

Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social

Lineamientos conceptuales



ENESS 2009

Obras complementarias publicadas por el INEGI sobre el tema:

Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2004.

Catalogación en la fuente INEGI:

362.972 Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (2009)

Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social : lineamientos conceptuales : ENESS 2009 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Mexicano del Seguro Social.— México : INEGI, c2011

193 p. : il.

ISBN 978-607-494-089-3

1. Seguridad social - México - Encuestas - Metodología. 2. Empleo - México - Encuestas - Metodología. I. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). II. Instituto Mexicano del Seguro Social (México).

Si requiere más información sobre esta obra, favor de contactarnos a través de:

Centros de consulta y comercialización (consulte el domicilio en Internet)

Larga distancia sin costo: 01 800 111 4634

www.inegi.org.mx

atencion.usuarios@inegi.org.mx



Índice

Introducción	1
1. Relevancia y significado	2
2. Objetivos y estructura	6
3. Temática, contenidos, conceptos y criterios	7
3.1. Afiliación, prestaciones médicas y discapacidad	7
- Condición e institución de afiliación	
- Tipo de afiliación	
- Identificación de titulares y beneficiarios	
- Uso de servicios de salud	
- Servicio de salud utilizado durante el último año	
- Tipo de unidad médica	
- Gasto en servicios de salud	
- Discapacidad	
3.2 Cotizaciones a la seguridad social	20
- Condición de cotización actual e institución.	
- Población que alguna vez cotizó	
3.3. Pensiones	23
- Condición de pensionado e institución que administra la pensión	
- Tipo de pensión	
- Tiempo de disfrute y monto de la pensión	
3.4. Incapacidades laborales	28
- Incapacidades y ausencia laboral por riesgos de trabajo y enfermedades generales	
- Incapacidades y ausencia laboral por causas relacionadas con la maternidad	
3.5. Cuidado de menores	32
- Lugares o personas que apoyan en el cuidado de menores	
- Pago por el cuidado de menores	
3.6 Adultos Mayores	35
- Condición de autonomía, ayuda funcional y pago a cuidadores	

Referencias



INTRODUCCIÓN

La Seguridad Social constituye uno de los factores más importantes para que la población pueda acceder al bienestar, dado que proporciona a los trabajadores que gozan de este beneficio, así como a sus familiares, un conjunto de prestaciones que contribuyen a su desarrollo. La seguridad social no debe confundirse con la asistencia pública o con la caridad privada; es un sistema de derechos adquiridos, en la mayoría de los casos se deriva de una relación laboral, y ha sido previamente pactado y legislado, su administración está a cargo de instituciones públicas o privadas. La seguridad social tiene carácter obligatorio bajo relaciones formales de trabajo, y voluntario mediante la celebración de un contrato con las instituciones responsables. Las instituciones encargadas de la seguridad social en México atienden a sectores específicos de la población: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable de brindar servicios a los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los empleados del gobierno; Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Marina (SM) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) otorgan servicios y prestaciones a los trabajadores de sus propias dependencias.

Los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos que experimenta nuestra sociedad inciden en las necesidades de la población en materia de derecho a la asistencia médica, otorgamiento de pensiones, apoyo para el cuidado de menores y en la protección al ingreso y el empleo, entre otras. Con el objetivo de conocer las características sociodemográficas y económicas de la población protegida y no protegida por la seguridad social, se diseñó la Encuesta Nacional de Seguridad Social 2009 (ENSS, 2009).

El presente documento tiene como propósito mostrar los lineamientos y criterios conceptuales que sirvieron de base para el levantamiento de esta encuesta. Las temáticas abordadas son afiliación a servicios de salud, prestaciones médicas y discapacidad; cotizaciones a la Seguridad Social; pensiones; incapacidades laborales; cuidado de menores y autonomía en adultos mayores.

Es conveniente señalar que la ENESS se realizó por primera vez en el año de 1996 como un módulo anexo a la Encuesta Nacional de Empleo, antes de la entrada en vigor de la nueva Ley del Seguro Social. Las siguientes ENESS se levantaron en 2000, 2004 y 2009, tratando de mantener la comparabilidad, aunque con actualizaciones y modificaciones que han permitido alcanzar una mayor precisión conceptual en algunos temas. Este documento se ha dividido en tres grandes apartados, el primero hace referencia a la relevancia y significado de la Seguridad Social, tratando de establecer un concepto amplio sobre la materia; en el segundo se muestran de manera general los objetivos y estructura de la encuesta; en el tercero, se aborda con mayor detalle cada una de las temáticas, clasificaciones y categorías utilizadas en el instrumento de captación.



1. Relevancia y significado

Dado que el principal tema de la Encuesta es la Seguridad Social, es necesario aproximar un concepto sobre la materia. Un primer corte conceptual obliga a establecer qué *no* es la seguridad social. La seguridad social no debe confundirse con la asistencia social que se integra por la asistencia privada y pública (Arce, 1972). La primera, se manifiesta como una expresión particular de ayuda a los necesitados (Olea, 1977), la segunda se define como una parcela de la administración pública integrada por mecanismos protectores de las necesidades sociales dirigidos a garantizar al ciudadano, por el Estado, los medios suficientes para atender sus necesidades vitales (Almansa, 1991). De esta manera la asistencia social se puede definir como el conjunto de todos los mecanismos diseñados por el Estado y la sociedad, que pueden ser reconocidos por la legislación, tendientes a subvencionar a determinados sectores sociales en virtud de su necesidad, mediante prestaciones que complementan sus ingresos o los sustituyen temporalmente, poniendo a resguardo su dignidad humana (Hernández, 2008).

A diferencia de la asistencia social, la Seguridad Social es un sistema de derechos adquiridos que en la mayoría de los casos se deriva de una relación laboral; ha sido previamente pactado y legislado, su administración está a cargo de instituciones públicas. (Laurell, 1997). Otros estudiosos como Carmelo Mesa Lago (1986) establecen una diferenciación entre seguridad social y seguro social "...la seguridad social en su sentido lato está conformada por una amplia gama de políticas y mecanismos de bienestar, previsión y asistencia social dirigidos a la población en general, si bien con énfasis en la más necesitada. Muchas de las políticas orientadas a atenuar las manifestaciones de la pobreza – aunque no sus causas – forman parte de ella. [Por su parte], el seguro social tiende a limitar su cobertura a la fuerza de trabajo asalariada y a algunos de sus dependientes; se financia con contribuciones de los asegurados y los empleadores (y a menudo también del Estado) otorga beneficios relacionados por lo menos en parte con tales aportaciones y se organiza en programas diferentes a los de la asistencia pública, cada uno referente a un riesgo social." Desde esta perspectiva, la seguridad social formaría parte de una política más amplia que los seguros sociales.

Los seguros sociales, por su parte, fueron creados con la idea de protección y para enfrentar las dificultades de quienes perdían sus ingresos a causa de enfermedades, accidentes o por la vejez. Actualmente, la creación, administración y regulación de los seguros sociales está a cargo del gobierno (Solís y Villagómez, 1999), aunque en algunos casos la provisión de servicios puede ser delegada al sector privado. La garantía de las prestaciones se establece con base en el historial contributivo de cada individuo, independientemente de los recursos económicos (como ingresos y patrimonio). Las cotizaciones y prestaciones muy a menudo son proporcionales a los ingresos del afiliado; los beneficios o prestaciones comúnmente son extendidas a los familiares del asegurado.

Aun cuando existen diferencias conceptuales entre seguro y seguridad social, cabe aclarar que en el imaginario colectivo de la sociedad mexicana, el seguro social, y de manera más específica los seguros sociales, se asocian directamente con la idea de Seguridad Social, por lo que cada vez que se haga referencia a esta materia, dicho término se apegará más al concepto y características de los seguros sociales.

Considerando los elementos hasta aquí descritos, se propone la siguiente definición de



Seguridad Social para la ENESS 2009:

“La seguridad social es un conjunto de prestaciones, programas y planes de aseguramiento creados, administrados y supervisados por el Estado, proveídos principalmente por entidades públicas que tienen como finalidad otorgar beneficios económicos y servicios que permitan compensar, los ingresos de un individuo, especialmente al enfrentar situaciones como enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, invalidez, vejez y muerte; tiene carácter obligatorio bajo relaciones formales de trabajo, y voluntario mediante la celebración de un contrato o la adquisición de una póliza ante las entidades públicas.”

Principales esquemas de prestaciones

La seguridad social responde a la necesidad humana de protección, ésta comienza desde antes del nacimiento – mediante la provisión de servicios y prestaciones para la atención prenatal – y continúa después de la muerte, con el pago de diversas prestaciones ante el fallecimiento.

Aunque los esquemas de prestaciones pueden diferir de un país a otro o de una institución a otra, en general se apegan al Convenio 102 sobre Seguridad Social (norma mínima) signado en 1952. Son nueve las prestaciones contempladas en dicho convenio: servicios médicos; prestaciones económicas por enfermedad; prestaciones por vejez; prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; prestaciones de maternidad; prestaciones de invalidez; prestaciones familiares; prestaciones a sobrevivientes y prestaciones por desempleo (OIT, 2001).

Servicios médicos

El primer objetivo de la seguridad social fue proporcionar ayuda para proteger el ingreso, sin embargo esta ayuda no era suficiente para proteger a las personas cuya integridad física había sido vulnerada a causa de un accidente o enfermedad; por esta razón muchos regímenes incluyeron disposiciones para brindar servicios de salud a sus afiliados.

La asistencia médica prevé el mantenimiento, restablecimiento y mejora de la salud de las personas. Coexisten diversas formas de proveer estos servicios a la población, los más comunes son el modelo de atención directa, y el de atención indirecta o subrogada. En el primero, la misma institución de seguridad social es propietaria, administra y controla las instalaciones y recursos humanos y materiales necesarios; en este caso se encuentra prácticamente la totalidad de los servicios médicos que proporciona el IMSS. En el modelo indirecto o subrogado, las instituciones realizan contratos con los particulares o con otras instituciones para que sus afiliados reciban servicios; en México, el ISSSTE federal ha realizado este tipo de convenios con otras instituciones. Otra característica de la prestación de servicios médicos, es que se exige a los afiliados un mínimo de cotizaciones para estar en posibilidad de acceder a determinadas prestaciones de asistencia médica, tal es el caso de las prestaciones por maternidad.

Prestaciones económicas por enfermedad

Para acceder a estas prestaciones es necesario que el afiliado cumpla con una serie de requisitos. Es necesario que haya cubierto un número determinado de cotizaciones, que su



enfermedad sea acreditada por un médico facultado, quien extenderá un certificado donde establezca el tiempo aproximado de la enfermedad. El monto de la prestación económica varía de un régimen a otro, en algunos casos se paga el 100 por ciento del salario de cotización desde el primer día cubierto por el certificado de incapacidad, en otros, se paga sólo un porcentaje de este mismo salario a partir de que se cumple un “periodo de espera” que suele ser de hasta tres días. Esto se debe a que las enfermedades muy cortas representan un gran porcentaje del conjunto de solicitudes recibidas (OIT, 2001) y que el costo de su expedición es muy alto. Dicho periodo de espera no aplica para las segundas o terceras recaídas por un mismo padecimiento. Un pequeño número de estos darán lugar a una enfermedad crónica o prolongada; cuando esta situación se presenta, se extienden certificados de incapacidad hasta que el solicitante recibe la prestación por invalidez si cumple con las condiciones establecidas.

Prestaciones por maternidad

El objetivo de esta prestación es asegurar que la mujer que trabaja pueda atenderse y atender a su hijo durante el periodo anterior y posterior al parto. Las prestaciones médicas y económicas por maternidad se otorgan siempre que la mujer haya cumplido con un determinado número de cotizaciones, lo que le dará derecho a disfrutar del 100 por ciento de su salario en un periodo que va de 12 a 14 semanas divididas en dos partes iguales antes y después del parto. La expedición del certificado de incapacidad para las mujeres en esta condición se encuentra respaldada por el Convenio 183 de la OIT firmado en 1958 donde además se establece el derecho que tiene la mujer para dedicarse a la lactancia de su hijo.

Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Estas son las prestaciones más antiguas y extendidas de todos los programas de seguridad social, pueden ser temporales o permanentes, totales o parciales y en los casos más drásticos se asocian con prestaciones económicas por fallecimiento (pensiones por riesgo de trabajo). Las prestaciones originadas por estos motivos implican por lo menos cinco acciones básicas: asistencia médica, subsidio por incapacidad temporal; una cuantía global en caso de incapacidad permanente y total; una cuantía de incapacidad permanente y parcial y una indemnización, que puede traducirse en una pensión a los sobrevivientes en caso de fallecimiento. En algunos casos se expiden pensiones temporales por invalidez, donde una vez restablecida la funcionalidad del trabajador, es retirada la pensión para que la persona se reintegre a la vida productiva. Estas prestaciones también amparan a los empleadores, dada su responsabilidad civil en todo accidente o enfermedad laboral que ocurra a quienes ha contratado.

Prestaciones por vejez

La capacidad de trabajo disminuye con la edad y existe la opinión generalizada de que llega un momento en que una persona se ha ganado el derecho al descanso, por lo que debe proporcionárseles recursos suficientes para vivir de manera decorosa. Sin embargo existe una importante discusión acerca de la “mejor edad” para la jubilación. En nuestro país, existen diversos criterios para el retiro; en el caso de los trabajadores del sector privado que cotizan para el IMSS, se requiere de al menos 1250 semanas de cotización y tener por lo menos 60 años de edad (IMSS, 1995); entre los trabajadores al servicio del estado, así como en otros sectores, los requisitos y condiciones cambian según lo



estipulado en contratos colectivos de trabajo o en las legislaciones respectivas, donde no se establece una edad de retiro, sino de un tiempo determinado de servicio. En estos casos las prestaciones económicas relacionadas con el retiro laboral asociado a la “duración del servicio”, se denominan jubilaciones.

También existen diversos regímenes para la protección a la vejez, entre los más difundidos se encuentran los de prestaciones universales, que amparan a todos los residentes cuando sobrepasan una determinada edad; los regímenes de asistencia social, que están destinados a los sectores más desfavorecidos económicamente y los regímenes de seguro social, que incluyen a todos los afiliados que han cumplido los requisitos legales para acceder a una pensión por retiro, cesantía en edad avanzada o vejez (OIT, 2001).

Prestaciones por invalidez

Estas prestaciones se han concebido como una extensión de la enfermedad, y se originan como consecuencia de un padecimiento prolongado. En este caso es necesario presentar un certificado médico que indique que la persona afectada no puede trabajar debido a la disminución de su funcionalidad física o mental. En algunos regímenes se considera la invalidez temporal y permanente, en este último caso sólo se otorgan las prestaciones si las instituciones están convencidas de que la persona no mejorará. Las pensiones por invalidez, así como las de accidente o enfermedad laboral están sujetas a calificación y en algunos casos a evaluaciones periódicas, estos trámites tienen como finalidad impedir abusos en una prestación de larga duración y potencialmente costosa. Las prestaciones por invalidez, incluyen la provisión de servicios médicos, de rehabilitación, así como el pago de un subsidio que se otorgan siempre que el asegurado haya cumplido con los requisitos establecidos por las instituciones.

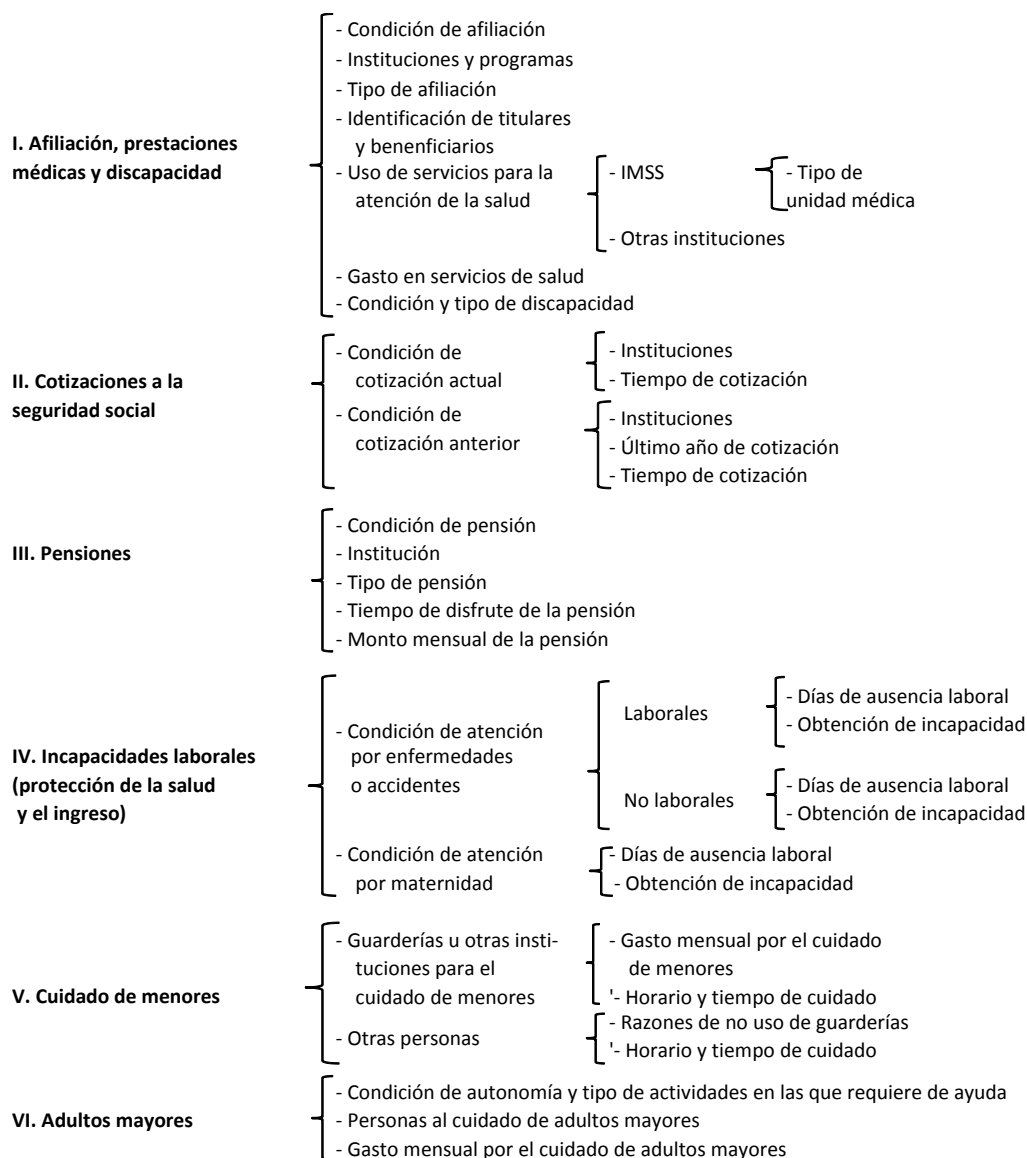


2. Objetivos y estructura

El objetivo general de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009, es conocer las principales características de la población derechohabiente, de la población usuaria, de las y los trabajadores afiliados, de los actualmente no afiliados, pero sí afiliados con anterioridad; de los cotizantes y de los pensionados.

Respecto a la población derechohabiente, se pretende obtener información sobre las características demográficas y socioeconómicas, el nivel y tipo de acceso a los servicios médicos y a las prestaciones de la seguridad social; las características generales y de uso de servicios: cuándo, con qué frecuencia y qué clase de servicios son solicitados; la institución a la que están afiliados los cotizantes y la duración de la cotización; las causas del otorgamiento de las pensiones, el monto y la duración de las mismas.

Estructura temática de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009





Para cumplir con los objetivos, se diseñó un cuestionario con seis baterías dirigidas a cuatro grupos de población: la primera 'Afiliación a servicios de salud, prestaciones médicas y discapacidad' incluyó 8 preguntas dirigidas a toda la población; las baterías II. 'Cotizaciones a la Seguridad Social', III. Pensiones y IV 'Incapacidades laborales', se aplicaron a la población de 14 años y más, en ellas se incluyeron un total de 13 preguntas. La batería V. 'Cuidado de menores' comprendió 4 preguntas orientadas a la población menor de 6 años; finalmente, la batería VI. Adultos mayores, se integró por 3 preguntas relativas a la autonomía y cuidado de las personas de 60 años y más.

3. Temática, contenidos, conceptos y criterios

Los temas abordados tienen particularidades conceptuales y metodológicas que fueron consideradas en el diseño del cuestionario y en el establecimiento de criterios para el levantamiento de la información; dada su importancia, se hará referencia a cada una de las secciones los subtemas, variables y clasificaciones definiendo los principales conceptos, la utilidad y las limitaciones de la información.

3.1 Afiliación, prestaciones médicas y discapacidad

Las primeras variables integradas en la encuesta se refieren a la condición de afiliación o derechohabencia, el tipo de afiliación, la relación de los beneficiarios con el titular, el uso de servicios de salud, el tipo de unidad médica a la que acuden los usuarios del IMSS, el gasto en salud y la condición y tipo de discapacidad.

Una vez registrada la edad, nombre y número de renglón de cada persona, identificó su condición de afiliación así como la institución a la que se adscribe; la encuesta inició con este tema debido a que los esquemas de aseguramiento, de casi todas las instituciones y programas, incluyen como su principal prestación a los servicios médicos y es a través de éstos como la población se identifica como afiliado o derechohabiente.

En las encuestas precedentes ésta variables se denominaron como 'condición e institución de derechohabencia', sin embargo este concepto ha sido sujeto de diversos ajustes. El término 'derechohabiente' alude a la condición de una persona que ha celebrado un contrato ó convenio con una institución a fin de tener *derecho* a un conjunto de servicios o prestaciones. En el ámbito de la atención a la salud, esta expresión fue usada desde la aparición de las instituciones de seguridad social y sólo fue aplicable a su población sin embargo, a partir del surgimiento de programas de protección social en salud federales y locales, dirigidos a la población socialmente vulnerable, surgió la necesidad de un término más amplio que permitiera abarcar a otras instituciones y programas¹.

¹ El uso de estos términos ha generado una discusión conceptual respaldada en diversas perspectivas relacionadas con el modo de concebir e interpretar al nuevo sujeto social, que es usuario de los servicios sociales en general y de los servicios de salud en particular. A este respecto, investigadores como Edgar Jarillo y Gilma Arroyave (1996) señalan que "...de manera expresa, y a veces implícitamente, múltiples gestores públicos y pensadores sanitarios y sociales van sustituyendo el uso del concepto derechohabiente por el de cliente [asegurado], lo que implica la pérdida de conquistas sociales alcanzadas en el transcurso de los últimos siglos". El solo enunciado de una palabra que denomine a la persona acreedora de servicios como derechohabiente o como cliente, representa un cúmulo de consideraciones, de límites y de posibilidades; pero especialmente, implica un modo de concebir la relación social existente entre la salud, los individuos de una sociedad y el Estado.



En los ámbitos legal y administrativo, se han realizado diversos esfuerzos por encontrar un término que permita abarcar tanto a las personas que cuentan con algún tipo de protección social en salud, como a los derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Así, el Grupo Interinstitucional de Información en Salud encabezado por la Secretaría de Salud, y en el que participa el INEGI, formuló la Norma Oficial Mexicana 040-SSA2-2004, relativa al Sistema Nacional de Información en Salud; esta norma tiene como finalidad establecer los criterios para obtener, integrar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población, cobertura, recursos, servicios, daños a la salud y evaluación del desempeño de manera consensuada entre todas las instituciones productoras de información en salud (DOF, 2005). En la discusión previa a la formulación de este ordenamiento (DOF, 2004) se estableció la sustitución del término ‘derechohabiente’ por el de ‘asegurado’, no obstante en leyes de jerarquía superior como la Ley General de Salud, o la Ley del Seguro Social, permanece la diferenciación entre población derechohabiente y población abierta o no derechohabiente. Por ejemplo, en la fracción XIII del artículo 5A de la Ley del Seguro Social establece que: *“Son derechohabientes el asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto”*. Por otra parte, el artículo 34 de la Ley General de Salud establece: *“Para los efectos de esta Ley los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: I. Servicios públicos a la población en general; II Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;...”*

De esta forma, los cambios en la política de provisión de servicios de salud donde se observa el tránsito de la seguridad y asistencia social a la protección social en salud, también se manifiestan en la aplicación de términos operativos. La sustitución del término ‘afiliación’ en lugar del de ‘derechohabiente’ obedece a la inclusión de programas locales y federales que no se enmarcan dentro de la seguridad social y por tanto obligan a utilizar un término más adecuado. Cabe señalar que, aunque el concepto de ‘afiliación’ se utilizó como denominación general, se seguirá haciendo referencia a la ‘población derechohabiente’ para diferenciar a las instituciones de seguridad social. Lo anterior implica el uso de dos términos: se definen como ‘afiliados’, *a las personas que registradas o inscritas en un programa o institución, pública o privada, que le garantiza el acceso a un conjunto determinado de intervenciones médicas*. Serán considerados como ‘derechohabientes’, *las personas que tienen derecho a recibir atención médica en instituciones de salud, como resultado de una prestación al trabajador, a los pensionados y jubilados y a sus familiares designados como beneficiarios o por haber adquirido un seguro médico en alguna institución de seguridad social*.

Los seguros sociales atienden a sectores específicos de la población: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable de brindar servicios a los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los empleados del gobierno federal; los institutos estatales de seguridad social, Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Marina (SM) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) otorgan servicios y prestaciones a los trabajadores de sus propias dependencias. Asimismo, el Seguro Popular, a cargo de la Secretaría de Salud, es el mecanismo utilizado por la población no derechohabiente para garantizarse el acceso a un conjunto de intervenciones médicas. Además de estas instituciones, existen aseguradoras privadas, planes de servicios médicos prepagados y servicios médicos gremiales entre muchos otros.



- Condición e institución de afiliación

La pregunta 2 del cuestionario, se diseñó para conocer el alcance de las instituciones de seguridad social y salud e identificar qué parte de la población cuenta con estos servicios y quiénes carecen de ellos.

Con relación a las encuestas anteriores, el diseño de la pregunta presenta un cambio en el fraseo. En 2000 y 2004 la pregunta inició con la frase “¿(NOMBRE) *tiene derecho* a servicios médicos o prestaciones...”, sin embargo el uso del término ‘derecho’, tenía algunas implicaciones conceptuales; por un lado, la palabra ‘derecho’ se asocia con el derecho humano de la protección a la salud y por otro, se relaciona estrechamente con la condición de derechohabiente que corresponde sólo a las instituciones de seguridad social. Asimismo, se observó que, en campo, los entrevistadores tendían a omitir el término ‘derecho’ aplicando un fraseo más sencillo y haciendo una alusión inmediata al Seguro Social, lo que permitía al informante construir el concepto exacto de la protección a través de la seguridad social. Por estas razones se decidió redactar la pregunta como: “¿(NOMBRE) tiene servicios médicos o prestaciones ... del IMSS?”, seguida de un listado de once opciones de respuesta donde se incorporó las instituciones más importantes de seguridad social y a los programas de protección social en salud. Los criterios para captar a la población afiliada en cada una de las instituciones fueron:

IMSS. En esta opción se exceptuaron a las personas que referían los servicios del IMSS Oportunidades ya que éstas forman parte de la población abierta; dicho programa pudo ser referido también como IMSS Solidaridad, debido a que fue renombrado en 2002 y la población puede identificarlo con la denominación anterior, la cual permaneció sin cambios durante 12 años consecutivos.

ISSSTE. A diferencia de las ENES de 1996 y 2000, esta categoría se presentó desagregada de los institutos de seguridad social estatales. La subrogación de servicios médicos que realiza esta institución, en algunos estados y municipios, puede generar dificultades para el levantamiento de los datos.

ISSSTE estatal (ISSSTEZAC, ISSEMYM, etc.). En esta categoría se incluyó a los trabajadores de los gobiernos de los estados, de los municipios y de otros organismos públicos, así como sus beneficiarios, que cuentan con el servicio médico que otorgan los gobiernos estatales. En cada entidad tienen un nombre distinto y se les conoce por sus siglas, por ejemplo, en el estado de México ISSEMyM, en el estado de Sonora ISSSTESON. Actualmente operan 29 institutos estatales de seguridad social, de los cuales 14 cuentan con hospitales y clínicas propias, la mayoría se ubican en las capitales de los estados y en los principales municipios.

Servicio médico de Pemex, Defensa o Marina. La cuarta categoría incluye a Pemex, a la Secretaría de la Defensa Nacional y a la Secretaría de Marina en una misma opción, debido a que la proporción de derechohabientes en estas tres instituciones es muy pequeña.

Seguro Popular. Por segunda ocasión en esta encuesta, se incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que opera a través del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación. El número de afiliados al Seguro Popular creció



rápida desde el inicio de su operación en 2004 y actualmente se reconoce como el programa de salud con mayor número de afiliados después del IMSS. El SPSS está dirigido a la atención de los estratos económicos menos favorecidos, esta característica debe tenerse presente durante el análisis de resultados, ya que la muestra de la ENESS se distribuye de manera aleatoria en todos los estratos, lo que puede incidir en el número de afiliados al SPSS captados en este evento estadístico. Uno de los criterios para su captación, fue el de evitar confundir a los usuarios de los servicios que presta la SSA que acuden de manera ocasional a los Centros de Salud u hospitales de la misma dependencia, con la población que afiliada en dicho Sistema.

Seguro o servicio médico pagado por el empleador. Es aquel por el cual una empresa o institución otorga a sus trabajadores los servicios médicos previstos en la Ley, previendo cualquier contingencia. En esta opción quedan considerados los seguros de gastos médicos mayores, los convenios realizados entre los empleadores y las empresas dedicadas a proveer servicios de salud para sus empleados como es el caso de los bancos, o bien cuando los servicios son otorgados dentro de la misma empresa.

Servicio médico privado adquirido. En esta categoría se incluyeron aquellas opciones de servicios médicos prepagados por los particulares, quienes adquieren el derecho al disfrute de un paquete determinado de servicios de salud. Los derechohabientes de los servicios médicos privados son diferentes de las personas recurrentes de manera ocasional a los servicios de salud.

Otra institución y no cuenta con ninguno. La categoría 'Otra institución' tuvo como finalidad captar otros programas de protección que no pudieron incorporarse por razones de espacio. La opción 'No cuenta con ninguno' está diseñada para captar a población sin protección en instituciones o programas de salud.

A diferencia de la ENESS 2004 que admitía hasta 3 instituciones como respuesta, la ENESS 2009 sólo admitió 2, esta modificación atendió al escaso número de personas que registraron triple afiliación en 2004, información que por razones estadísticas no era conveniente utilizar.

Los criterios básicos para la captación de la información fueron considerar como afiliado: a quien declarase tener una afiliación voluntaria en el IMSS, a quien señalase estar realizando los trámites de alta en alguna institución y a los estudiantes de nivel superior del Sistema Educativo Nacional, que así lo refirieran. No se consideraron como afiliados a las personas que 'tenían' IMSS Oportunidades y a quienes declaraba tener derecho a servicio médico únicamente en Estados Unidos u otro país. Cuando una persona declaraba tener servicios médicos o prestaciones en más de dos instituciones, sólo se registrarían aquellas donde tuviera más tiempo recibiendo servicios, en todo caso se privilegiaría a las instituciones de seguridad social.

Utilidad de la información y limitaciones

La información captada a través de la pregunta de condición e institución de derechohabencia proporcionará elementos para conocer la cobertura de los programas de seguridad social; conocer el perfil de la población derechohabiente por edad, sexo, hogar y nivel de ingresos, entre otros, así como su distribución por entidad federativa.



En el caso de las instituciones que subrogan servicios, el entrevistado pudo declarar como institución de afiliación a la que le presta el servicio, más no la institución que lo paga. Por razones estadísticas algunas instituciones aparecen agregadas, por lo que no podrá conocerse el número de afiliados. No fue posible captar la doble afiliación intrainstitucional.

- Tipo de afiliación

El acceso a las prestaciones y servicios que ofrecen los distintos esquemas de seguros, está en función del tipo de afiliación a las instituciones de seguridad social. En términos generales los seguros ofrecidos por éstas instituciones cubren contingencias y proporcionan servicios específicos para cada régimen, mediante prestaciones económicas y en especie, en las formas y condiciones establecidas por la ley. De esta manera, el tipo de afiliación permite conocer el número y tipo de prestaciones al que tiene derecho cada subgrupo de población.

En todos los esquemas de aseguramiento de entidades públicas o privadas, se diferencia entre titulares y beneficiarios, sin embargo la denominación de estas figuras no es igual en todas las instituciones. En el IMSS los titulares son identificados como 'asegurados', éstos pueden ser trabajadores o no; en el ISSSTE se les denomina 'trabajadores', y en el Seguro Popular 'cabezas de familia'. Por su parte, los beneficiarios son reconocidos con el mismo nombre o como 'familiares'. Para registrar a un familiar como beneficiario, las instituciones de seguridad social establecen algunos requisitos de parentesco, convivencia y dependencia económica, en términos generales sólo pueden afiliarse a los cónyuges o concubenarios, a los hijos que cubren los requisitos de edad, de estudio o discapacidad y a los padres de los titulares. A diferencia de las instituciones de seguridad social, el Seguro Popular permite afiliar a todas las personas que pertenezcan al grupo familiar sin importar el parentesco².

Esta pregunta se incorporó también en las ENESS de 1996, 2000 y 2004; se aplica a las personas que afirmaron estar afiliadas en alguna institución y se consideraron nueve alternativas de respuesta. Desde 1996 se han mantenido las mismas opciones a excepción de la de 'estudiante' que se incluyó en 2004, y 'Otro' que permitió captar a los afiliados del SPSS que no se identificaban con el resto de las categorías de respuesta, dicho sistema permite la afiliación de 'Otros' determinados por el Consejo de Salubridad General con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar³.

Cabe señalar que la categoría residual 'Otro' no tiene aplicación legal para el caso del IMSS⁴ o del ISSSTE⁵, ya que la normatividad para el registro de beneficiarios sólo admite hijos, padres o cónyuge del asegurado o titular.

² Ley General de Salud, artículo 77 Bis 7.

³ Idem, artículo 77 Bis 4.

⁴ Ley del Seguro Social, artículo 84

⁵ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, artículo 41.



La incorporación de esta pregunta tuvo como finalidad conocer la condición por la que el entrevistado(a) tiene derecho a recibir los servicios o prestaciones de las instituciones, planes o programas de seguridad social y protección social en salud.

Los términos utilizados en las nueve alternativas de respuesta se definieron de la manera más amplia posible, atendiendo a las similitudes que guardan las categorías, a pesar de referirse a distintas instituciones.

- Trabajador o asegurado titular. Aunque en su acepción más amplia, el término *asegurado* se aplica a todas aquellas personas que se encuentran bajo el amparo de un seguro, para efectos de esta encuesta, y de otros ordenamientos legales y administrativos, se considera como *asegurado* a la persona que se encuentra afiliada en algún plan, programa o institución de seguridad social y que ostenta la titularidad de los derechos que le confiere la Ley. Los pagos, cuotas, cotizaciones o contratos se realizan a su nombre y tiene la facultad de registrar a sus beneficiarios. Son sujetos de aseguramiento las personas vinculadas a otras por una relación laboral, los trabajadores independientes, los estudiantes universitarios, los miembros de las sociedades cooperativas y las personas que por su libre determinación adquieren un seguro con el fin de gozar de los servicios que brindan las instituciones de seguridad social con base en las leyes y reglamentos correspondientes. En esta categoría se incluyeron a los titulares del Seguro Popular que fueron inscritos en el padrón y que no refirieron haber realizado algún pago.
- Afiliado por cuenta propia. Esta categoría incluye a todas las personas que han adquirido un seguro de manera voluntaria, o han prepagado los servicios como es el caso del Seguro de Salud para la Familia que administra el IMSS. En esta categoría se incluyeron a los titulares del Seguro Popular que señalaron haber realizado algún pago para acceder al paquete de beneficios que ofrece este programa.
- Estudiante. Corresponde a las personas que se encuentran cursando algún grado en el nivel medio superior o superior dentro de las escuelas del Sistema Educativo Nacional y que están afiliadas al IMSS de acuerdo con el decreto presidencial del 10 de junio de 1987.
- Pensionado o jubilado. Comprende a las personas que disfrutan de una prestación en dinero otorgada por las instituciones de seguridad social pagada por éstas o a través de una aseguradora privada, al cumplir con los requisitos que fija la Ley, sus reglamentos y/o los contratos de adquisición.
- Cónyuge o pareja del asegurado. Se refiere al esposo o esposa del (la) asegurado(a), o bien a la persona con quien haya hecho vida marital o con quien haya procreado hijos, en los términos y condiciones establecidos por la ley.
- Hijo de asegurado. Comprende a los beneficiarios hijos del trabajador o asegurado titular que sean menores a la edad preestablecida en el marco legal de cada institución (entre los 16 y 18 años), a los que rebasen dicha edad siempre que continúen estudiando en los planteles del Sistema Educativo Nacional, o bien a los que tengan



alguna discapacidad que les impida mantenerse por su propio trabajo⁶. También se define como la persona con parentesco de consanguinidad o por adopción, respecto de quienes los engendraron o de quienes ejercen la tutela legal y que cumplen con los requisitos establecidos por la ley.

- Padre o madre de asegurado: Los padres de los trabajadores, titulares o asegurados. En el caso de las instituciones de seguridad se exigen ciertos requisitos de dependencia económica y convivencia, aunque para el Seguro Popular y los seguros privados, no aplican estas disposiciones.
- Por otra condición. En esta opción de respuesta se concentrarán todos los casos no previstos en la clasificación anterior, principalmente relacionados con el Seguro Popular.

Para captar la información se definieron como criterios: registrar por separado a los afiliados por su cuenta; diferenciar entre los hijos mayores de 16 años registrados como beneficiarios por sus padres y quienes están afiliados por parte del plantel donde se encuentran cursando el nivel medio superior o superior. Aunque el Seguro Médico para una Nueva Generación está dirigido a los niños nacidos del 1º de diciembre de 2006 hasta la fecha de la encuesta, deberían considerarse como titulares a los padres del menor (dando preferencia a la madre) o la persona que lo haya llevado a registrar, mientras que los menores, a quien se dirige el programa, quedarían como hijos beneficiarios del titular (padre o madre).

Utilidad de la información y limitaciones

La información brindará datos sobre la estructura demográfica y características socioeconómicas de los beneficiarios, además de proporcionar elementos para evaluar y complementar la información proveniente de registros administrativos; también permitirá conocer los casos en los que una misma persona se encuentre afiliada en más de una institución, con el mismo o distinto tipo de derechohabencia. Permitirá conocer el número de hogares con más de un titular, dicha información auxiliará en el análisis del coeficiente familiar utilizado para estimar a la población derechohabiente.

Los informantes pueden confundir a los “estudiantes” a que se refiere la categoría con aquellos jóvenes de entre 16 y 25 años que están afiliados como beneficiarios hijos por parte de sus padres, y por otra parte no se podrán conocer los casos en los que un mismo estudiante tenga una registro duplicado, por parte de la escuela y de sus padres. No será factible conocer el total de personas con doble afiliación en la misma institución, por ejemplo como estudiante y trabajador, como hijo de dos titulares, etc.

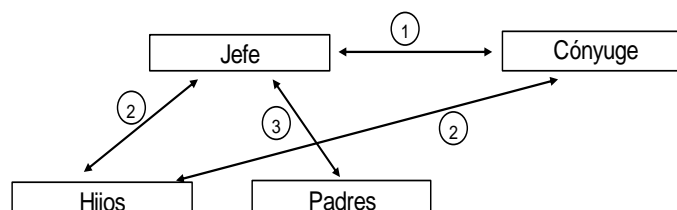
- Identificación de titulares y beneficiarios

Se sabe que los beneficiarios, se integran principalmente por cónyuges, hijos y padres de los titulares, esta información permitiría realizar estimaciones sobre el total de la población derechohabiente, sin embargo la existen duplicidades en la afiliación aún dentro de un mismo núcleo familiar. Las redes de afiliación dan lugar a duplicidades intra e inter

⁶ Ver: Ley del Seguro Social, art. 84 fracc. VII; Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, art. 6, fracc. XII inciso b ; Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, art. 37 fracc. 1.



institucionales; la doble o múltiple afiliación intrainstitucional ocurre cuando existen dos o más titulares en la familia, registrados en la misma institución, por ejemplo ambos cónyuges. La múltiple afiliación interinstitucional opera de manera similar aunque los titulares se encuentran registrados como tales en diferentes instituciones.



No existen registros administrativos de toda la población legal en las instituciones de seguridad social, por lo que el total de población afiliada se *estima* de diversas maneras. El método más utilizado para aproximar el total de población afiliada, consiste en aplicar un factor al total de titulares; dicho factor se aproxima al tamaño de las familias y es denominado como 'coeficiente familiar'. Este método es cuestionado en los casos de afiliación múltiple ya que puede generar sobreestimaciones.

Para tener información más precisa sobre las personas que afilian a los beneficiarios, se propuso la inclusión de una pregunta que permitiese ligar a los beneficiarios con algún miembro del hogar o bien con un familiar que viva fuera del hogar.

Para captar esta información se estableció que el número de renglón de la persona que registró al beneficiario, debería coincidir con la institución y tipo de afiliación declarados; en los casos de viudas y huérfanos en el Seguro Popular, el titular fue captado con el código correspondiente a los titulares que viven fuera del hogar.

Durante el levantamiento fue necesario incorporar un código extraordinario para captar a otro tipo de beneficiarios en el Seguro Popular.

Utilidad de la información y limitaciones

Esta información contribuirá a complementar la información sobre población afiliada, facilitando el análisis de la construcción de núcleos familiares.

El diseño de las preguntas no permitió captar dobles derechohabencias en una misma institución, por ejemplo: cuando una persona se declaró como beneficiaria esposa y también es trabajadora asegurada con diferentes números de afiliación, sólo se captó la afiliación como trabajadora.

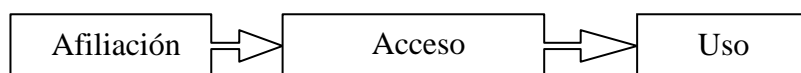
El número de renglón permite conocer el parentesco de la persona con el jefe del hogar, sin embargo en los hogares ampliados, quien registra al beneficiario (por ejemplo un nieto del jefe del hogar) es otro miembro del hogar (por ejemplo una hija del jefe) y no el cónyuge o el propio jefe.

- Uso de servicios de salud

El modelo de provisión de servicios de salud tiene entre sus principales componentes la afiliación y el uso de servicios de salud. Es a través de la "afiliación" a servicios de salud como se establece un 'contrato' o se adquiere una 'póliza' que obliga a una agencia,



pública o privada, a garantizar el acceso a los servicios de salud a fin de que la persona haga “uso” de éstos cuando así lo requiera.



La imbricada relación entre estos componentes genera en algunos casos confusión, por lo que es necesario revisar el modelo y aclarar las diferencias entre conceptos como uso, acceso y afiliación. El uso de servicios de salud está en función de la necesidad (real o sentida), la disponibilidad de los servicios, y de las posibilidades (o medios) de acceso. A su vez, el acceso está en función de otros factores como el precio e ingreso (asociado con las preferencias del usuario) las distancias geográficas, las costumbres, la edad o enfermedades preexistentes y otras. El precio de los servicios puede pagarse de dos formas: por anticipado o prepago, en el momento en el que se recibe, y puede elegirse no pagar o estar imposibilitado para hacerlo. El no pago puede derivarse de una preferencia en función del ingreso, la calidad de los servicios, la necesidad, real o sentida, u otros factores, en este caso el usuario puede recurrir al 'asistencialismo' público o privado, puede posponer su atención o no 'usar' los servicios de salud.

Un mecanismo de ‘acceso’ es el prepago, con el que se adquiere un seguro (público o privado) que se garantiza el acceso a un conjunto de servicios médicos. Estos seguros pueden pagarse o financiarse mediante gasto público, privado o bien por una mezcla de ambos como sucede con las instituciones de seguridad social o protección social en salud.

Modelo de provisión de servicios de salud



F. público, privado y mixto: Financiamiento público, privado y mixto

Fuente: INEGI. Diseño conceptual para el XIII Censo de Población y Vivienda, 2010

Instituciones y organismos como la Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han definido ‘uso’ y ‘acceso’ a servicios de salud de tal forma que se afirma su exclusión en términos conceptuales. El ‘acceso’ a servicios de salud se define como la



posibilidad de obtener atención cuando se necesita (OPS, 2007). La Secretaría de Salud (1994) se refiere a la accesibilidad a los servicios como la relación funcional entre el conjunto de obstáculos (resistencias) ante la búsqueda y obtención de la atención y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (poder de utilización). Así, el 'uso' de servicios de salud es definido como la utilización o consumo de bienes o servicios para la atención de una necesidad.

Por razones de espacio y presupuestales no fue posible incorporar en la ENESS 2009, un número suficiente de preguntas que permitieran caracterizar el uso de servicios de salud y sólo se incorporaron 3 preguntas relacionadas: Servicio médico al que acudió más frecuentemente la población durante el último año, nivel de atención al que acuden los usuarios del IMSS y gasto en salud realizado por la población que hizo uso de dichos servicios.

- Servicio de salud utilizado durante el último año

De acuerdo con los resultados del XII Censo, 96.4% de la población tenía acceso a servicios de salud tanto en el sector público como en el privado. La flexibilidad del sistema de salud permite a los usuarios acudir a las instancias que más se adecuen a sus necesidades; para las instituciones de seguridad social es importante conocer cuáles son las instituciones, servicios o prácticas a las que recurre la población derechohabiente con la finalidad de recuperar o preservar su salud.

Los resultados de la muestra censal del 2000 permiten observar que la población derechohabiente, a pesar de tener garantizado el acceso a dichos los servicios en sus propias instituciones, recurre a otras alternativas; diez de cada 100 derechohabientes del IMSS, declararon acudir al servicio médico privado cuando tienen problemas de salud, mientras que en el ISSSTE dicha proporción fue de casi el doble.

La ENESS 2009 incorporó la pregunta 5, con el objeto de conocer los servicios a los que recurrió la población en los últimos 12 meses; esta pregunta se aplicó a toda la población e incorporó 12 opciones de respuesta.

El uso de los servicios de salud, fue incorporado en las ENESS de 1996, 2000 y 2004, en dichos eventos se aplicaron dos preguntas, una con tres opciones de respuesta y con un periodo de referencia de 12 meses, donde se indagaba sobre los servicios médicos a los que había acudido la población; en la segunda pregunta, con una sola opción de respuesta, se solicitaba información sobre el servicio al que habían recurrido con mayor frecuencia. Para la ENESS 2009 se diseñó una pregunta que fusionó las dos preguntas aplicadas en las encuestas anteriores, en ésta se solicitaba información sobre los servicios médicos a los que había acudido más frecuentemente la persona, durante los últimos 12 meses. En este tipo de preguntas se ha observado que se obtiene un mayor número de respuestas afirmativas cuando no se establece ningún periodo de referencia, no obstante con la finalidad de mantener la comparabilidad con las ENESS precedentes, se optó por mantener el periodo 12 meses. Las opciones de respuesta correspondieron al IMSS; ISSSTE (federal); SSA; IMSS-Oportunidades; PEMEX, Defensa, o Marina; Institutos de Seguridad Social estatales, (ISSEMYM, ISSEG, u otro); seguro o servicio médico privado pagado por el empleador; servicio médico privado; servicios asistenciales privados (Cruz Roja, dispensario, etc.); curandero, yerbero o comadrona; automedicación o atención de un empleado de farmacia, y no acudió a ninguno.



Se definió como ‘Institución de salud’ al establecimiento, organismo o programa, dedicados a proporcionar servicios médicos en distintos niveles: prevención y tratamiento de enfermedades, hospitalización, intervenciones quirúrgicas u otro tipo de servicios de salud.

El criterio para el registro de respuestas fue que cuando el informante refiriera 2 o más servicios y entre éstos se encontrara el IMSS, éste debería registrarse en primer término.

Utilidad de la información y limitaciones

La información obtenida permitirá conocer cuáles son las instituciones o prácticas médicas a las que recurre con más frecuencia la población. Facilitará la construcción de indicadores sobre las preferencias y demanda de servicios, instituciones o prácticas entre los diferentes sectores de la población.

La observación sobre la frecuencia es perceptual y no se establece ninguna unidad de medida, por lo que “más frecuente” para una persona puede ser una vez en el año o 15 veces para otra en el mismo periodo.

- Tipo de unidad médica

De acuerdo con sus registros, en 2008 el IMSS otorgó 114 millones 844 mil consultas externas en todos sus niveles de atención⁷, lamentablemente estos registros no permiten conocer el número y características de las personas atendidas ya que una misma persona pudo acudir un número indefinido de veces a un mismo servicio o nivel de atención.

La ENESS 2009, al igual que todas las ENESS anteriores, incluyeron una pregunta sobre el nivel de atención al que acudieron los usuarios del IMSS durante los últimos 12 meses considerando cuatro opciones de respuesta relacionadas con los tres niveles de atención de los sistemas de salud. Con fines operativos, dichos niveles fueron identificados con los establecimientos de salud, reconociendo tres tipos principales:

Clínicas. Constituidas por las Unidades de Medicina Familiar, que otorgan servicios de salud integrales y continuos a la población y sus familias. Se le conoce también como servicios de primer nivel de atención.

Hospitales. Se refiere a las unidades que brindan apoyo mediante consultas externas, servicios de diagnóstico e intervenciones hospitalarias en especialidades básicas como: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría⁸. En dichos hospitales, también conocidos como de segundo nivel, se atiende a los pacientes remitidos por el primer nivel, que requieren procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación.

Centros Médicos. Establecimientos hospitalarios de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica y terapéutica. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel; corresponden a los servicios de tercer nivel de atención.

La última opción de respuesta correspondió a las personas que respondieron haber acudido a todos los niveles de atención.

⁷ Memoria Estadística del IMSS, 2008.

⁸ Ley General de Salud, art. 77 Bis.



El criterio básico para la captación de la información fue aplicar esta pregunta sólo a quienes indicaran haber recibido servicio médico en el IMSS.

Utilidad de la información y limitaciones

Se obtendrá información relativa al tipo de unidades en los que han recibido atención los distintos sectores de la población, lo que permitirá caracterizar a los usuarios.

Sólo se aplicó a los usuarios del IMSS; pudieron confundirse los hospitales generales de zona con los centros médicos.

- Gasto en servicios de salud

A pesar de los esfuerzos por universalizar la protección en salud, una proporción importante de la población aún no está protegida; de acuerdo con los cálculos de la Secretaría de Salud entre 2 y 3 millones de familias se empobrecen anualmente por tener que emplear más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos en salud. El gasto de bolsillo que se destina a la compra de medicamentos y consultas médicas afecta sobre todo a los hogares de más bajos ingresos (SSA, 2004). El reconocimiento de esta realidad obliga a investigar a cuánto asciende el gasto de las personas con y sin protección de los programas e instituciones de salud y seguridad social. Desde 1996 todas las ENESS incluyeron una pregunta respecto al gasto en salud con la finalidad de conocer el número y características de las personas que los realizan durante los tres meses previos a la entrevista.

Para esta pregunta se definió como *gasto en servicios de salud*, a la erogación monetaria hecha por los particulares para preservar o recuperar la salud.

Se instruyó a los entrevistadores a fin de que se captara cualquier cantidad señalada por el informante con un límite de hasta 998 mil pesos; también se incluyeron los gastos por uso de ambulancias, medicamentos recetados o no, pago de consultas, análisis clínicos, intervenciones quirúrgicas, tratamientos dentales, pagos a especialistas, compras de prótesis y lentes. No consideró el pago de primas por seguros médicos privados, ni los pagos al Seguro Popular.

Utilidad de la información y limitaciones

La información captada por esta pregunta permitirá establecer aproximaciones sobre el gasto realizado por la población y relacionarlo con sus características socioeconómicas y su condición de derechohabiente.

La reconstrucción del gasto total en salud para un lapso de 3 meses pudo representar problemas de recordación para el informante.

- Discapacidad

La discapacidad es un fenómeno multidimensional de difícil conceptualización dado que involucra aspectos biológicos y sociales. El reconocimiento de las dimensiones o perspectivas médica y social, ha dado origen a la realización de diversos esfuerzos para



integrar ambas visiones bajo un enfoque biosicosocial. En el plano médico-biológico, las deficiencias se definen como anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica o corporal) y se identifican en términos de pérdida de miembros o de sentidos, disfunciones o limitaciones de funciones; algunos ejemplos de deficiencia son ceguera, sordera, mudez, amputación de un miembro y retraso mental (OMS, 2008).

En el plano psico-social, la discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona y sus dimensiones individual y social. La discapacidad se define también como la exteriorización funcional de las deficiencias o limitaciones físicas o mentales que al relacionarse con el contexto social se reflejan en la funcionalidad del individuo y en su incorporación al entorno.

No obstante, captar todas las dimensiones de la discapacidad en un evento como la ENESS representa diversas dificultades conceptuales, metodológicas y presupuestales, por esta razón se tomó la decisión de captar deficiencias⁹, reconocidas por la población como discapacidades severas y permanentes.

En las encuestas precedentes, de 1996 a 2004, el tema de discapacidad se incorporó con el de incapacidades o licencias médicas generando algunas confusiones conceptuales. En la ENESS 2009, se incluyó una pregunta independiente que se aplicó a toda la población con el objeto de identificar a la población que por causa de nacimiento, enfermedad o accidente tenía alguna dificultad física o mental severa y permanente, que le generara discapacidad.

La pregunta ocho de la ENESS, se dirigió a captar a la población con discapacidad y consideró diez opciones de respuesta que se agruparon en cuatro tipos de discapacidad: visual, auditiva, motriz, y mental. Las discapacidades visuales incluyeron a las personas que perdieron en forma total la capacidad para ver con ambos ojos o que sólo veían sombras; las auditivas se refirieron a las personas con pérdida total de la capacidad para percibir mensajes verbales u otros mensajes audibles, así como a las que escuchaban sólo con aparato auditivo. En las discapacidades motrices se consideró a las personas cuya pérdida de la capacidad de movimiento, les impide el desplazamiento y equilibrio, afectando las extremidades inferiores y obligándolas a utilizar silla de ruedas, andadera o muletas, así como a quienes declararon tener problemas para mover brazos o manos. Finalmente, se registraron también a las personas que manifestaron tener algún problema para comprender debido a algún tipo de retraso mental, a quienes tenían limitaciones para aprender, conducirse o comportarse, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros individuos.

Para la incorporación de esta variable se definió como discapacidad a la limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental. Las

⁹ Deficiencia: hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica o corporal). Ver: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF <http://www.who.int/classifications/icf/en/>



discapacidades permanentes son las que perduran en el tiempo, y que pueden obligar a la utilización de prótesis, ayudas funcionales o toma de medicamentos para disminuir sus síntomas o consecuencias.

Utilidad de la información y limitaciones

La información permitirá conocer la prevalencia de discapacidades severas y permanentes así como caracterizar a dicha población.

La captación correspondió a deficiencias más que a discapacidades. No se incluyeron las discapacidades del lenguaje como la mudez. Pudo existir confusión en la declaración de discapacidades mentales.

3.2 Cotizaciones a la seguridad social

Los seguros sociales se financian a través de las aportaciones que realizan los trabajadores, los patrones o dependencias y del Estado. Los montos de las aportaciones están en función del ingreso del trabajador y se definen, según la legislación de cada institución, como porcentajes de dicho ingreso. En el ISSSTE, las cuotas y aportaciones suman una proporción cercana al 30 por ciento del llamado 'salario base' en el que no están consideradas prestaciones y compensaciones. En el caso del IMSS, las cuotas patronales y cotizaciones se establecen con relación al 'salario base de cotización'¹⁰ que se integra con los pagos hechos en efectivo, cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo, con excepción de los conceptos previstos en el artículo 27 de la Ley del Seguro Social. Para la determinación de las cuotas en el IMSS, también se considera la siniestralidad de la empresa¹¹. De manera similar el resto de las instituciones de seguridad social establecen reglas para determinar los precios de las primas, cuotas, aportaciones y/o cotizaciones.

Por otra parte, el número y monto de las cotizaciones son determinantes para la obtención diversas prestaciones, principalmente económicas, como incapacidades o licencias médicas, pensiones y jubilaciones. Por ejemplo, para acceder a servicios y subsidios por maternidad la Ley del Seguro Social exige que la mujer tenga por lo menos 30 semanas cotizadas antes de la fecha probable de parto¹²; para obtener una pensión por retiro se exigen 1250 semanas de cotización y para disfrutar de una incapacidad por una enfermedad no profesional, el asegurado debe tener cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad¹³. El ISSSTE opera de manera similar aunque las cotizaciones –cuotas y aportaciones– se cuentan en 'meses y años de trabajo', así, para tener derecho a una pensión por jubilación, el ISSSTE exige a los trabajadores del Estado que cumplan con 28 o 30 años de servicio.

Entre los motivos que dieron origen a la inclusión de este tema en la ENESS, estaban el de aproximar la densidad de cotización y caracterizar a la población que alcanza o no a cubrir los periodos establecidos por la ley. Los análisis sobre densidad de cotización han permitido realizar estudios prospectivos para conocer el número de personas que podrán

¹⁰ Ley del Seguro Social art. 5A, fracción XVIII.

¹¹ Idem, artículo 72

¹² Idem, artículos 101 y 102.

¹³ Idem, artículo 97



disfrutar o no de una pensión, especialmente en un mercado laboral donde la población transita constantemente entre sector estructurado, el no estructurado y la inactividad.

El tema de cotizaciones se integra por cuatro preguntas dirigidas a conocer la condición e institución de cotización actual, de cotización anterior, de tiempo de cotización y el último año de cotización.

- Condición de cotización actual e institución.

La integración de las preguntas 9 y 12 en el cuestionario de la ENESS 2009 permitirán conocer el número de personas que durante el levantamiento se encontraban o no cotizando en alguna institución de seguridad social y el tiempo durante el que lo han hecho.

Para el diseño de esta batería se utilizó el término 'cotización' ya es ampliamente comprendido por la población, incluso entre las personas que realizan pagos, aportaciones o cuotas en otras instituciones de seguridad social.

La pregunta correspondiente a la condición e institución de cotización incluyó en su diseño cinco tipos de instituciones y se permitieron hasta dos respuestas para diferentes instituciones, por aquellas personas que tenían 2 empleos o alguna forma de cotizar dos instituciones distintas. La pregunta sobre tiempo de cotización, complementa la primera y recoge información en meses y años.

La ENESS 2004 fue la primera en incorporar el tema de cotizaciones, en dicha versión se utilizó el término 'contribución' en lugar de 'cotización', se solicitó información sólo para los cotizantes del IMSS y se registró información hasta por semanas de cotización. En la ENESS 2009 se utilizó el término cotización, se abrió la posibilidad a registrar cotizantes en todas las instituciones de seguridad social y se registró información para meses y años.

Se definió como cotizaciones a las aportaciones o contribuciones realizadas por los trabajadores y patrones de acuerdo con su salario, destinadas al financiamiento de los seguros, prestaciones y acciones de las instituciones de seguridad social (IMSS, 1998).

Los criterios básicos para la captación de la información fueron: aplicar para todas las personas de 14 años y mayores; solicitar al informante adecuado que tratara de reconstruir los periodos de cotización considerando los empleos anteriores, en los que hubiese estado afiliado como trabajador, asegurado o titular; cuando la persona refiriese cotizar en más de dos instituciones, preguntar por aquellas donde lo haya hecho por más tiempo. Asimismo, se solicitó al entrevistador que auxiliara al informante para recordar el tiempo de cotización, haciendo referencia a algunos periodos de vida como su soltería, el nacimiento de sus hijos, etcétera.

Utilidad de la información y limitaciones

Se obtendrán datos respecto a las principales características socioeconómicas y laborales de las personas que cotizan o contribuyen en las distintas instituciones de seguridad social, así como de quienes no lo hacen.



La información captada proporcionará elementos para estimar el tiempo durante el cual realizaron cotizaciones los trabajadores para establecer una aproximación al número de personas que se encontraban afiliadas antes y después de las reformas al Seguro Social.

La respuesta implica la reconstrucción de periodos de cotización por parte de los entrevistados, que no siempre son los informantes directos. El análisis de los resultados deberá considerar que las respuestas responden a la percepción de un informante adecuado.

Es importante señalar que el término ‘cotizante’ en la ENESS, tiene algunas diferencias conceptuales respecto al utilizado en las oficinas estadísticas del IMSS, donde un mismo trabajador puede contarse como dos cotizantes o más, según el número de empleos donde aparezca registrado con diferente patrón.

- Población que alguna vez cotizó

El constante tránsito de la población ocupada entre los sectores estructurado y no estructurado y de estos a la desocupación o inactividad, genera la acumulación periodos de cotización de diversa magnitud. Antes de las reformas a los sistemas de pensiones, existían restricciones legales que impedían a las personas recuperar las cotizaciones o aportaciones realizadas, a menos que cumplieran con algunos requisitos de continuación en sus contribuciones. En otros casos, las personas que cotizaron por periodos cortos abandonaban o perdían sus cotizaciones por no haber tomado medidas para recobrarlas o bien, por considerar más costoso el trámite para su recuperación, que la utilidad que éstas podrían ofrecerles.

La acumulación de periodos de cotización permite aspirar al disfrute de distintas prestaciones económicas entre las que destacan las pensiones. La consolidación de los regímenes de capitalización individual ha fortalecido la tendencia a construir un Sistema Nacional de Pensiones (PEF, 2007), que integre un esquema de portabilidad de derechos y recursos; esta pretensión, obliga la realización de análisis sobre la población que contribuye o cotiza en las diferentes instituciones de seguridad social.

Las preguntas 10, 11 y 12 de la ENESS 2009, se aplicaron a las personas que no se encontraban cotizando durante el levantamiento, pero que lo habían hecho con anterioridad; de esta forma se conocerán las instituciones donde lo hicieron, el tiempo de cotización medido en meses y años, así como el último año en el que realizaron dichas aportaciones.

Este tema tiene su antecedente en la ENESS 2004, pero a diferencia de la encuesta anterior donde sólo se captó información sobre los cotizantes del IMSS, en la versión de 2009 se incluyen a todos los seguros sociales.

Las preguntas sobre cotizaciones anteriores se aplicaron a la población de 14 años y más, estableciendo los siguientes criterios: solicitar al informante que tratara de reconstruir los periodos de cotización considerando los empleos en los que se hubiese afiliado como trabajador, asegurado o titular; cuando la persona refiriese haber cotizado en más de dos instituciones, se deberían registrar aquellas dos, donde lo hizo por más tiempo. El último año de cotización referido por el informante, no podría ser menor a la fecha en la que la persona cumplió 14 años ni anterior a 1944. Asimismo, se recomendó a los entrevistadores que auxiliaran al informante para recordar o reconstruir sus periodos de cotización.



Utilidad de la información y limitaciones

La información captada proporcionará elementos para estimar el tiempo durante el cual realizaron cotizaciones los trabajadores y la fecha en la que dejaron de cotizar.

No es posible sumar cotizaciones actuales y anteriores debido al diseño de las preguntas. Para reconstruir periodos completos de cotización, sumables a las cotizaciones actuales, sería necesario realizar una batería más extensa de preguntas que permitiese reconstruir trayectorias laborales asociadas a la cotización.

La respuesta no siempre es proporcionada por el informante directo y la reconstrucción de los periodos de cotización atiende a la memoria y percepción temporal de un informante adecuado.

3.3. Pensiones

Las pensiones son mecanismos de protección destinadas a asegurar el ingreso del trabajador y de sus dependientes económicos, durante la vejez, invalidez¹⁴ o la muerte. En todos esos casos existe el riesgo de la reducción o cese de ingresos; la edad avanzada representa el riesgo de que el individuo se encuentre fuera del mercado laboral con bajas posibilidades de ser empleado. En los casos de muerte prematura, el principal problema se plantea para los dependientes económicos que, ante la desaparición de su fuente de ingresos, tienen que enfrentar los gastos cotidianos y extraordinarios. Finalmente, la invalidez, especialmente la total, originada por un accidente o enfermedad, presentaría para la persona el problema de la pérdida de empleo y en consecuencia, de su fuente de ingresos.

A lo largo del tiempo se ha observado que un número importante de personas no tienen la capacidad de acumular recursos o adquirir algún seguro que les permita protegerse contra dichos riesgos, ya sea porque no existen suficientes mercados de seguros, o porque el acceso a éstos se encuentra restringido. Esta situación conduce a una reducción en el bienestar de los individuos, las familias y de la sociedad en general, por los efectos nocivos de aumentar la proporción de población que se ubica por debajo de las líneas de pobreza (Solís y Villagómez, 1999). Estos riesgos generan que el Estado establezca mecanismos de previsión, donde se obliga al individuo a realizar un ahorro o contribución para acceder a programas o planes de pensiones; los ahorros y/o contribuciones de los trabajadores permiten construir importantes fondos que reducen el riesgo moral y minimizan los efectos de la selección adversa¹⁵.

En nuestro país coexisten diversos planes de pensiones los cuales pueden clasificarse por el tipo de contribuciones o beneficios, el financiamiento y el sector que los ofrezca o administre. Atendiendo al tipo de contribuciones o beneficios, existen dos tipos de planes

¹⁴ Causada por enfermedades o accidentes relacionados o no con su actividad laboral.

¹⁵ Se denomina 'riesgo moral' al riesgo en el que incurren las instituciones de seguros ante la posibilidad de que el individuo cambie su comportamiento al saberse protegido y sea menos cuidadoso para prevenir siniestros. La 'selección adversa' se refiere a la falta de información de las instituciones de seguros respecto a las personas que protegen, ya que algunos individuos tienen mayores posibilidades de enfrentar siniestros que otras y el asegurador no sabe cuál es la posibilidad de cada individuo; el individuo de alto riesgo tiene incentivos para ocultar dicha información al asegurador.



de pensión, las de 'beneficio definido' y las de 'contribución definida'; en las primeras se especifica el monto del beneficio al que tendrá derecho el asegurado en el momento de su retiro, dicho monto estará en función del cumplimiento de un tiempo o número determinado de contribuciones y del salario percibido por el trabajador durante un periodo establecido o durante toda su vida laboral. En las de 'contribución definida', se especifica el monto de las contribuciones, pero no el de los beneficios ya que estos dependerán de la acumulación de contribuciones y de su capitalización; en muchos casos estos planes de pensión incluyen la garantía de una 'pensión mínima'.

Si se considera el tipo de financiamiento, se distinguen también dos tipos de planes pensionarios, los de reparto y los de capitalización individual. En los de reparto las contribuciones son enviadas a un fondo común que se utiliza para pagar las pensiones; en este sistema las contribuciones de los trabajadores activos permiten pagar las pensiones de los inactivos. En los planes de capitalización individual, las contribuciones se acumulan en un fondo de reserva que es invertido en diversos instrumentos de mercado, sumando los rendimientos a los montos que serán pagados a los pensionados.

Al clasificar los planes de pensiones con base en el sector institucional que los administra, se distinguen también dos tipos, los planes privados y los planes públicos; los primeros son ofrecidos por el sector asegurador, éstos son voluntarios, los beneficios dependen de las contribuciones y son totalmente capitalizables. Los planes públicos son creados por el Estado, su administración puede estar a cargo de agencias gubernamentales o privadas, generalmente son obligatorios y pueden ser de reparto o de capitalización, total o parcialmente (Solís y Villagómez, 1999).

Para acceder a una pensión debe cumplirse con diversos requisitos como un periodo mínimo de cotizaciones o contribuciones, un ingreso pensionable – denominado también como salario base para el cálculo de beneficios–, cumplir con una edad de retiro o incurrir en alguno de los riesgos preestablecidos. Los preceptos legales donde se fundamentan las pensiones se encuentran en las Leyes Federal del Trabajo, la del Seguro Social, la Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y en la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, entre otras federales y locales.

Las pensiones son una parte importante de la agenda nacional. El segundo eje rector del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, en su objetivo número 3, hace referencia al Sistema Nacional de Pensiones, y establece que “en materia de pensiones y seguridad social es necesario incrementar la cobertura y crear un sistema más equitativo [que tienda a] unificar los más de 70 esquemas de pensiones [de reparto y capitalización] que operan actualmente y reforzar el Sistema de Ahorro para el Retiro, favoreciendo su reformas hacia sistemas de capitalización individual” (PEF, 2007).

La información sobre población pensionada y pensionable proviene de encuestas y registros administrativos. La información de registros administrativos es generada por cada institución; lamentablemente no se cuenta con un organismo que unifique la información, por lo que es difícil conocer el monto exacto de la población pensionada, reportada por dichos registros, en más de 70 esquemas públicos (PEF, 2007) y un número no definido de planes privados de pensiones. De acuerdo con los resultados de la ENESS 2004, 12 de cada 100 personas de 14 años y más se encontraban cotizando en el IMSS y 41 de cada 100 personas, de 60 años y más, contaba con algún tipo de pensión.



Al igual que en las ENESS anteriores, la versión de 2009 incluye una batería con cuatro preguntas para conocer el número de pensionados, las instituciones que otorgan la pensión, el tipo de pensión, tiempo de disfrute y monto mensual de las mismas.

- Condición de pensionado e institución que administra la pensión

En nuestro país aún es muy grande el número de personas que al culminar su vida productiva carecen de la protección económica que brindan las pensiones; lo anterior puede explicarse por el diseño del sistema pensionario, los cambios demográficos, la tardía inserción de las mujeres al mercado de trabajo y por el crecimiento del sector informal entre otros factores.

Aunque las reformas a la seguridad social han dado lugar a un amplio abanico de administradoras de fondos de pensiones, todavía ocupan un lugar preponderante el IMSS y el ISSSTE, dada su responsabilidad en la operación de más de 2 millones de pensiones.

Las aseguradoras privadas son responsables de cumplir con sus propios compromisos en cuanto al pago de pólizas adquiridas directamente por sus clientes y desde 1997, administran pensiones otorgadas a los beneficiarios de los asegurados cuando, con los recursos ahorrados en sus planes pensionarios, compran seguros de vida para adquirir pensiones para sus sobrevivientes.

La estructura legal y administrativa asociada a las pensiones obliga a realizar un número determinado de aportaciones y a cumplir con una edad específica para que las personas puedan acceder a una pensión. En el caso del IMSS, coexisten los regímenes asociados a las leyes 1973 y 1997; el primero corresponde a un sistema de reparto y el segundo a uno de capitalización. La ley de 1973 requería un mínimo 500 cotizaciones, equivalentes a 9 años y medio de cotizaciones, combinada con un mínimo de 65 años de edad. La Ley de 1997 exige el cumplimiento de 1250 semanas de cotización, es decir, 24 años de aportaciones a la seguridad social y 65 años de edad. El ISSSTE enfrenta una situación similar ya que también administra dos sistemas pensionarios, uno de reparto y otro de capitalización; el segundo tiene vigencia desde las modificaciones a la Ley del ISSSTE de abril de 2007, mientras que el sistema de reparto opera bajo términos de transición, en un esquema parecido al de la Ley de 1983, pero en el que se modifican las edades y tiempos de cotización.

Además de estas instituciones, los Institutos de Seguridad Social de los Gobiernos de los Estados, las Universidades, y algunos regímenes especiales derivados de contratos colectivos, enfrentan procesos de transición que complejizan y dificultan la obtención y el análisis de la información, independientemente del tipo de fuente de que se trate.

Aunque todos estos elementos fueron considerados en el diseño de la pregunta sobre condición de pensionado e institución que otorga la pensión, ésta se planteó de manera sencilla, haciendo alusión a las principales instituciones de seguridad social. La pregunta permitió hasta dos opciones de respuesta por aquellas personas que percibían más de una pensión; las categorías de respuesta incluían al IMSS, ISSSTE, PEMEX o ISSSFAM, Institutos estatales de seguridad social, Universidades y otros, así como planes privados de pensiones.



Se definió como población pensionada, a las personas físicas que disfrutaran de una pensión otorgada por las instituciones de seguridad social o por una aseguradora privada, al cumplir con los requisitos que fija la Ley, sus reglamentos y/o los contratos de adquisición.

Entre los criterios para el levantamiento de la información se estableció que cuando la persona refiriese tener más de una pensión, se preguntara por la de mayor monto, con la finalidad de ubicarla en primer término. No se deberían registrar como pensiones los apoyos económicos a proporcionados por instituciones federales o locales a los adultos mayores, madres solteras, estudiantes u otros. Cuando la persona declarase tener dos pensiones en la misma institución, por ejemplo una pensión por retiro y otra por viudez, se debería anotar el código de dicha institución dos veces, aunque en las respuestas subsecuentes se haría referencia sólo a la de mayor monto.

Utilidad de la información y limitaciones

Los datos sobre la condición de pensionado, permitirán profundizar en el conocimiento relativo a las características socioeconómicas y demográficas de esta población.

El pago de las pensiones que se realiza a través de bancos o aseguradoras no forma parte de las categorías de respuesta, por lo que algunas respuestas sobre pensiones a sobrevivientes administradas por el IMSS, que son pagadas por instituciones financieras, pudieron captarse en otra categoría.

- Tipo de pensión

La estructura de los seguros sociales en nuestro país, propició el surgimiento y consolidación de diversos planes y programas de pensiones que, aunque comparten los principios de protección, presentan importantes diferencias en cuanto a los requisitos para su obtención, prestaciones, servicios y denominaciones.

De acuerdo con su tipo, las pensiones se pueden clasificar en directas y derivadas. Las directas son las que se otorgan 'directamente' al asegurado en caso de accidentes y enfermedades (laborales o no laborales) o por haber cumplido con los tiempos de cotización y/o edad para acceder a una pensión por 'retiro' o 'cesantía en edad avanzada'. Las pensiones derivadas, son las que se otorgan a los beneficiarios del titular cuando éste fallece, y pueden ser por viudez, orfandad y ascendencia.

Los términos utilizados para denominar a las pensiones pueden variar de una institución a otra aún cuando se ejerzan por la misma causa. Por ejemplo, un militar puede declarar que percibe 'haber de retiro' (ISSFAM, 2003) en lugar de una 'pensión por retiro' ya que las 'pensiones'; en el caso de las fuerzas armadas, sólo corresponden a los beneficiarios cuando fallece el titular. Otro caso se presenta con los términos 'jubilación' y 'pensión', las primeras¹⁶ atienden a los compromisos establecidos en Contratos Colectivos de Trabajo, o en regímenes especiales donde se permite a los trabajadores 'jubilarse' al cumplir un mínimo de tiempo laboral, sin importar la edad. Aunque la población utiliza dichos términos como sinónimos, presentan algunas diferencias conceptuales que se deben considerar.

¹⁶ Ver: Ley del ISSSTE (2007), art. Décimo Transitorio donde hace referencia a las 'Pensiones por jubilación'.



La pregunta sobre tipo de pensión obligó a revisar el diseño de preguntas similares en las anteriores ENESS y evaluar la pertinencia de las opciones de respuesta para todas las instituciones de seguridad social. Por ejemplo, las categorías de respuesta en la ENESS 2004, incorporaban las pensiones por 'retiro o vejez', 'cesantía', 'incapacidad laboral', 'invalidez', 'viudez', 'orfandad' y 'ascendencia'; aunque se explicó a los entrevistadores a qué se referían cada una de estas pensiones y sus conceptos quedaron expresos en el instructivo para llenar el cuestionario, se reconoció que los términos eran muy técnicos y aplicaban principalmente a las pensiones otorgadas por el IMSS. Esta revisión condujo a proponer una nueva clasificación en la que se integraron las siguientes opciones de respuesta: retiro o vejez; accidente o enfermedad de trabajo; enfermedad o accidente *sin relación* con su trabajo; jubilación; viudez; orfandad y fallecimiento de un hijo (ascendencia). Los términos propuestos para la versión 2009 de la ENESS son compatibles con casi todos los esquemas de pensiones de las instituciones de seguridad social.

Como criterios de levantamiento se establecieron: considerar únicamente las pensiones otorgadas a los trabajadores o a sus familiares por parte de las instituciones de seguridad social o por planes privados de pensiones; excluir las pensiones por divorcio, alimenticias, derivadas del concubinato o cualquier otra situación similar; excluir programas de protección social o de apoyo económico. En caso de que la persona reciba más de una pensión sólo se hará referencia a la de mayor monto.

Utilidad de la información y limitaciones

La información permitirá caracterizar a la población según el tipo de pensión que le fue otorgada, así como obtener datos sobre duración y monto de la pensión.

El informante puede desconocer el origen o confundir los diferentes tipos de pensión. La categoría 'jubilación' pueden generar un sobre-registro por su similitud el término 'pensión' así como con las pensiones por 'retiro o vejez'.

- Tiempo de disfrute y monto de la pensión

El tiempo de disfrute de una pensión está relacionado con el tipo de pensión, la edad del pensionado, la esperanza de vida, y otros factores. Uno de los motivos para las reformas a los seguros sociales lo constituyó el tiempo de pago de las pensiones (IMSS, 1995), el cual se alargó debido a la transición demográfica y epidemiológica que enfrenta la población. La información relativa a la sobrevivencia a partir del otorgamiento de la pensión es de gran importancia para evaluar la factibilidad de los programas pensionarios.

Los montos de las pensiones se establecen a partir del tipo de pensión, el número de cotizaciones y el salario base de cotización; los montos pueden incrementarse con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor, el incremento a los salarios mínimos, la inflación u otros parámetros económicos que están definidos en el marco legal de los distintos esquemas de pensiones.

En la ENESS 2009 se integraron dos preguntas con la finalidad de conocer el tiempo que las personas han disfrutado la pensión, desde el momento de su obtención hasta la fecha, así como el monto de la misma. El tiempo se registra en años completos y el monto de la pensión se queda abierto para cualquier cantidad menor a 999 mil pesos.



El criterio básico para la captación de la información fue anotar la información referida a la pensión de mayor monto cuando la persona haya declarado contar con más de una pensión.

Utilidad de la información y limitaciones

Los resultados permitirán conocer el tiempo de disfrute y establecer relaciones con las características socioeconómicas de los pensionados así como realizar diversos análisis respecto a la situación socioeconómica de la población pensionada.

Las preguntas dirigidas a conocer aspectos económicos de la población, en especial los ingresos presentan dificultades para su respuesta, por lo que se establece un código especial para aquellas personas que no saben o no quieren responder.

3.4. Incapacidades laborales

El desarrollo de la seguridad social se relaciona estrechamente con el proceso de industrialización que se consolidó durante el siglo XIX, donde los trabajadores empezaron a depender de los pagos regulares o salarios para obtener alimentos, refugio y vestido. Los trabajadores y los gobiernos se organizaron para enfrentar las dificultades de quienes perdían sus ingresos a causa de enfermedades o accidentes laborales, dando lugar a un marco legal que reconoció al trabajo como un derecho y un deber sociales¹⁷, que exigía respeto para las libertades y dignidad de quien lo prestase debiendo efectuarse en condiciones que asegurasen la vida y la salud para el trabajador.

El análisis de las condiciones en las que se desarrollaba el trabajo permitió reconocer la existencia de riesgos físicos, químicos, biológicos y mecánicos además de factores psicosociales como monotonía, altos ritmos, supervisión estricta y otros que ponían en peligro la integridad de los trabajadores.

El reconocimiento de los riesgos de trabajo dio origen a la medicina laboral que basó su operación en dos grandes vertientes: la prevención y la atención o curación. La parte preventiva fue asumida por los ministerios del trabajo, seguros sociales y sindicatos donde se formularon normas de prevención y se crearon áreas para vigilar su observancia. En nuestro país se reconocen figuras como ‘inspectores laborales’, ‘auditores patronales’ y delegados o comisionados en las áreas de ‘seguridad e higiene’. Los aspectos curativos fueron atendidos por médicos especialistas en enfermedades y accidentes profesionales, que actualmente forman parte de los seguros sociales, empresas, sindicatos y aseguradoras privadas.

Los avances en la medicina del trabajo permitieron conocer la forma, ventajas y limitaciones, en las que se desempeñaban los trabajadores en algunos sectores, ramas y ocupaciones, lo que permitió establecer condiciones de trabajo diferenciadas y acordes con el desgaste y la exposición al riesgo, por ejemplo, se reconoció la necesidad de incrementar el número de periodos vacacionales de los trabajadores expuestos a radiaciones o de quienes trabajaban con niños; otorgar prejubilaciones a los trabajadores de la industria eléctrica y a los militares; reducir las jornadas laborales de los trabajadores metalúrgicos (Laurell y Noriega, 1989) y de los petroleros asignados en plataformas

¹⁷ Art. 3, Ley Federal del Trabajo.



marinas, entre muchas otras. Así, se reconoció no sólo la existencia de accidentes laborales, sino también de enfermedades asociadas al trabajo; la normatividad vigente establece diferenciaciones entre riesgos, accidentes y enfermedades laborales. La Ley Federal del Trabajo establece que los *riesgos de trabajos son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo*. Este mismo ordenamiento define a los accidentes de trabajo como “*toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste*”, excluyendo a los accidentes que se produzcan cuando el trabajador se traslade directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél. A su vez, las enfermedades de trabajo se definen como “*todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios*”. Las enfermedades laborales están definidas en el artículo 513 de la LFT. Para que una enfermedad o accidente de trabajo sean calificados como riesgos de trabajo, deben pasar por un proceso de dictaminación que es realizado por las áreas de medicina laboral de las instituciones de seguridad social. Los riesgos de trabajo pueden producir incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total o la muerte del trabajador.

A pesar de la obligatoriedad de proteger a los trabajadores ante los riesgos laborales, las transformaciones observadas en el mercado laboral han generado que una proporción importante de la población ocupada se encuentre desprotegida, por lo que la información sobre riesgos de trabajo es parcial y sólo corresponde a los trabajadores asalariados con seguridad social. Al respecto, Mariano Noriega (1997) afirma que no se puede precisar que tantos accidentes de trabajo ocurren en México, debido principalmente a problemas de registro, ocultamiento, falta de atención y al crecimiento acelerado del sector informal que encubre, por un lado los formas de trabajo desprotegidas y por otra el creciente subempleo y desempleo que deben significar actividades de sobrevivencia en trabajos precarios y peligrosos. Por otro lado están los trabajadores que son contratados por empresas formales pero no son dados de alta en el régimen de seguridad social y también se quedan fuera del registro aquellos accidentes de trabajadores que, estando protegidos formalmente por las instituciones de seguridad social, no reportan los daños por presiones de las empresas que disminuyen así sus indicadores de siniestralidad (Noriega, Villegas y Cuellar, 1997).

La Organización Internacional del Trabajo estima que anualmente se producen 2.2 millones de muertes relacionadas con el trabajo de las cuales, aproximadamente el 80 por ciento, podrían evitarse si se utilizaran mejores prácticas para la prevención de accidentes. Por otra parte, la falta de mecanismos fiables de notificación y registro constituye un importante obstáculo para conocer el número real de muertes y lesiones relacionadas con el trabajo en todo el mundo, lo que impide adoptar medidas preventivas a nivel nacional y de las empresas (OIT, 2009).

La Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social de 2009, introdujo por primera vez una batería con cinco preguntas sobre incapacidades laborales, donde además se indagó acerca de las enfermedades y accidentes no laborales así como de la atención y ausencias en el trabajo relacionadas con la maternidad.



- Incapacidades y ausencia laboral por riesgos de trabajo y enfermedades generales

Las preguntas 17, 19 y 21 de la ENESS se diseñaron con la finalidad de conocer el acceso de las personas a licencias o incapacidades laborales ante contingencias como enfermedades y accidentes relacionados o no con su actividad laboral. Las preguntas se dirigieron a la población de 14 años y más que, de acuerdo con el criterio del informante, hubiese trabajado durante el año inmediato anterior al levantamiento de la encuesta.

Esta sección inicia con la pregunta 17 con la que se consultó al informante si, en el periodo de referencia tuvo que atenderse por una enfermedad relacionada con su trabajo. Con esta pregunta y opción de respuesta, se esperaba obtener una respuesta espontánea del informante sobre la condición de 'trabajador' o 'no trabajador' de la persona por la que se preguntaba, cuando el informante señalaba que la persona 'no había trabajado' en dicho periodo, se aplicaba la siguiente batería de preguntas con base en la edad de la persona.

Se establecieron 8 opciones de respuesta que fueron ordenadas a partir de las enfermedades laborales, las no laborales, los accidentes ocurridos en el lugar de trabajo, accidentes en trayecto y accidentes no laborales. Las tres opciones restantes permitieron captar a la población que no trabajó en el periodo de referencia, a la que señaló no haber tenido que atenderse, así como a los casos en los que el informante no pudo o no supo responder. Ante cualquier respuesta positiva, se aplicó la pregunta 18 para conocer el número de días que la persona había dejado de laborar por la causa declarada. Las opciones de respuesta de la pregunta 18 fueron: número de días, éstos podían ir de ninguno, hasta 365; un código especial para las personas que, independientemente del número de días de ausencia, no hubiesen regresado a trabajar desde la contingencia declarada en la pregunta 17; la última opción permitía recuperar los casos en los que el informante ignoraba el número de días de ausencia laboral de la persona. A todas las personas a las que se les aplicó la pregunta 18, se les aplicó la pregunta 19 para saber si habían contado o no con un certificado de incapacidad o licencia médica.

Para la aplicación de estas preguntas se establecieron algunos criterios: dado que la pregunta sólo permitió captar un evento (enfermedad o accidente), cuando el informante refiriera más de uno se debería anotar el que hubiese afectado durante más tiempo las actividades de la persona; en los casos en los que la persona se encontrara atravesando por un periodo de incapacidad o licencia médica, se deberían registrar los días que dejó de laborar hasta el día de la entrevista, por ejemplo, en una fractura, que protege a la persona por 30 días y hasta el día de la entrevista sólo había disfrutado de cinco, se registrarían sólo esos cinco días; se consideró la posibilidad de encontrar casos en los que la persona tuviese una incapacidad o licencia por cualquier número de días, sin que se hubiera ausentado de su trabajo.

- Incapacidades y ausencia laboral por causas relacionadas con la maternidad

La incorporación de las mujeres a la vida laboral condujo a establecer previsiones para la maternidad. Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural, los cambios físicos y sociales que enfrentan las mujeres, las exponen a diversas situaciones de riesgo, por esta razón la maternidad es reconocida como una contingencia que obliga a proteger la salud, el empleo y el ingreso de las madres trabajadoras. En el Convenio 183 de la Organización



Internacional del Trabajo¹⁸ se establecen acuerdos y recomendaciones para proteger la maternidad, entre éstos se encuentra el disfrute de una licencia de al menos 16 semanas.

En México, el artículo 123 de la Constitución, establece las bases para la protección de la maternidad y las obligaciones de los empleadores: Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. Asimismo, el art. 170 de la Ley Federal del Trabajo establece la protección de la madre y su hijo en gestación o lactancia, prohibiendo las labores insalubres o peligrosas, el trabajo nocturno industrial o en centros de servicio después de las 10 de la noche y las horas extraordinarias; fija obligaciones patronales para el pago del salario íntegro durante los periodos de pre y posparto, amplía la protección laboral de la madre para regresar a sus actividades laborales y garantizando el cómputo en su antigüedad de de los periodos pre y posparto. Las leyes que rigen a los seguros sociales¹⁹, especifican los requisitos, servicios y prestaciones de las mujeres aseguradas, por ejemplo la Ley del Seguro Social estipula que la asegurada tendrá derecho a un subsidio en dinero igual al 100% de su salario que recibirá durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores. El ISSSTE otorga a sus afiliadas licencias médicas por maternidad cuando se hallan en etapa de gestación por un período de 90 días naturales (30 antes del parto y 60 para cuidados maternos).

En 2008 se registraron 2.6 millones de nacimientos, de estos, 503 mil 850 correspondieron hijos de mujeres que se declararon como trabajadoras (INEGI, 2008). Por otra parte, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de 2009, 41 de cada cien mujeres se encontraban ocupadas y de éstas sólo 36.6% contaban con la protección de alguna institución de seguridad social. Las mujeres trabajadoras protegidas por instituciones de seguridad social, tienen garantizada la atención médica, el descanso para su recuperación, su ingreso y la conservación de su empleo, además de otros servicios y prestaciones.

Las mujeres ocupadas o trabajadoras sin seguridad social tienen que recurrir a otras alternativas para resolver su atención; en muchos casos la precariedad de su ocupación, contribuye a desprotección, empobrecimiento y dependencia de las instituciones de asistencia social (Mendizabal, 2006). Asimismo, el descanso para su recuperación, la conservación del empleo y su ingreso se encuentran en mayor riesgo.

La tasa muertes maternas en México es de 57.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, sin embargo no se puede determinar qué proporción de estas muertes corresponde a mujeres que debieron reintegrarse a su actividad sin haber recibido atención adecuada o sin haberse recuperado del parto, por no contar con el tiempo descanso suficiente (Mendizabal, 2006).

¹⁸ Ver Convenio 183 y Recomendación 191 sobre protección de la maternidad de la OIT.

¹⁹ El artículo 102 de la Ley el Seguro Social establece un periodo mínimo de 30 cotizaciones para que la mujer pueda tener acceso a los servicios médicos y al pago de subsidios. Asimismo el artículo 40 de la Ley del ISSSTE establece un periodo mínimo de 6 meses de vigencia anteriores al parto.



La ENESS 2009 incorporó por primera vez una serie de preguntas sobre la protección de mujeres trabajadoras ante las contingencias derivadas de la maternidad. Las preguntas 19, 20 y 21 tuvieron como finalidad conocer la proporción de mujeres que enfrentaron un parto, un aborto o complicaciones en el embarazo, el número de días que dejaron de laborar por esas causas en los últimos 12 meses así como el acceso a una incapacidad o licencia médica.

Las preguntas sobre maternidad se aplicaron a las mujeres de 14 años y más, inmediatamente después de las relativas a riesgos de trabajo, por lo que el número de mujeres que enfrentaron alguno de los eventos señalados, tenía el filtro aplicado para 'trabajadoras' desde la pregunta 17. La pregunta 19 captó los casos de las mujeres que tuvieron que atenderse por parto, aborto o complicaciones del embarazo, así como de las que estando embarazadas no hubiesen tenido que atenderse por esos motivos, durante los últimos 12 meses. A quienes respondían en forma afirmativa, se les aplicó la pregunta 20 relativa al número de días de ausencia laboral y la pregunta 21 referente a la condición de disfrute de una incapacidad o licencia médica.

Ente los criterios para captar esta información se estableció que cuando la persona hubiese tenido más de un evento relacionado con parto o complicaciones del embarazo, se registraría el que hubiera afectado durante más tiempo las actividades de la persona; la pregunta no se aplicó a mujeres de 55 años o mayores; el tiempo de ausencia laboral se captó en días; cuando la persona se encontraba atravesando por un periodo de incapacidad o licencia médica, se registraron los días que dejó de laborar hasta el día de la entrevista.

Utilidad de la información y limitaciones

La información sobre ausencias e incapacidades laborales por accidentes, enfermedades y maternidad permitirán caracterizar a la población con y sin protección en éstas contingencias.

Sólo fue posible captar un evento para cada caso, el espacio del cuestionario fue muy limitado para realizar un mayor número de preguntas.

La condición de 'trabajador(a)' se registró de acuerdo al criterio y declaración del informante por lo que pudieron omitirse aquellas ocupaciones que no fueran consideradas como 'trabajo' o bien registrar como 'trabajo' ocupaciones que no coincidieran con algunos conceptos relativos.

No se captó la atención médica recibida en el embarazo a menos que fuese señalada como una 'complicación'.

3.5. Cuidado de menores

El trabajo es reconocido como un derecho y un deber sociales, sin embargo, una de las mayores dificultades que enfrentan las mujeres para hacer efectivo este derecho, es la conciliación entre la vida familiar y laboral (OIT, PNUD, 2009). Uno de los mecanismos que contribuye a dicha conciliación, lo constituyen los servicios de guarderías y estancias infantiles que son brindados por agencias públicas y privadas. El acceso a guarderías públicas es limitado y únicamente pueden disfrutar de estos servicios las mujeres trabajadoras y los padres viudos o divorciados, que estén protegidos por los seguros



sociales. Por otra parte, los servicios privados suelen estar fuera del alcance de la mayoría de las mujeres debido a las precarias condiciones económicas de éstas (Matarazzo, 2005).

La demanda de servicios para el cuidado de menores, ha obligado a la formación de nuevos esquemas entre los que se encuentran las guarderías subrogadas que operan mediante el pago de compensaciones o subsidios para que las madres y padres trabajadores puedan recurrir a los servicios privados. Además de los servicios institucionales para el cuidado de menores, existen redes de apoyo social y familiar a los que recurren las mujeres y los hombres que requieren de estos servicios.

En México, los servicios públicos de guarderías se encuentran a cargo de diversas instituciones entre las que resaltan el IMSS, el ISSSTE y la SEDESOL. En el caso del IMSS, su normatividad²⁰ establece que podrán hacer uso de los servicios de guardería la mujer trabajadora o el trabajador, viudo o divorciado que conserve la custodia de sus hijos. Dichos servicios incluyen el aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación de los menores. La atención se brinda en los turnos matutino y vespertino, desde la edad de cuarenta y tres días y hasta que los menores cumplen cuatro años. En el ISSSTE, los servicios para el cuidado de menores están a cargo de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil y se brindan en condiciones similares a las de las Guarderías del IMSS; el periodo de servicio va de los 60 días de nacido hasta los seis años de edad. En ambas instituciones el servicio se dirige a los menores sanos, quedando excluidos los pequeños que presentan algún trastorno físico o mental que ponga en peligro su integridad o la de los menores con quienes conviva.

El programa de “Guarderías y estancias infantiles para madres trabajadoras”, es regulado por la Secretaría de Desarrollo Social y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia; los servicios de cuidado en este programa están a cargo de establecimientos privados. Dicho programa inició su operación en 2007 y está dirigido a madres que trabajan o que buscan empleo, estudiantes y padres solos que tienen a su cuidado niños de 1 a 6 años de edad, incluyendo a los que tienen alguna discapacidad. Los servicios de cuidado, atención y alimentación infantil, otorgados en los establecimientos vinculados al programa, no comprenden actividades de educación preescolar, ni atención médica o psicológica (SEDESOL; 2009).

- Lugares o personas que apoyan en el cuidado de menores

El tema de cuidado de menores ha estado presente en todas las ENESS desde 1996. A diferencia de las anteriores, donde se incorporaron tres variables en dos preguntas (condición, institución de cuidado y gasto), en la versión 2009 se integraron seis variables en cuatro preguntas, de la 22 a la 25, referentes a la condición de cuidado, institución, razones de no uso del servicio, horario y tiempo de atención, así como pago a guarderías.

Asimismo, la pregunta sobre condición e institución de cuidado fue modificada; mientras que en los cuestionarios anteriores se preguntó ‘¿De lunes a viernes quién o dónde cuidan a?’, en 2009 se preguntó ‘Cuando la mamá de se va a trabajar, ¿el menor se queda...’, el cambio atendió a que se consideró necesario ampliar la referencia en cuanto

²⁰ Ver artículos 201 al 207 de la Ley del Seguro Social y artículo 10 del Reglamento de del Servicio de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE.



al tiempo de cuidado y no sólo constreñirla a cinco días de la semana. Por otra parte, la medición se centró en los niños cuidados en guarderías bajo el esquema de los seguros sociales, los cuales están dirigidos a madres trabajadoras. El fraseo utilizado en la pregunta permitiría obtener una respuesta espontánea respecto a la condición de 'trabajadora' de la madre, excluyendo para el resto de las preguntas a los niños cuya madre no 'trabajaba'. De manera similar, las opciones de respuesta fueron rediseñadas agrupándose en dos grandes secciones, la primera para captar a los menores que acudían a los servicios de guarderías públicas o privadas, así como a los menores que tenían acceso a servicios de cuidado adicionales u horarios extendidos en preescolar o primaria. La segunda sección agrupó a las redes de apoyo social y otras alternativas tales como el cuidado prestado por las abuelas, otros familiares o no familiares, los que son cuidados por sus madres en su lugar de trabajo, los niños que se quedan solos o los que van a la escuela mientras su madre trabaja; en esta misma sección se captaron a los menores cuya madre no trabaja.

A partir de las respuestas en la pregunta 22, sobre condición e institución o alternativa de cuidado, se aplicaron las preguntas 23, 24 y 25 en forma diferenciada. Cuando el informante declaró que el menor acudía a una guardería o escuela con estos servicios, se aplicaron las preguntas sobre el pago por los mismos (pregunta 24), y la relativa al horario y tiempo de cuidado del menor (pregunta 25).

A quienes respondieron que el menor era cuidado por su abuela o por otra persona, se les consultó sobre las razones por las que no utilizaba dichos servicios; en esta pregunta se diseñaron 9 opciones de respuesta que permitieron captar a las personas que no utilizaban los servicios por no tener derecho, por no haber lugar, por no confiar en los mismos, por alguna discapacidad en el menor, por no tener quien lo llevara o lo recogiera, por no haber guarderías cercanas, por no tener dinero para pagar por el servicio o bien por considerar que no tenían necesidad del servicio. A este mismo grupo de personas también se les preguntó cuánto pagaron el mes anterior, a la persona que cuidaba del menor cuando la mamá trabajaba.

Se consideró como guardería o estancia infantil a todo establecimiento destinado a la guarda, custodia, aseo, alimentación, educación y recreación de los hijos, menores de seis años, de las trabajadoras o los trabajadores, viudos o divorciados, durante la jornada de trabajo de los mismos.

Se instruyó a los entrevistadores para que, cuando el informante refiriese dos o más alternativas de cuidado, solicitara que se señalara en cuál de éstas permanece por mayor tiempo el menor.

- Pago por el cuidado de menores

Cuando no cuentan con el respaldo de la seguridad social, las madres trabajadoras recurren a diversas instancias para el cuidado de sus hijos y con frecuencia deben realizar pagos o aportaciones de diversa magnitud. Por ejemplo, la puesta en marcha de los nuevos esquemas comunitarios o de apoyo social para el cuidado de menores, que entraron en vigor en 2007, consideran la participación económica de las madres o padres que utilizan dichos servicios en montos que van de cuatrocientos cincuenta a setecientos pesos (SEDESOL, 2007). Los pagos pueden ser mayores en función del tiempo, calidad y tipo de cuidados a los que pueden acceder.



En las ENESS precedentes a la de 2009 se indagó sobre el gasto realizado por el cuidado de los menores, en éste se incluían los gastos por matrícula, transporte, honorarios, materiales didácticos, comidas fuera del hogar y otros, excluyendo los gastos médicos. A diferencia de los ejercicios anteriores. En la ENESS 2009 se captó el monto pagado por el cuidado del menor; dichos pagos incluyeron, matrícula en guarderías y pago a familiares o no familiares. A diferencia de las encuestas precedentes, en 2009 no se incluyeron materiales didácticos ni de transporte.

Utilidad de la información y limitaciones

Esta pregunta permitirá conocer las alternativas para el cuidado de menores a las que recurren tanto las mujeres trabajadoras, aseguradas como titulares en las instituciones de seguridad social, como las de mujeres ocupadas, sin seguridad social.

La pregunta se dirigió a las 'madres', presuponiendo que la obligación en el cuidado sólo recae en éstas, de manera similar, la opción 'abuela' no permitirá cuantificar a los 'abuelos' que también desarrollan funciones de cuidado. La exclusión de las madres 'no trabajadoras', no permite la captación de otro tipo de usuarias como las 'estudiantes' del programa de guarderías y estancias infantiles de SEDESOL y DIF. La categoría de 'institución privada' incluirá a las guarderías del mismo sector. Sólo fue posible captar una instancia de cuidado.

Los menores que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil que operan bajo la coordinación de otras instituciones gubernamentales como la SEP y los gobiernos locales quedarán agregados en la categoría de otra institución pública sin que sea posible diferenciarlos.

3.6 Adultos Mayores

El proceso de envejecimiento de la población de México, ha adquirido importancia como preocupación social, económica y política; éste se explica por la disminución en las tasas de fecundidad, acompañada del incremento en la esperanza de vida. Además de los cambios demográficos, se modificaron también los patrones observados en las enfermedades crónicas y transmisibles, generando nuevas necesidades de atención.

Se ha reconocido al envejecimiento humano como un proceso biológico, psicológico y social, que está determinado por factores genéticos, ambientales y socioculturales. No todas las personas envejecen al mismo ritmo y de la misma manera; además de la carga genética, hay otros elementos como los estilos de vida, la pobreza y género, que influyen en el desarrollo y características de tal proceso y en sus repercusiones sobre el estado de salud (Mendoza, 2005).

Aunque no sólo es la edad lo que determina el envejecimiento, la referencia es siempre la información estadística de las personas que han llegado o sobrepasan cierta edad que se considera avanzada, generalmente 60 años. Alcanzar una edad avanzada no es en sí misma la cuestión a considerarse, sino el estado y las características con las que se llega a esa edad. (Ham, 2003) En realidad lo que preocupa es la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual que conduce a la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes



para realizar actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. Para hacer referencia a las actividades cotidianas, algunas disciplinas como la rehabilitación o la Geriátrica, han clasificado las actividades de la vida diaria (AVD) como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Las AVD son las que se realizan diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrados en el entorno habitual y cumpliendo los roles sociales.

Las ABVD, son consideradas como imprescindibles para subsistir de forma independiente; entre estas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al baño, poder quedarse solo durante la noche, comer y otras), las de funcionamiento físico básico (desplazarse dentro del hogar) y las otras de funcionamiento mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Las AIVD son más complejas que las ABVD y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

- Condición de autonomía, ayuda funcional y pago a cuidadores

En la ENESS 2009, se incorporó por primera vez el tema de autonomía en el adulto mayor, a través de las preguntas 26, 27 y 28, dirigidas a conocer la condición de ayuda en algunas de las principales actividades de la vida diaria, caracterizar a las personas que les brindan dicha ayuda, así como aproximar el gasto mensual por los cuidados recibidos. Esta pregunta se aplicó sólo a las personas de 60 años y más. La pregunta sobre condición y tipo de ayuda, incluyó diez opciones de respuesta para captar a las personas con dificultades para realizar algunas actividades de la vida diaria. Entre estas se consideraron algunas básicas (como 'vestirse o bañarse', 'tomar sus alimentos', 'ir al baño solos y asearse' así como 'levantarse y moverse dentro de la casa'), otras de tipo instrumental (como 'desplazarse solos fuera del hogar', 'tomar sus medicamentos', 'hacer cuentas y manejar su dinero' y 'hacer compras') además problemas para recordar o relacionarse.

A las personas que respondieron afirmativa, se les preguntó si la persona que les ayudaba era o no un familiar y si ésta recibía o no algún pago. Cuando se señaló que se hacía algún pago por el cuidado o ayuda, se les consultó sobre el monto mensual de dicha erogación.

Para levantar la información se establecieron como criterios que, cuando una persona refiriese más de dos actividades en las que requiriera ayuda, se consultara sobre las dos en las que la persona era más dependiente ya que el cuestionario sólo admitía este número de respuestas; cuando el informante declarara que la persona acudía a un asilo, se registraría como 'no familiar con pago' y se anotara el monto mensual pagado por esos servicios.



Referencias

Álvarez G. María del C. (1994), *La Seguridad Social en México*, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Serie Monografías No. 4, México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917) vigente al 7 de febrero de 2009; <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/9.htm?s=> consultada el 7 de febrero de 2009.

Almanza Partor, Manuel (1991) Derecho a la Seguridad Social, citado en *La seguridad social en crisis*, Porrúa, México, 2008.

Arce Cano, Gustavo (1972) De los seguros sociales a la seguridad social, citado en, *La seguridad social en crisis*, Porrúa, México, 2008.

González Pier, Eduardo (2006) Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos, Segunda edición. Coord. Eduardo González Pier. Secretaría de Salud, FUNSALUD, INSP y FCE, 2006.

Ham Ch. Roberto (2003) Enfoques y perspectivas sobre el envejecimiento en México, en *Envejeciendo en la pobreza género, salud y calidad de vida*. Salgado se Snyder y Wong Rebeca, editoras. INSP.

Hernandez, Cervantes Aleida, (2008) *La Seguridad Social en Crisis*, Porrúa México.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social* <http://www.inegi.org.mx/>

----- **(2004)** *Instructivo de llenado de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*. Mimeo.

----- **(2008)** *Registros administrativos, Estadísticas vitales*; <http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11109>; consultado el 17/10/2009

Instituto Mexicano del Seguro Social (1995) *Aportaciones al debate, la seguridad social ante el futuro*. IMSS, México.

----- **(1995)** *Ley del Instituto de Mexicano del Seguro Social*, Diario Oficial de la Federación , 21 de Diciembre de 1995 consultado el 23/03/2009 en <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/101.htm?s=>

----- **(1997)** *Evidencias para el debate, resultados y perspectivas financieras de la seguridad social*, Dirección de Finanzas del IMSS, México.

----- **(1998)** *Glosario de términos técnico administrativos de uso frecuente en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Mimeo.



----- (2008) *Memoria Estadística del IMSS*,
<http://www.imss.gob.mx>. Consultado el 10/04/2009.

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (2003) *Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas*, Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 2003, www.juridicas.unam.mx consultado el 20/02/2009.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (2007) *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado*, www.juridicas.unam.mx, consultado el 23/03/09.

----- (2006)
Reglamento del Servicio de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE Diario Oficial de la Federación 30 de noviembre de 2006.
<http://sipeweb.issste.gob.mx/ebdis/documentos/publicaci%F3n%20diario%20oficial%20del%20Reglamento.pdf> consultado el 23/03/09.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005) *Atención de las personas en situación de dependencia. Ministerio del trabajo y asuntos sociales (IMSERSO), Madrid, España*, <http://www.imsersomayores.csic.es>

Jarillo C. Edgar y Arroyave L. Ma. Gilma (1996) *Las políticas de reforma sanitaria y la desaparición del derechohabiente*. Políticas Públicas y Sociedad, Otoño 96 número 7. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México.

Knaut Felicia y Parker Susan, (1997) *El prepago de los servicios médicos privados en México: determinantes socioeconómicos y cambios en el tiempo*. CIDE, México.

Laurell Asa Cristina (1997) *La reforma contra la salud y la seguridad social*, ERA – Fundación Freidrich Ebert, México.

Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano (1989) *La salud en la fábrica, estudio sobre la industria siderúrgica en México*, Colección Problemas de México, Editorial ERA.

Madrazo, Ignacio(1996) *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*, en Alternativas para la reforma de la Seguridad Social, UAM – Fundación Friedrich Ebert, México.

Matarazzo, C. (2005), *Las políticas conciliatorias entre los ámbitos productivo y reproductivo y su relación con la igualdad de género. Estudio de caso sobre México*, Proyecto regional política fiscal proequidad de género en América Latina y el Caribe. Citado en Economía productiva y reproductiva en México: un llamado a la conciliación; CEPAL - Serie Estudios y perspectivas - México - No 94

Mendizabal Bermudez, Gabriela (2006) *Análisis comparativo de las prestaciones de seguridad social por maternidad*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, Nueva Serie, año XXXIX, núm. 116, mayo - agosto de 2006 pp. 453-479.
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/boletin/cont/116/art/art6.pdf>



- Mendoza N. Víctor Manuel (2005)** *Envejecimiento activo, mejor vida en la tercera edad*. Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Mesa Lago, Carmelo (1986)**, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Mesa-Lago, Carmelo (1994)**, *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe*, CIEDESS
- Noriega, M.; Villegas, J.; Cuéllar, R. (1997)** “Los accidentes de trabajo en México, una nueva visión sobre salud laboral” citado en *Accidentes de trabajo atendidos en una Institución para población abierta, en México D.F.* Salud de los trabajadores, vol. 16 núm. 1, Enero-Junio de 2008.
- Organización Internacional del Trabajo, (2000)** *Sistemas de Seguridad Social*, Ginebra, Suiza. <http://www.oit.org> Consultado el 05/03/09
- **(2002)** *Seguridad social: un nuevo consenso*, Ginebra, Suiza. <http://www.oit.org> Consultado el 22/02/09
- **(2001)** Principios de la Seguridad Social
- **(2009)** 18º Congreso Mundial sobre Seguridad y Salud en el Trabajo El trabajo decente es trabajo seguro, Junio 2009, www.ilo.org Consultado el 22/03/09
- **(2000)** Convenio 183 sobre la protección de la maternidad, 2000 <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C183> consultado el 22/03/09.
- **(2000)** Recomendación 191, relativa a la revisión de la recomendación sobre la protección de la maternidad, de 1952 . <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc88/pdf/rec-191.pdf> consultado el 14/03/09.
- Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2009)** *Trabajo y familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*, Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2007)** *International Classification of Functioning, Disability and Health CIF* <http://www.who.int/classifications/icf/en/> consultado el 22 de abril de 2009.
- Organización Panamericana de la Salud (2007)**. *Salud en las Américas, 2007. Cap. IV “Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud”* Volumen I–Regional <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20.pdf>, consultado el 8 de enero de 2009.



Olea, Alonso Manuel (1977) Instituciones de seguridad social, citado en La Seguridad Social en Crisis, México, Porrúa 2008.

Poder Ejecutivo Federal, PEF (2007), *Plan Nacional de Desarrollo*, 2007- 2012, México. <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/economia-competitiva-y-generadora-de-empleos/sistema-nacional-del-pensiones.html>

Secretaría de Salud (1984) *Ley General de Salud*, <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/174.htm?s=> consultado el 10/05/09.

----- **(1994)**. *Encuesta Nacional de Salud II*, Edit. Panorama, México.

----- **(2004)** Reglamento de la Ley General de Salud , en Materia de Protección Social en Salud., Diario Oficial de la Federación 5 de abril de 2004.

----- **(2004)** *Proyecto de Norma Oficial Mexicana En materia de información en salud (PROY NOM-040-SSA2-2004)*, Diario Oficial de la Federación 8 de Marzo de 2004.

----- **(2005)** *Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud*. Diario Oficial de la Federación 28 de Septiembre de 2005. <http://sinais.salud.gob.mx/cts/documentos/NOM-040-SSA2-2004>, consultado el 15/05/09.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (1970). *Ley Federal del Trabajo* Diario Oficial de la Federación el 1 de abril de 1970 www.juridicas.unam.mx Consultada el 10/02/09.

Secretaría de Desarrollo Social (2009) *Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2009*. Diario Oficial de la Federación 22 de octubre de 2009.

----- **(2007)** *Programa de Guarderías y Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, Segundo Informe Trimestral 2007* Consultado el 28 de abril de 2009 en <http://www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=802145>.

Solís Soberón Fernando y Villagómez Alejandro (1999). La Seguridad Social en México, El trimestre económico, No. 88 CIDE-FCE.