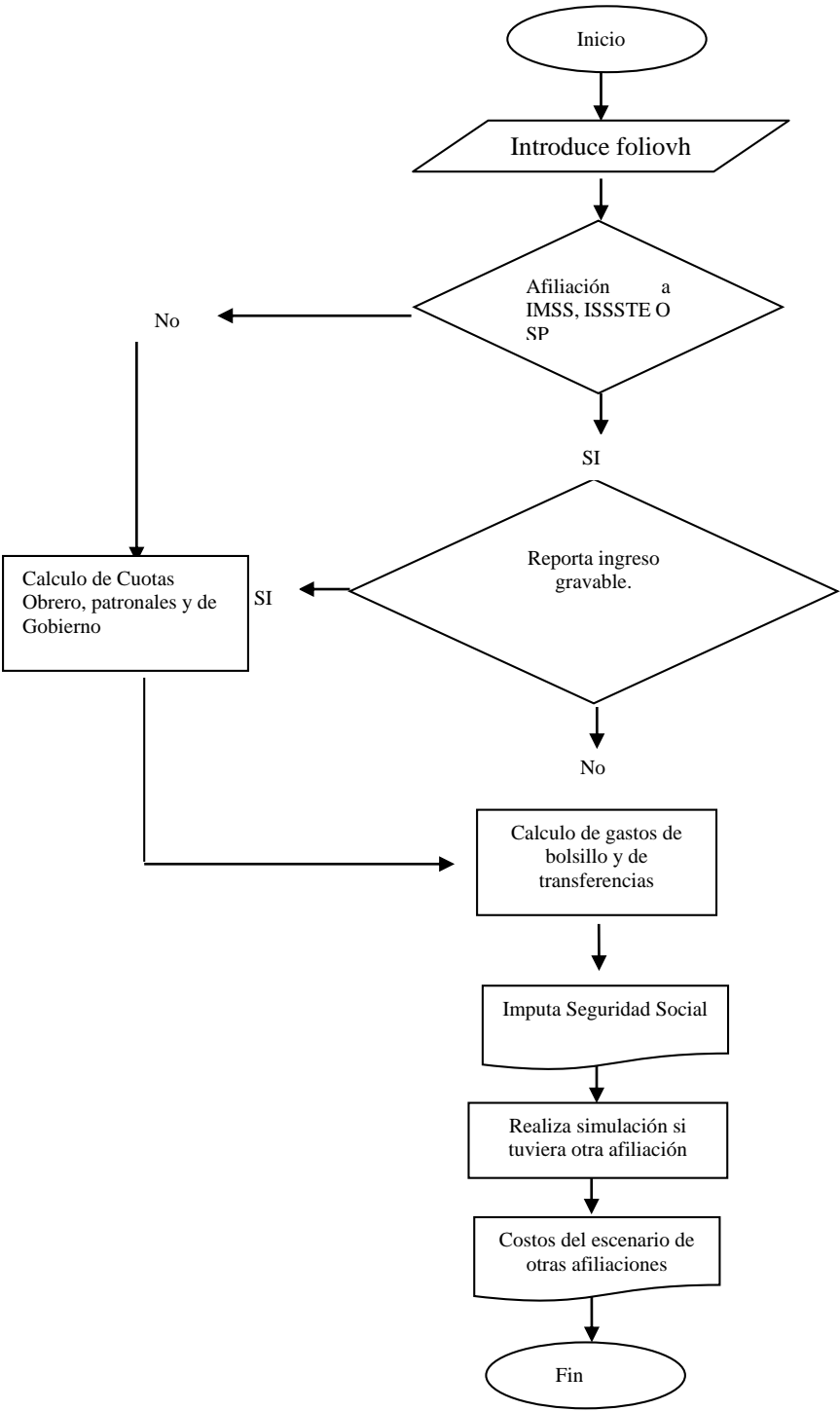
Figura III.2: Estructura de la base de datos

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF					
foliohv	factor_hog	ubica_geo	Decena	sm	tam_loc	est_socia	upm	sexo_jefe	edad_jefe	tot_integ	decil	ing_anual	hog_sp	total gasto en salu	gasto	atenc_amb	hospital	medicinas	imss																	
																			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
1000083021	694	10010001	3	B	1	4	670	2	77	2	7	111777.1271	0	1401.83	1369.55	0	32.28	1																		
1000083031	694	10010001	3	B	1	4	670	1	64	1	3	46573.83783	0	117.38	0	117.38	0	117.38																		
1000083041	694	10010001	3	B	1	4	670	1	60	3	10	335331.5983	0	1242.37	1124.99	0	117.38	1	1																	
1000083051	694	10010001	3	B	1	4	670	1	79	3	10	293415.1059	0	420.63	420.63	0	0	1	1																	
1000104011	660	10010001	4	B	1	4	600	1	72	3	10	300401.1724	0	0	0	0	0	0	1																	
1000104021	660	10010001	4	B	1	4	600	1	67	4	10	823244.8589	0	33534.75	30052.15	0	3482.6																			
1000104031	660	10010001	4	B	1	4	600	1	58	3	10	303506.0978	0	2974.86	2582.59	0	392.27	1	1																	
1000104041	660	10010001	4	B	1	4	600	1	50	4	9	232869.1853	0	3678.24	3619.55	0	58.69	1	1	1																
1000104051	660	10010001	4	B	1	4	600	1	56	4	10	363955.065	0	19.56	0	0	19.56	1	1	1																
1000187021	583	10010001	7	B	1	3	570	1	44	7	9	221197.8583	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2014



Figura III.4 Diagrama de proceso del simulador



Fuente: Elaboración propia

En el simulador se trabajan los datos por hogar, y se busca obtener los siguientes resultados. Primero se evalúan las variables socioeconómicas por hogar, tal como se muestra en la tabla 1 del simulador:

Tabla III.16: Variables socioeconómicas del simulador

VARIABLES socioeconómicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
IMSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SP	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
No tiene	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
No contestó		0	0	0	0	0	0	0									
Parentesco	101	603	301	301	609	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edad	39	42	17	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Genero	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocupación	2	2	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
edo_conyug	6	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENIGH 2014.

La Tabla III.16 muestra la forma en la que el hogar se descompone dentro del simulador, y ahí es donde se evalúa la afiliación de cada integrante, edad, entre otras variables socioeconómicas.

Tabla III.17: Ingresos de los integrantes de hogar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
P001 Sueldos, salarios o jornal	0	635.8	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P002 Destajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P003 Comisiones y propinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P004 Horas extras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P005 Incentivos, gratificaciones o premios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P006 Bono, percepción adicional o sobresueldo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P007 Primas vacacionales y otras prestaciones en dinero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P008 Reparto de utilidades del ejercicio 2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P009 Aguinaldo del ejercicio 2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P014 Monto recibido en el trabajo secundario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P015 Reparto de utilidades del ejercicio 2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P016 Aguinaldo del ejercicio 2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P018 Sueldos o salarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P032 Jubilaciones y/o pensiones originadas dentro del país	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingreso total por individuo	0	635.8	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENIGH 2014

En esta tabla se reporta la fuente de ingreso de cada integrante del hogar, recordar que el numren (numeración superior) es el número representativo de cada integrante del hogar, que para la investigación presente el número máximo es de 17.

Tabla III.18: Gastos en salud y no monetarios por transferencias del hogar

Tabla 3. Gastos en Salud	Gastos monetarios del hogar (G1)	Gasto no monetario por transferencias de instituciones (G6)
Servicios médicos durante el embarazo y parto (J001+ J002+...+J015)	0	0
Servicios médicos (no hospitalario, ni embarazo) (J016+J017+...+J019)	97.82	0
Con receta (J020+J021+...+J035)	48.91	0
Control de peso (J036+J037+...+J039)	0	0
Atención hospitalaria (no incluye parto) (J040+J041+...J043)	0	0
Sin receta (J044+J045+...+J059)	0	0
Material de curación (J060+J061)	0	0
Medicina alternativa (J062+J063+J064)	0	0
Aparatos ortopédicos y terapéuticos (J065+J066+...+J068)	0	0
Seguro médico (J069+J070+J071)	0	0
Total	146.73	0

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2014

En la tabla III.18 se muestran los gastos del hogar realizados así como las transferencias por parte de las instituciones de gobierno. Dependiendo del folio u hogar que se analice los datos van cambiando.

Las tablas siguientes se dedican a trabajar los ingresos, y determinar los ingresos exentos, los que no lo están, los ingresos mensuales netos y gravados, etc., de tal manera que se obtenga el ingreso gravable anual, esto considerando las tablas de ISR, los valores mínimos, máximos, subsidios si es que le corresponde, etc.

Figura III.5: Tablas de cálculo de ingresos gravables

Tabla 5. Ingresos mensuales por salarios y otros por individuo		
Ingresos	1	2
<b>Ingresos por salario</b>		
(P001-P011-P018)	0	210.2259766
Destajo (P002)	0	0
Comisiones y propinas (P003)	0	0
sobresueldo (P006)	0	0
<b>Ingresos con exenciones</b>		
Horas extras (P004)	0	0
Aguinaldo (P009)	0	0
(P005)	0	0
prestaciones en efectivo (P007)	0	0
Reparto de utilidades (P008-P015)	0	0
dentro del país (P032)	0	0
<b>Otros ingresos</b>		
provenientes de cooperativas, sociedades y empresas que funcionan	0	0
Tabla 6. Parte de los ingresos mensuales parcialmente no exentos		
Ingresos mensuales gravados	1	2
Horas extras (gravadas)	0	0
Aguinaldo	0	0
Incentivos, gratificaciones o premios (gr)	0	0
prestaciones en efectivo (gravados)	0	0
Reparto de utilidades	0	0
dentro del país (P032)	0	0
Tabla 7. Ingresos mensuales netos y gravados		
Ingreso	1	2
Neto	0	210.2259766
Gravado	0	210.2259766

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2014

Finalmente después de procesar los datos en varias tablas se obtiene lo siguiente, que es la base de la situación inicial de las aportaciones de seguridad social y de asistencia social en nuestro país. Se trata de 3 tablas que calculan, con base en el ingreso gravable, las cuotas

del trabajador, del patrón y del gobierno, considerando claro los porcentajes establecidos en las distintas leyes de seguridad social para determinar así su aportación.

Figura III.6: Tablas de cálculo de cuotas tripartitas de Seguridad Social

IMSS																	
Tabla 16. Cuotas de seguridad social pagadas por el trabajador																	
Nivel de ingreso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	2030.937	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 17. Cuotas de seguridad social pagadas por el patrón																	
Nivel de ingreso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	14840.92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 18. Cuotas de IMSS pagadas por el GOBIERNO																	
Nivel de ingreso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	3972	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2014

Las tablas nuevamente de separan por individuo, y también por el nivel de ingreso que les corresponde, lo que implica pagar una menor o mayor cuota dependiendo del ingreso que se declare. Se trata de 23 niveles de ingreso que se determinaron realizando una combinación de las tablas de ISR, subsidios que corresponden, y las tasas /cuotas de IMSS o ISSSTE, dependiendo del caso que se presente. Si fuera un hogar con Seguro Popular, el cálculo se realiza multiplicando las aportaciones estatales y gubernamentales por el número de integrantes del hogar y calculando la cuota correspondiente utilizando los rangos antes establecidos. Es importante recalcar que el pago de la cuota a SP, se está imputando al hogar si es que declara pertenecer al mismo, ya que dentro de la información de la ENIGH, pese que existe una variable que determina el pago que se realiza a las cuotas de SP, no todos los hogares declaran haberlo hecho pese a que tienen, a veces, ingresos anuales a los que les correspondería realizar una aportación.

La tabla III.19 (tabla 24 del simulador) es una tabla que muestra las afiliaciones que tiene el folio u hogar, los gastos de bolsillo que tiene, además de las transferencias por parte de las instituciones, o gasto gubernamental.

Tabla III.19 Tabla de gastos en salud por sector

Gasto por sector	SP	IMSS	ISSSTE	Hogar (Expandido)
<b>Familia</b>				
Gasto de Bolsillo (G-1)	0	129006.95	0	129006.95
Cuota trabajador/familia	0	1106860.927	8187630.375	9294491.302
<b>Aportaciones institucionales y/o estatales</b>				
Aportación Solidaria Estatal	0	8088301.794	15485217.17	23573518.96
<b>Aportación gubernamental</b>				
Gobierno federal	0	2164830.728	2730675.303	4895506.031
Gasto por transferencias (G-6)	0	0	0	0
Total gastos	0	11489000.4	26403522.84	37892523.24
Afiliación	0	1	1	IMSS-ISSSTE

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2014

En este ejemplo, el hogar tiene dos afiliaciones debido a las actividades de cada integrante de hogar, sin embargo lo notable, es, que, ya con datos expandidos (multiplicados por factor hogar), las aportaciones de gobierno federal son menores a las aportaciones de las empresas o del mismo trabajador, además de que el gobierno, independientemente de donde venga la afiliación está solventando dos veces la seguridad social de ese hogar. Ésta tabla básicamente es el resumen de la investigación ya que después de un largo procesamiento de datos se obtienen los gastos y aportaciones de cada sector.

Finalmente la tabla III.20 nos muestra el escenario en el caso de que todos los hogares tuvieran IMSS, o SP, o ISSSTE o el Seguro Universal antes planteado, esto para considerar los posibles gastos que tendría cada sector versus los correspondientes al 2014.

Tabla III.20 Tabla de gastos en salud por sector y afiliación

<b>Tabla 28. Gastos en salud - Escenario</b>				
Gasto por sector	IMSS	ISSSTE	SP	SU
<b>Familia</b>				
Gasto de Bolsillo (G-1)	129006.95	129006.95	129006.95	129006.95
Cuota trabajador/familia	3370790.83	11945041.69	4097855	7384535.804
<b>Aportaciones institucionales y/o estatales</b>				
Aportación Solidaria Estatal	22899508.43	22591587.09	787089	4639003.262
<b>Aportación gubernamental</b>				
Gobierno federal	4527718.309	5461350.606	3935395.95	18934707.19
Gasto por transferencias (G-6)	0	0	0	0
Total gastos	30927024.52	40126986.34	8949346.9	31087253.21

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2014

Entonces es hasta aquí donde termina el simulador, y hasta ahora cada calculo lo hace únicamente por un hogar, la cuestión es ahora replicar lo hecho por los 19 479 hogares y

obtener resultados a nivel poblacional. Para llevar a cabo esto último se requiere de utilizar una pequeña programación en Excel de las “macros”, que permitirá copiar los resultados en la última hoja del microsimulador: Resultados.

### **III.4 Resultados**

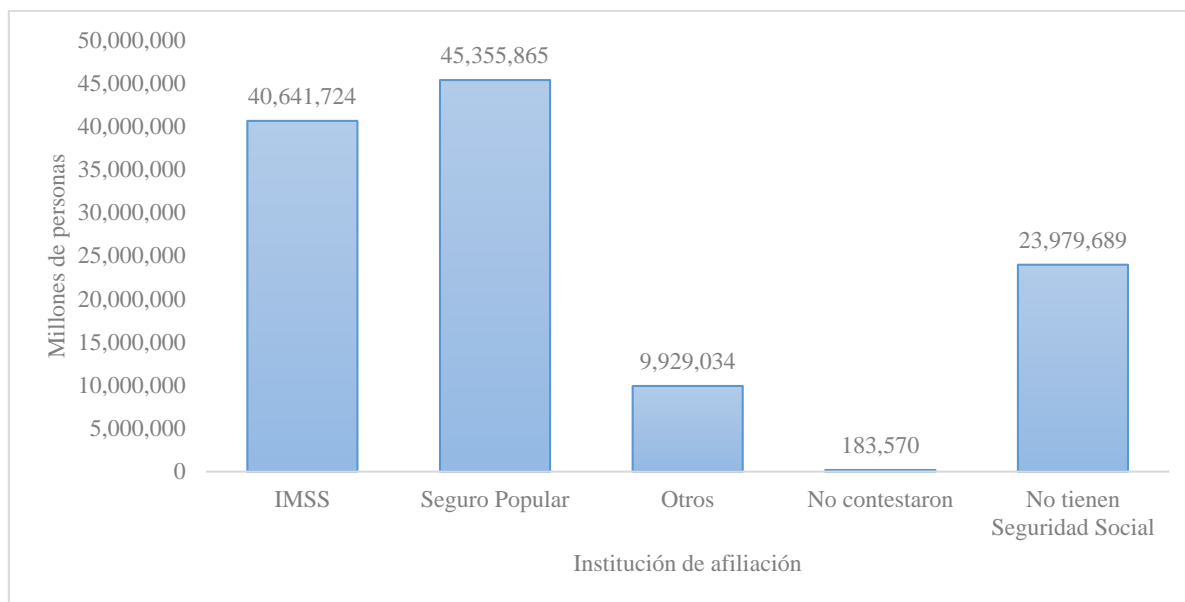
Se trata de la última parte del microsimulador, la cual tiene los resultados de lo calculado en la hoja “Simulador”, sólo que replicado por toda la muestra, lo que permite realizar análisis y comportamientos de los hogares con respecto a lo que se pretende conocer, que para el caso de esta investigación es conocer las tendencias de las aportaciones de los hogares. Ahora bien, una vez realizados los cálculos por todos los hogares, ¿Cuáles son los resultados? ¿Las políticas en Seguridad Social con respecto al financiamiento son las apropiadas? Los resultados se muestran en el siguiente capítulo.

## Capítulo IV: Resultados

Existen variadas evaluaciones del Seguro Popular con respecto al cumplimiento de sus objetivos, el acceso a sus beneficios, en cuanto ha disminuido el gasto de bolsillo desde su implementación, y también el número de afiliados que ha ido incrementando pero pocas hacen un análisis comparativo con las otras instituciones de seguridad social utilizando microdatos, es decir, considerando muestras representativas de los hogares y que estén enfocadas a los gastos de los hogares y las transferencias en salud gubernamentales que perciben para el 2014. Considerando lo anterior, en este capítulo se hace primero una descripción de los gastos de bolsillo de los hogares, después una comparativa entre las instituciones de seguridad social y el SP considerando las condiciones actuales y finalmente se plantean cuatro escenarios en el caso de que la población pudiera cambiar el esquema de protección social al que pertenece, y así determinar las aportaciones de cada uno.

Al 2014 con una población de 120 089 882 de habitantes, y considerando los datos expandidos de la ENIGH, las afiliaciones al Sistema de Protección Social se encuentran de la siguiente manera:

Gráfica IV.1: Afiliación de la población 2014



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

La gráfica IV.1 muestra la afiliación de la población total, asumiendo que los individuos sólo pertenecen a un sistema de Protección Social, sin embargo dentro de un hogar puede haber integrantes con IMSS y otros con ISSSTE, dependiendo de la naturaleza de la afiliación. Por ejemplo, en un hogar el jefe de familia tiene IMSS, y su esposa declara tener ISSSTE, tal vez por trabajo u otra situación sin embargo, la esposa es beneficiaria del IMSS por parte de su cónyuge.

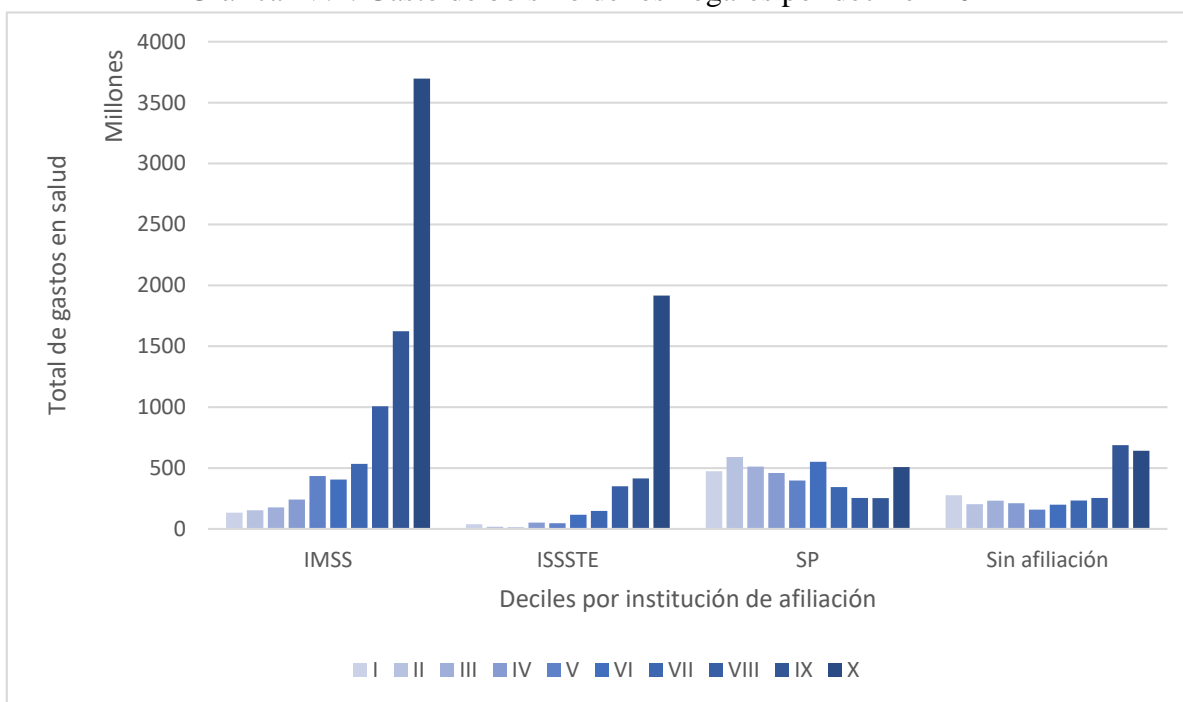
Ahora bien, analizando los datos, observamos que la institución con mayor número de beneficiarios es el Seguro Popular (38% de la población), seguido del IMSS con un 34% y además no perder de vista que hay una importante cantidad de personas que afirman no tener ningún tipo de protección social y se trata del 20% de la población. Es necesario recalcar que en la categoría “Otros” se encuentran agrupadas las instituciones de seguridad social ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc. y representan un 8% del total y finalmente existe un .2% que no contestó la encuesta, es decir, 183 570 personas de la población. No olvidemos que la afiliación aquí presentada es la que se generó durante el procesamiento de datos en el microsimulador dónde se imputa a los individuos una sola afiliación para evitar una sobreestimación de resultados. Hecha esta salvedad, examinaremos ahora los resultados obtenidos en la simulación en el contexto del 2014 sin modificación y posteriormente se hará un análisis de cuatro escenarios en el caso de que la población afiliada perteneciera únicamente a los esquemas IMSS, ISSSTE, SP y adicionalmente a la propuesta del Seguro Universal de Salud.

## **IV.1 Condiciones actuales por institución**

### **IV.1.1 Gastos de bolsillo**

En el simulador se realizó una clasificación adicional por hogar con respecto a la afiliación que reportaban los jefes de hogar, es decir, IMSS, ISSSTE, SP, sin afiliación y las distintas combinaciones posibles, ya que, si bien los integrantes ya no poseen doble afiliación los hogares pueden reportar pertenecer a dos instituciones. Una vez obtenida esta filtración se realizó un análisis por decil considerando, también, el gasto de bolsillo presente en los hogares y como resultado se obtuvo lo siguiente:

Gráfica IV.2: Gasto de bolsillo de los hogares por decil en 2014



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

La gráfica IV.2 muestra varios puntos importantes: el decil que más gastos de bolsillo reporta es el décimo en todos los esquemas. Para el caso de IMSS el gasto que realiza el decil X es 28 veces mayor que el realizado por el primero, considerando los gastos totales del esquema IMSS, los deciles I al III realizan el 2% del gasto total, el cuarto decil realiza el 4% del gasto, el decil V y VI realizan el 5%, el decil VII un 6% y es hasta el decil VIII, IX y X que los gastos aumentan a 12%, 19% y 44% respectivamente entonces hasta el decil VII los gastos de bolsillo de los hogares apenas suman un 25% del total y el 75% restante se distribuye en los últimos 3.

Para el ISSSTE la diferencia del gasto del primer a decimo decil es de 14 veces, y de manera similar es hasta el octavo decil que los gastos aumentan a un 11% del total del esquema ISSSTE, es decir, los gastos de bolsillo en esquema ISSSTE al decil VII suman un 14% y el 86% restante se distribuye en los últimos deciles (11% para el VIII, 13% para el IX y 61% para el decil X).

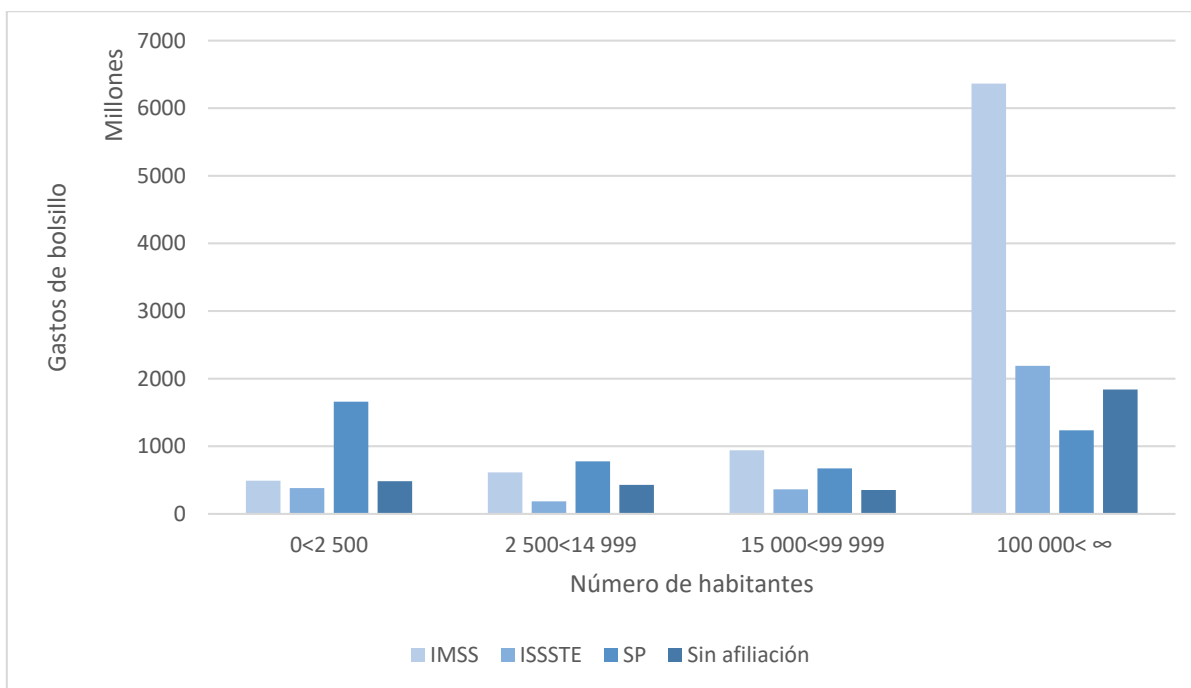
En el caso de SP, los gastos se distribuyen de manera distinta, en los deciles del I al VII se concentra el 77% del gasto de bolsillo (con una media de 11% para ese segmento) y el 23% en los 3 restantes.

La población sin afiliación tiene un 49% del gasto hasta el séptimo decil con una media de 7% de gasto por decil, y el 51% se distribuye en los últimos deciles, (8%, 22% y 21% para el VIII, IX Y X decil respectivamente).

Dicho lo anterior, podemos afirmar lo siguiente: el gasto de bolsillo de las familias afiliadas a IMSS o ISSSTE, de los deciles I-VII, es menor que el realizado por las afiliadas a SP, y también que el gasto de bolsillo de los hogares afiliados a SP (en los mismos deciles) es mayor que el de los que no tienen ninguna afiliación.

El siguiente punto trata de analizar la relación entre la afiliación de los hogares, el tamaño de la localidad y el gasto de bolsillo.

Gráfica IV.3 Afiliaciones de hogares por tamaño de localidad



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

En las localidades con una población entre 0 y 2500 habitantes, un 55% del total de gasto de bolsillo de las mismas lo realizan los hogares afiliados a SP, seguidos de un 16%

por IMSS y los que no tienen afiliación y la institución con menor gasto de esas localidades es el ISSSTE con un 16%.

En las localidades que tienen entre 2500 y 14 999 habitantes, también hay gasto mayor cuando se encuentran afiliados en SP, es decir, 39% de gasto total. Los afiliados al IMSS reportan gastar 31%, los que no tiene afiliación un 21%, y los que menos gastan de esas localidades son los hogares afiliados al ISSSTE (realizan un gasto de 9%).

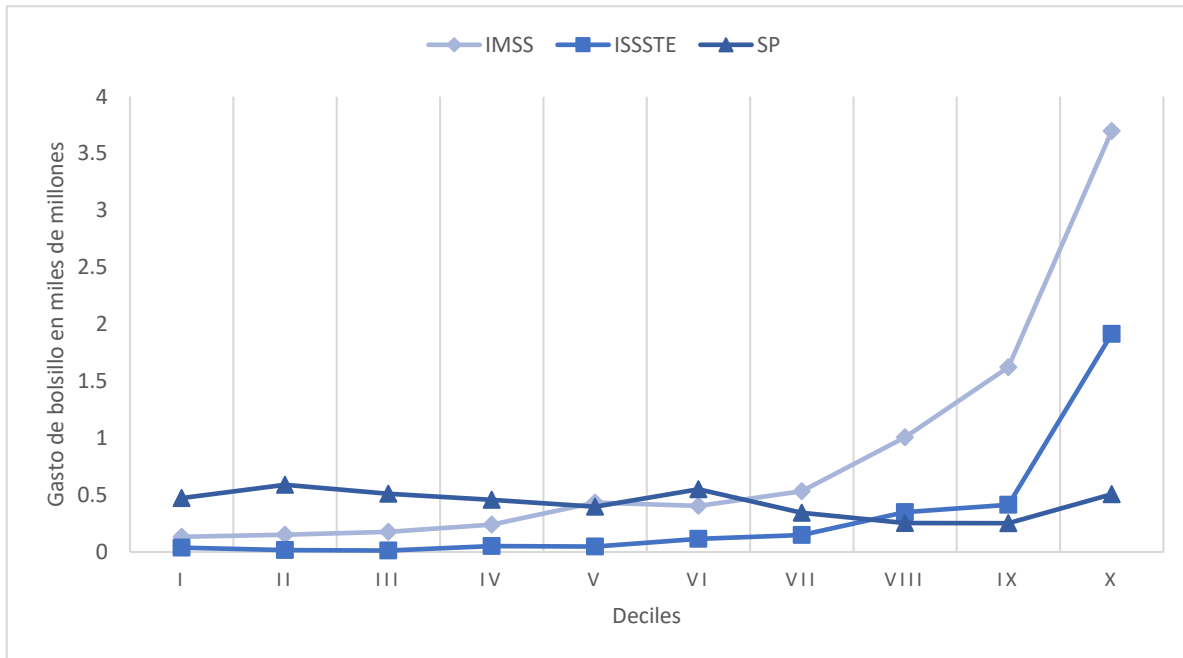
En las localidades de 15 000 a 99 999 habitantes los hogares con mayores gastos de bolsillo son los afiliados al IMSS, seguidos de SP, con 40% y 29% respectivamente, mientras que los afiliados a ISSSTE contienen el 16% del gasto, casi similar a los que no tiene alguna afiliación que gastan el 16% del total.

Finalmente en las localidades más pobladas (100 000 o más habitantes) los afiliados al IMSS son los que reportan más gasto (55%), y con un gasto considerablemente menor, le siguen ISSSTE (19%), los que no tienen afiliación (16%) y por último SP (11%) conformando así el total del gasto de esta clasificación de localidades.

Como resultado de lo anterior podemos afirmar que en (las localidades con menos población 0- 14 999 habitantes) el SP no está beneficiando a sus afiliados vemos que gastan entre el 39 y 55 por ciento del gasto total reportado en esas localidades, mientras que en las de mayor población el gasto que tienen los afiliados al SP es menor que el de los hogares pertenecientes al IMSS (29% del gasto en las localidades de 15000 a 99 999 habitantes) y finalmente, en la zonas con más habitantes, el gasto de bolsillo de los afiliados al SP es menor que la instituciones de seguridad social y menor que los que no forman parte de ninguna (11%).

Todo esto parece confirmar que los deciles con menor ingreso y que se encuentran en localidades pequeñas no están recibiendo la atención necesaria por parte del SP, considerando nuevamente que ese debe ser uno de sus objetivos primordiales, entonces, haciendo una comparativa entre los distintos esquemas de protección social se observa que la distribución del gasto de bolsillo se encuentra de la siguiente manera:

Gráfica IV.4 Gasto de bolsillo de los hogares



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

La gráfica anterior reafirma las ideas antes planteadas, y, como se observa, el gasto del bolsillo de los hogares afiliados a SP es mayor en los primeros cuatro deciles de la población a comparación de las otras instituciones (IMSS e ISSSTE). El gasto de bolsillo de los usuarios del IMSS era de .7 veces menos que el ejercido por los de SP y salta a la vista el corte que ocurre en el decil V dónde el gasto por hogares pertenecientes al IMSS se vuelve mayor. No así ocurre con los hogares afiliados al ISSSTE ya que el gasto de bolsillo que se muestra (en promedio hasta el decil V) es .9 veces menor que el reportado por usuarios de SP y continua así prácticamente hasta el decil VII. Con todo lo anterior podemos afirmar que los hogares que se encuentra en localidades pequeñas y con menor ingreso (deciles I-V) y que son afiliados al SP, son los que tienen mayor gasto de bolsillo a comparación de los hogares que pertenecen al esquema de seguridad social (IMSS e ISSSTE).

En el siguiente apartado se hará un análisis de las condiciones en que se encontraban las aportaciones de gobierno, de los patrones y trabajadores de las instituciones de seguridad social al 2014 así como de las aportaciones solidarias federales, estatales y del pago de cuotas de los hogares en el caso de pertenecer a SP en el mismo año, esto mediante los resultados arrojados por el simulador.

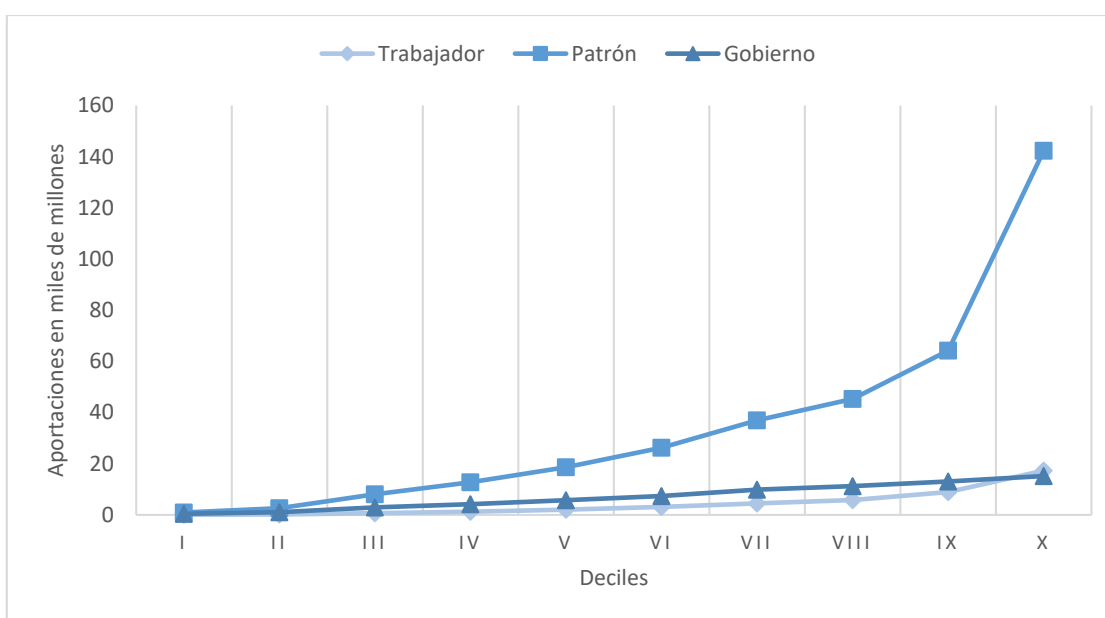
#### IV.1.2 Aportaciones tripartitas a las instituciones de protección social

El simulador fue diseñado de tal manera que primero se obtuvieran los resultados de la situación inicial, es decir información al 2014 de cada una de las instituciones de protección social, por tanto se describirán los resultados por institución.

##### IMSS

El IMSS como se había mencionado anteriormente tiene un financiamiento tripartita: aportaciones del gobierno, aportaciones del patrón y del trabajador. Considerando la información que se reporta en la ENIGH al 2014 obtenemos la siguiente gráfica:

Gráfica IV.5 Cuotas tripartita del IMSS

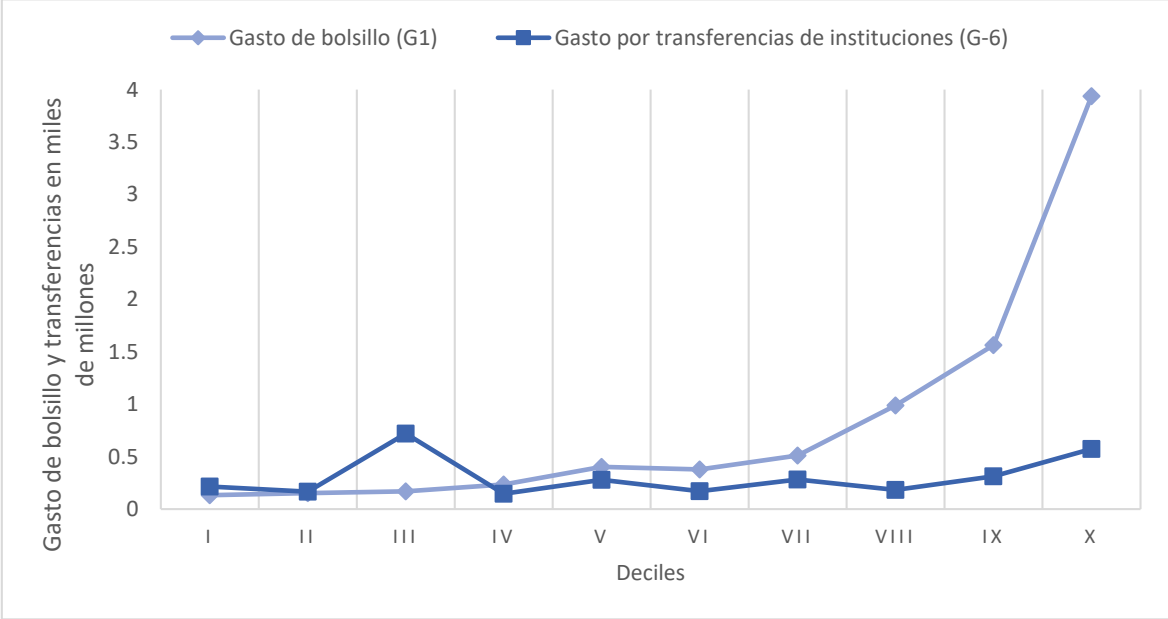


Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

Actualmente en el IMSS las cuotas patronales equivalen al 76% de las aportaciones totales, mientras que las de los trabajadores ascienden a un 9% y las de gobierno son de 15%. Desafortunadamente, el hecho de que los patrones tengan una aportación mayor ha propiciado que los costos por trabajador sean elevados y entonces, los patrones ahora buscan la manera de evitar esos costos lo que, aunado a las reformas laborales, permite que existan más trabajadores que no perciben prestaciones bajo los esquemas de ventas, outsourcing, etc. En este esquema también observamos la aportación del gobierno al IMSS y vemos que tiene

una tendencia casi paralela a las cuotas del trabajador. Ahora analizaremos como se encuentran los gastos de bolsillo y las transferencias dadas estas cuotas:

Gráfica IV.6 Gastos de bolsillo y por transferencias de los hogares afiliados al IMSS



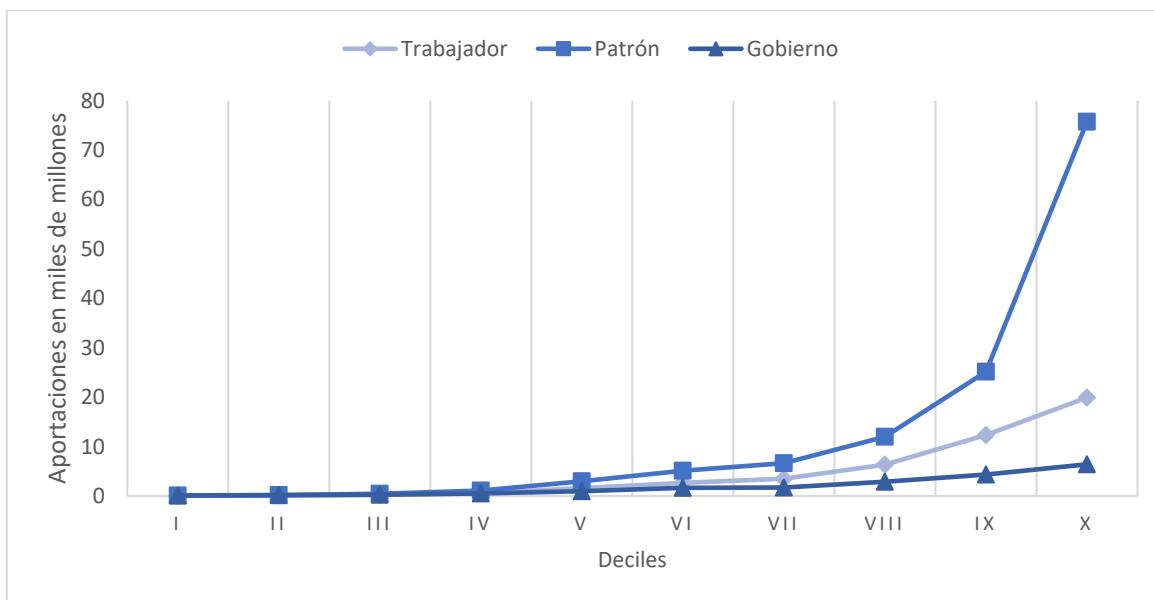
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

En esta afiliación los gastos de bolsillo son de una a cuatro veces menores en los tres primeros deciles de la población que las transferencias, y en adelante las transferencias que reciben los hogares son en promedio 0.4 veces menores. Lo que indica que las aportaciones gubernamentales son mayores en los primeros tres deciles que trata de la población más vulnerable mientras que los deciles siguientes con un mayor ingreso ya no perciben la misma aportación.

*ISSSTE*

El ISSSTE también tiene un esquema de financiamiento tripartita: con aportaciones del trabajador, del patrón o institución y del gobierno. Considerando los datos recabados en la ENIGH 2014 tenemos el siguiente comportamiento de cuotas para ese mismo año:

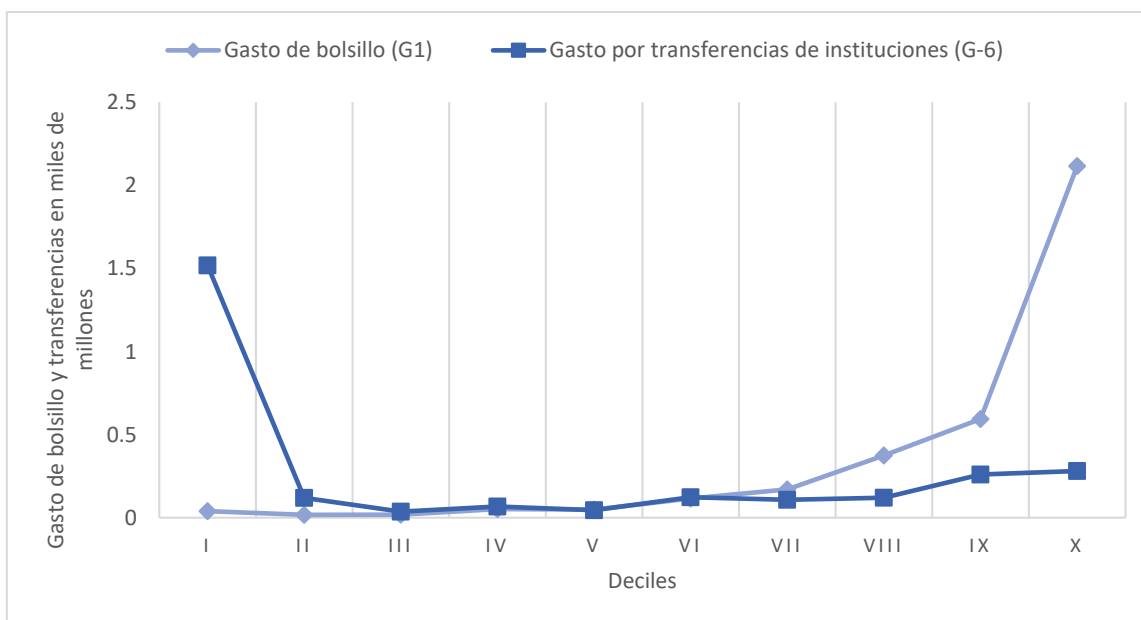
Gráfica IV.7 Cuotas tripartita del ISSSTE



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

Al igual que en el esquema IMSS la mayor aportación es la proporcionada por el patrón con 66% del total, mientras que la del trabajador es de un 24% y la del gobierno es de apenas un 10%. Considerando esto ahora analicemos el impacto sobre los gastos de bolsillo:

Gráfica IV.8 Gastos de bolsillo y por transferencias de los hogares afiliados al ISSSTE



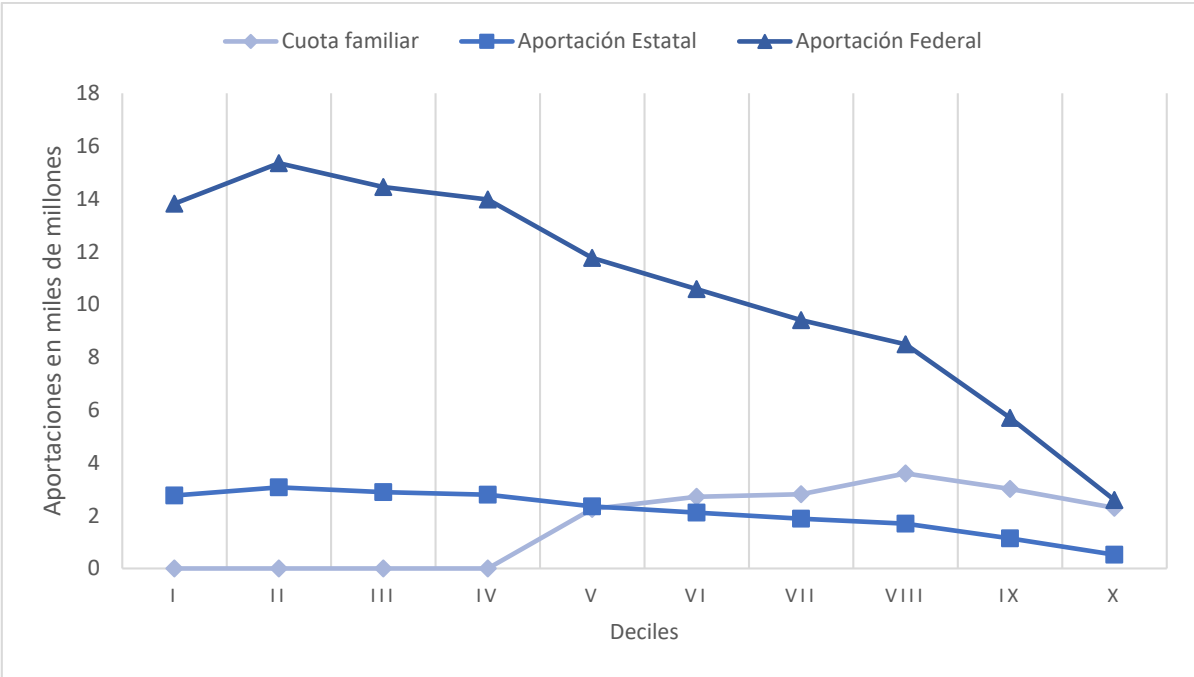
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

Es notable que, en la gráfica IV.8, que los gastos del bolsillo son menores hasta el decil VI. El primer decil de la población las transferencias de gobierno que recibe ese hogar son 39 veces más que los gastos de bolsillo de los hogares. Para el decil 2, las transferencias son 7 veces mayores, para el tercer decil tienen una razón dos a uno y al decil VI son proporcionalmente igual a uno. En adelante las transferencias se vuelven menos de la mitad de los gastos de bolsillo, pero eso ya ocurre en los hogares que no se consideran vulnerables, por lo que podemos afirmar que este esquema de seguridad social, tenemos una aportación de gobierno progresiva y que beneficia a los hogares de los deciles menos favorecidos.

*SP*

Como se mencionó en capítulos anteriores, el SP tiene un financiamiento tripartita con aportaciones solidarias del estado y federales por individuo y además una cuota familiar que se determina por el decil al que pertenecen. Entonces las aportaciones al 2014 se encontraban distribuidas de la siguiente manera:

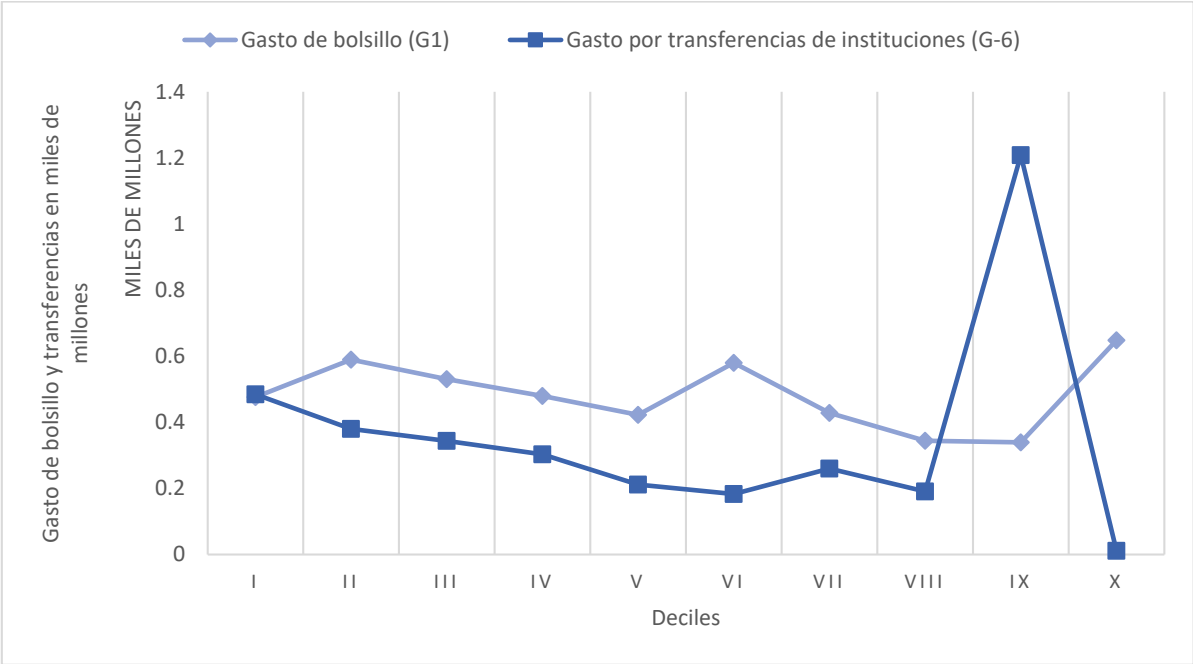
Gráfica IV.9 Aportaciones al SP



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

Los hogares que pertenecen al esquema del SP no tienen ninguna aportación en los primeros cuatro deciles, pero si lo hacen partir del quinto, esta aportación familiar corresponde al 12% de la aportación total. Recordemos que este dato se tuvo que imputar, ya que de los hogares que reportaban tener SP y que tenían el ingreso dentro de los deciles contributivos no reportaron tal información, únicamente lo hizo el .05% de los afiliados. La aportación solidaria del estado corresponde a un 15% y finalmente la aportación federal es de 74%. Considerando estas aportaciones, conviene ahora analizar los gastos de bolsillo y las transferencias que reciben esos hogares:

Gráfica IV.10 Gastos de bolsillo y por transferencias de los hogares afiliados al SP



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

La grafica IV.10 deja más que evidencia suficiente para afirmar que un mayor gasto de gobierno no precisamente implica una disminución de los gastos de bolsillo. Las trasferencias son en promedio 1.5 veces menores que los gastos de bolsillo hasta el decil V, posteriormente disminuyen .2 veces más (1.7 veces) hasta el decil IX, que reporta que recibe 3.5 veces la transferencia con respecto a sus gastos y finalmente para el decil X, las transferencias son prácticamente nulas (.2) con respecto a los gastos de bolsillo.

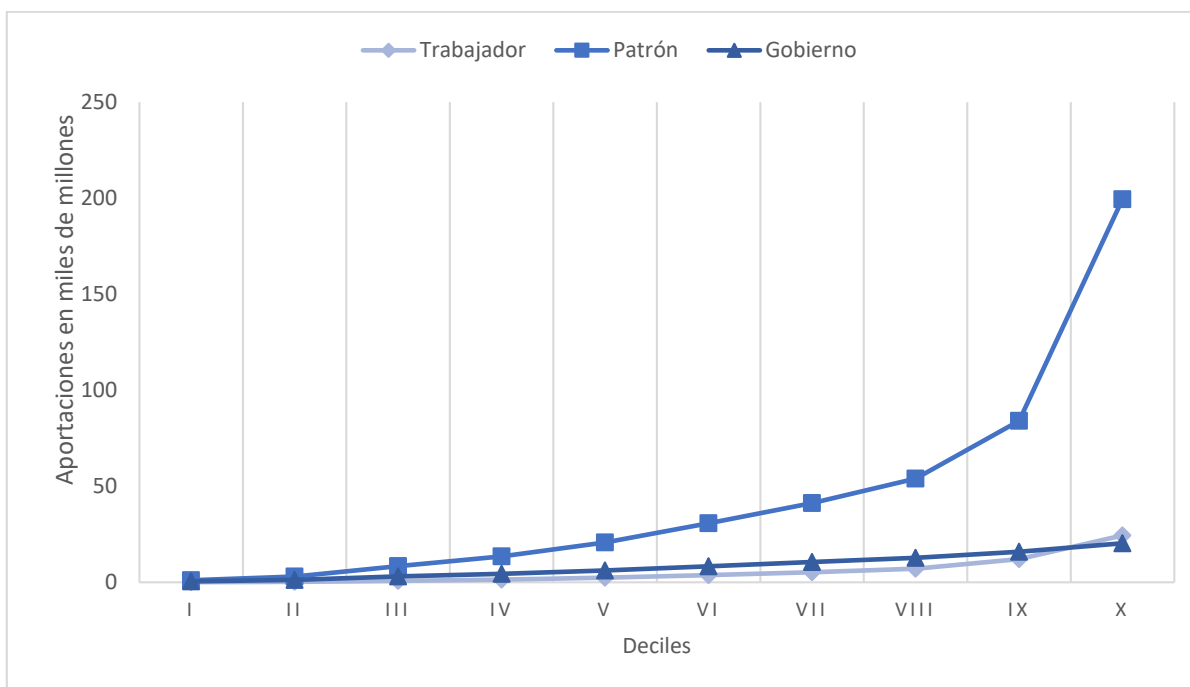
## IV.2 Escenarios IMSS, ISSSTE, SP y Seguro Universal (SU)

Considerando los cálculos realizados en simulador, conviene ahora presentar cuatro escenarios en los que toda la población estuviera afiliada a únicamente una institución de protección social, por lo que se analizará el comportamiento de las aportaciones tripartitas de cada escenario. Los escenarios que se consideran son los de IMSS, ISSSTE, SP y finalmente una propuesta alternativa denominada “Seguro Universal”.

### IMSS

Suponiendo que todos los actuales afiliados a estas tres instituciones principales de protección social estuvieran únicamente afiliados al IMSS, las cuotas quedarían distribuidas de la siguiente manera:

Gráfica IV.11 Escenario IMSS



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

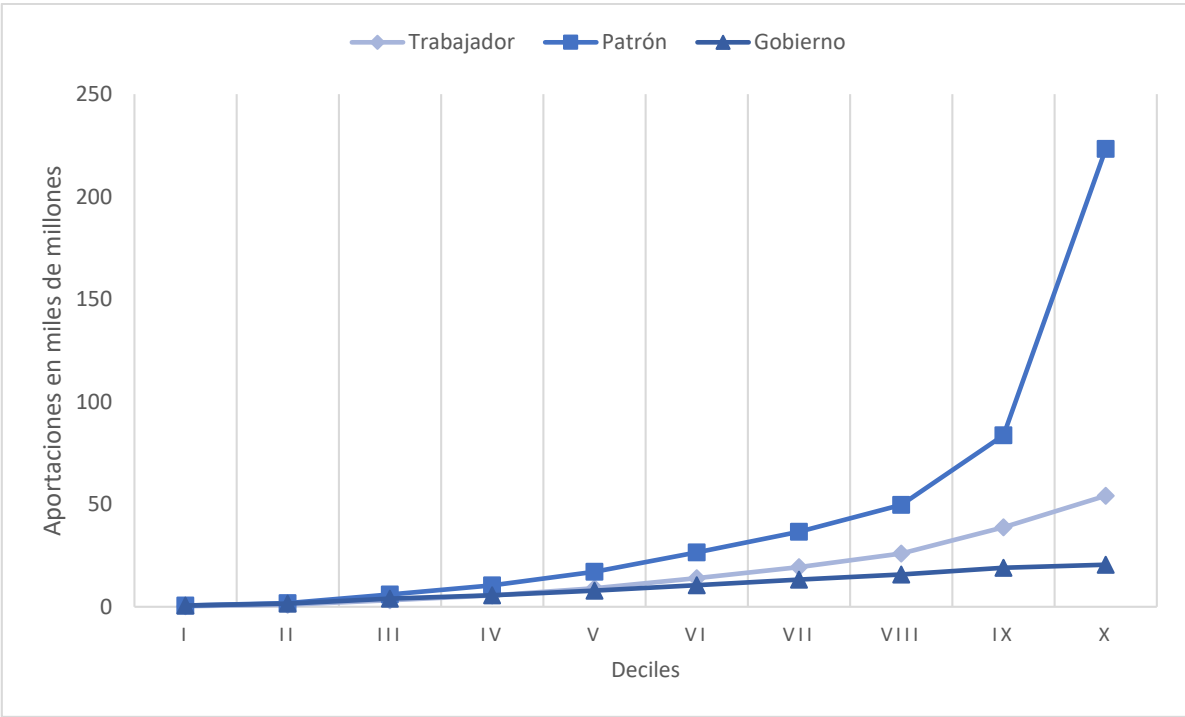
Las aportaciones del patrón, al igual que en el escenario actual serían del 76%, las aportaciones gubernamentales serían de 14%, disminuirían 1% con respecto a la situación inicial y las cuotas del trabajador serían de 10% apenas un punto porcentual más que el escenario real. En este escenario las cuotas patronales nuevamente son las que tienen una

mayor participación para sostener todo el sistema de afiliación y por lo tanto nos enfrentaríamos al mismo esquema que promueve la informalidad de los trabajadores.

### ISSSTE

Considerando las mismas tasas de la situación inicial, si las personas afiliadas a los otros esquemas de protección social pertenecieran únicamente al ISSSTE las aportaciones de cada sector para financiar a todo el sistema de afiliación se verían de la siguiente manera:

Gráfica IV.12 Escenario ISSSTE



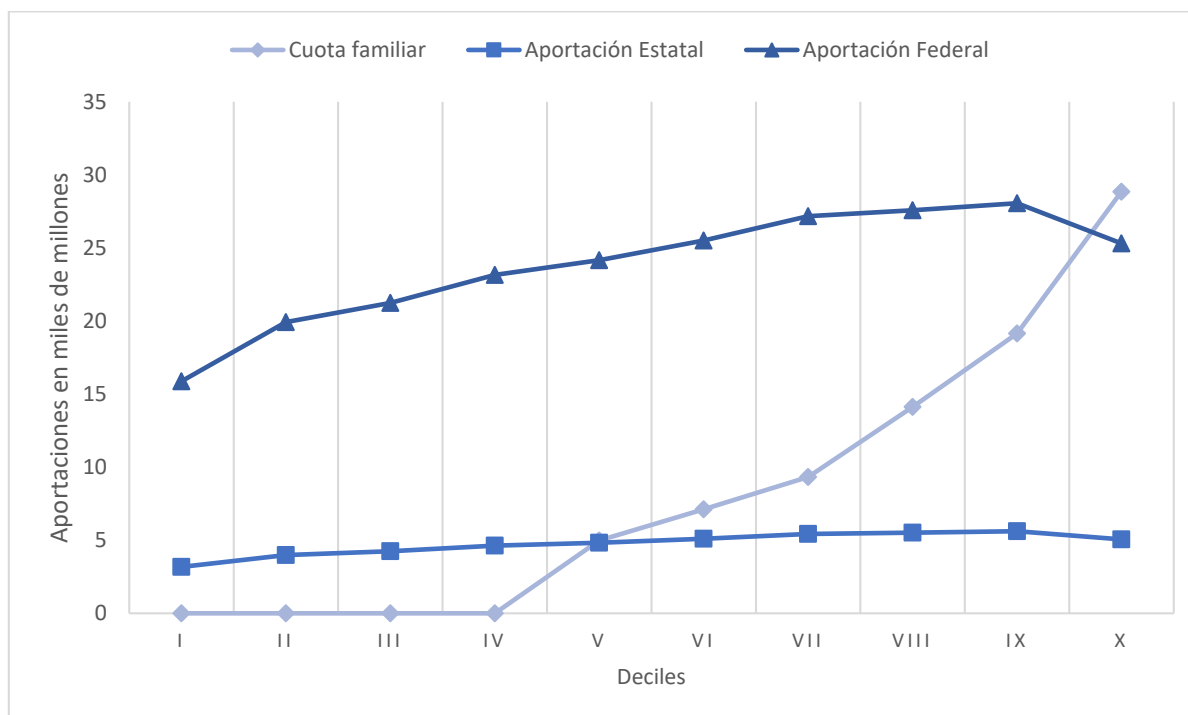
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

Considerando el escenario inicial, nuevamente las cuotas patronales tienen protagonismo pero disminuirían en un 3%, es decir serían de 63%, las cuotas del trabajador tendrían una participación igual al escenario inicial, es decir 24% y las aportaciones gubernamentales serían de 14%, lo que es un incremento de 4 puntos porcentuales con respecto al escenario inicial. Las cuotas patronales nuevamente son la clave que sostendría a la institución ISSSTE, lo que como se había mencionado anteriormente, no es lo más adecuado para el mercado laboral.

## SP

Ahora se analizará el escenario en el que los hogares estuvieran únicamente en el esquema que maneja el SP. Ahora, este escenario es muy importante, ya que nos plantea un escenario al que, tal vez, nos estamos dirigiendo dadas las tendencias de afiliación que tiene actualmente nuestro Sistema de Protección Social, y consideremos que el SP, es la institución con mayor número de afiliados. Las aportaciones bajo este esquema tendrían el siguiente comportamiento:

Gráfica IV.13 Escenario SP



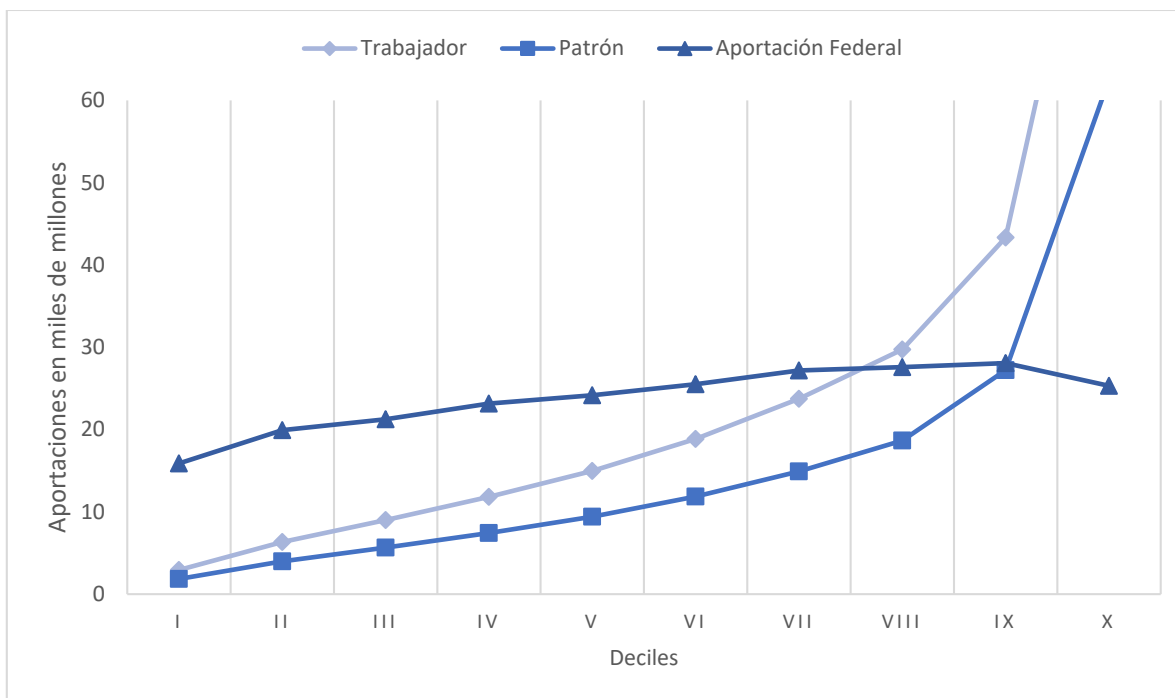
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

La gráfica IV.13 muestra el comportamiento que tendrían las aportaciones estatales, federales y las cuotas familiares por deciles. Comparando con la situación inicial, las cuotas familiares, tendrían una participación de 23%, es decir, 11% más con respecto al esquema inicial (12%). Las aportaciones estatales disminuirían únicamente en un 2%, quedando en 13%. Finalmente, las aportaciones federales serían de 64%, disminuirían un 10%. Considerando este escenario, las cuotas familiares aumentarían y las aportaciones federales disminuirían casi en la misma cantidad.

## Seguro Universal (SU)

Como se mencionaba anteriormente, este seguro que se propone, como alternativa, tasas fijas para las aportaciones patronales y de trabajadores (4.9% y 7.8%, respectivamente), y una cuota por individuo integrante del hogar, como la aportación federal (\$2 406.97). Los resultados del simulador muestran lo siguiente:

Gráfica IV.14 Escenario SU



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIGH 2014

En este esquema es notable la aportación que brinda el sector gubernamental con respecto a las aportaciones de los patrones y los trabajadores, es decir, 36% del total. Para el decil I esta aportación es 9 veces la aportación del patrón y 5 veces la del trabajador, para el decil II es 5 veces la aportación patronal y 3 veces la del trabajador. Las aportaciones del trabajador y del patrón para sostener este sistema serían de 39% y 25%, en ese orden, lo que resulta en mayor valoración del seguro por parte del empleado, mejores prestaciones obviamente, y para el patrón una menor aportación que haría que los empleos informales disminuyan. Además en SU brinda la ventaja de distribuir de una mejor manera la aportación federal, ya que apoya a la población que lo necesita y tiene un límite para cuando los ingresos de los últimos deciles son mayores y también, en este esquema la carga mayor la lleva el

gobierno y no empleador, siendo que la responsabilidad con la población no se le daría al sector correspondiente.

## **Conclusiones**

Con base en el análisis realizado se puede concluir que el gasto social en Seguro Popular no es progresivo comparando con otras instituciones de seguridad social. Como se observó anteriormente la magnitud de la aportación federal en esta institución es de 74%, es decir, un 59% más comparado con lo aportado en IMSS, y, pese a esta aportación, el gasto de bolsillo de los hogares en los primeros VII deciles de la población afiliada al SP es de un 77% y recordemos que uno de los objetivos principales del seguro popular es disminuir los gastos de bolsillo de los hogares para evitar su empobrecimiento, sobre todo de aquellos que se encuentran en situación vulnerable, y los resultados indican que los primeros deciles (I-IV) pagan tanto más o igual que los deciles VI y X de la población afiliada a SP.

Con los datos anteriores la hipótesis planteada al inicio de esta investigación se acepta, es decir: el impacto del gasto público en Seguro Popular con el objetivo de disminuir el gasto de bolsillo de los hogares afiliados es menor con respecto a otras instituciones de seguridad social y por tanto, no es progresivo, ya que no representa un beneficio sustancial para la población con menor ingreso (deciles I-IV).

Consideremos ahora que por una parte tenemos las aportaciones gubernamentales que se hacen en el IMSS/ISSSTE y por otro lado, la realizada por individuo en el esquema del Seguro Popular, y considerando los gastos de bolsillo realizados, se pueden inferir dos cuestiones:

La primera que a menor gasto de gobierno menor es el gasto de bolsillo, pero esto puede deberse a las intervenciones que ampara un servicio u otro, ya que recordemos que el SP tiene el límite de enfermedades que maneja el CAUSES, mientras que el IMSS O ISSSTE no lo tiene y se tratan todas las enfermedades.

La segunda es pensar en la relación entre los individuos que no reportan el pago de las cuotas de SP y el gasto de bolsillo que están reportando, se puede pensar que existe riesgo moral ya que están obteniendo un seguro sin pagar por él y por tanto se valora menos a diferencia de un esquema como IMSS o ISSSTE donde si existe una aportación por trabajador u hogar. Desafortunadamente del 100% de los afiliados a SP únicamente el 0.05% reportó el pago de cuotas de SP.

Avanzando en nuestro razonamiento, ¿Cuál es entonces la aportación idónea del sector gobierno para disminuir el gasto de bolsillo? La aportación por individuo ya que beneficia a los deciles más vulnerables y tiene un límite para los deciles más altos. Considero que las aportaciones que se tienen en IMSS o ISSSTE al ser proporcionales con el salario, no cumplen con los requisitos para brindar un piso de protección social de manera equitativa.

Para que exista una mejora en el sistema de protección social para toda la población se debe considerar la convergencia de las instituciones de seguridad social y de asistencia social, ya que como los datos muestran, no se está obteniendo los resultados que se esperan: existen cuotas duplicadas para el hogar y el gobierno, la mayor parte de la aportación la realiza el empleador, situación que, al menos en nuestro país no lograría que mejoren las condiciones de vida de la población, al contrario, generaría problemas aún mayores a largo plazo.

Si continuamos con el mismo Sistema de Protección Social, en algunos años se verá afectada la población geriátrica por pobreza, mayores gastos de bolsillo, y finalmente, el Gobierno tendría que fungir como garante de esa situación. No olvidemos el problema de la informalidad: la tendencia del seguro popular es seguir afiliando a la mayor parte de la población y a la par está disminuyendo la cantidad de afiliados en IMSS o ISSSTE.

Por todo esto se concluye que el mejor escenario para el sistema de protección social, es optar por un seguro universal en el que los hogares, y patrones aporten proporcionalmente, pero que no lo hagan las aportaciones federales para ayudar así a la población que realmente lo necesita.

## **Bibliografía**

- Acemoglu, D. &. (2012). *¿Por qué fracasan los países? Los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza*. Deusto.
- Bowen, A. (1992). *Introducción a la Seguridad Social*. Chile: Editorial Jurídica de Chile.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. (2014). *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2014*. Obtenido de Seguro Popular: <http://seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/CAUSES%202014.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México: Obtenido de: <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf/>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos , Artículo 4to (10 de Junio de 2011).
- Deaton, A. (2015). *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Definición ABC. (s.f.). *Definición ABC. Tu diccionario hecho fácil*. Obtenido de Definición ABC. Tu diccionario hecho fácil: <http://www.definicionabc.com/social/asistencia-social.php>
- García-Rodríguez, J. F. & Tejero-Vera, A. (2003). Programa del Seguro Popular de Salud en México. Un análisis económico. *Salud en Tabasco*, 9(1) 178-187. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48709107>
- Grogger, J., Arnold, T., Leon, A., & Ome, A. (2011). *2011 : Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud, utilización de servicios médicos, y nivel de salud, y resultados a largo plazo del experimento del Seguro Popular en México y evidencia de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. Obtenido de CIDE: <http://seguropopular.cide.edu/inicio>
- Guillen, H. (1997). *La contrarrevolución neoliberal. El consenso de Washington en México*. México: Era.
- Humblet, M. &. (2002). *Normas para el siglo XXI. Seguridad Social*. Recuperado el 04 de 04 de 2016, de Organización Internacional del Trabajo (OIT): [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_norm/@normes/documents/publication/wcms\\_088021.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_088021.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (28 de Octubre de 2016). *Encuestas en hogares: INEGI*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/presentacion\\_tradicional.aspx](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/presentacion_tradicional.aspx)
- Levy, S. (2010). *Buenas intenciones, malos resultados*. México: Oceano de México.

- Martínez Giron, A. V. (2008). *Derecho de la Seguridad Social*. España: Netbiblio.
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2003). *Cuenta General de la República 2003*.  
Obtenido de  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta\\_publ/2003/tomo1/12\\_GASTO\\_SOCIAL.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_publ/2003/tomo1/12_GASTO_SOCIAL.pdf)
- Netter, F. (1982). *La seguridad social y sus principios*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2002). *Seguridad social: un nuevo consenso*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Oficina Internacional del Trabajo. (2001). *Administración de la seguridad social*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- OIT. (2011). *Organization Piso de Protección Social*. Obtenido de International Labour Organization:  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_176521.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_176521.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo. (6 de Junio de 2003). Recuperado el 01 de 05 de 2015, de Organización Internacional del Trabajo:  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_067592.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo. (s.f.). *Protección social: Organización Internacional del Trabajo*. Recuperado el 01 de 05 de 2015, de Organización Internacional del Trabajo: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/social-protection/lang--es/index.htm>
- Pérez, M. (s.f.). *Acceso económico a la salud*. Recuperado el 3 de mayo de 2015, de Fundar: Centro de Análisis e Investigación:  
<http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (Enero de 2015). *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2012*. Obtenido de  
[http://www.shcp.gob.mx/INGRESOS/ingresos\\_distribucion\\_pago/doc\\_Ingreso-Gasto\\_2012\\_enero2015.pdfX](http://www.shcp.gob.mx/INGRESOS/ingresos_distribucion_pago/doc_Ingreso-Gasto_2012_enero2015.pdfX)
- Security, S. S. (Marzo de 2016). *Social Security Programs Throughout the World*. Obtenido de Social Security: Official Security :  
<https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2014-2015/americas/index.html>
- Seguro Popular Guanajuato. (s.f.). *Historia del seguro popular*. Obtenido de  
<http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/secciones/historia.html>