

Las colecciones de Documentos de Trabajo del CIDE representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y para permitir que los autores reciban comentarios antes de su publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan llegar directamente al (los) autor(es).
❖ D.R. © 1999, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C., carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210 México, D. F., tel. 727-9800, fax: 292-1304 y 570-4277. ❖ Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido como el estilo y la redacción son responsabilidad exclusiva suya.

*Felicía Knaul es investigadora en el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C., pero este trabajo lo inició siendo asesora del Instituto Mexicano del Seguro Social. Susan Parker es investigadora del Instituto Mexicano del Seguro Social y Ricardo Ramírez de la Fundación Mexicana para la Salud.



NÚMERO 74

Felicía Knaul, Susan Parker y Ricardo Ramírez *
EL PREPAGO POR SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS EN
MÉXICO: DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y
CAMBIOS A TRAVÉS DEL TIEMPO

Este trabajo presenta los resultados principales del estudio “El prepago por servicios médicos privados en México: determinantes socioeconómicos y cambios a través del tiempo”, y se centra en las conclusiones más relevantes para recomendaciones de política. Es una versión modificada del artículo programado para salir bajo el título “El prepago por servicios privados de salud en México”, *Economía y Salud* (Funsalud, México) 1997.

Agradecemos los comentarios de Julio Frenk, Paul Gertler y Andrés Zamudio, el trabajo de edición de Lucila Pacheco y el apoyo de investigación de María Cristina Gutiérrez y Maite Guijarro. El trabajo contó con apoyo financiero y en especie de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Colegio de México y la Fundación Mexicana para la Salud. El contenido de este artículo queda bajo responsabilidad de los autores.

Introducción

Muchos y diversos países están realizando reformas en el campo de la salud. Una iniciativa frecuente en las reformas es la de fomentar el pluralismo en la prestación de los servicios de salud, lo que promueve una atmósfera competitiva que mejora tanto la calidad como la eficiencia. Por otro lado, el pluralismo puede contribuir a incrementar la cobertura y a focalizar los servicios, mejorando la equidad en la prestación de los servicios. Así, el subsector de servicios privados de salud prepagados constituye un factor importante en la búsqueda del pluralismo.

Los proveedores privados, tanto formales como informales, desempeñan un papel importante y aparentemente creciente en la prestación de los servicios de salud en México (Secretaría de Salud, 1992 y 1993). Sin embargo, la medicina privada sigue siendo un sector escasamente estudiado y poco regulado, además de que sus vínculos con el sector público y la seguridad social no han sido plenamente desarrollados.

Como parte del sector privado, el papel de los planes de seguros y esquemas médicos prepagados privados continúa siendo muy limitado; por lo tanto, es necesario definir su función en el nuevo sistema de salud que se está desarrollando en el marco de las reformas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud. Su participación es particularmente importante en el programa de reversión de cuotas, que debería fortalecerse con la reforma del IMSS pero que hasta el presente ha sido aprovechado por pocas empresas. El programa de reversión se podría expandir de una manera más eficaz contando con una visión clara de cuáles empresas podrían funcionar bajo un sistema de reversión, cómo se identificarían las empresas candidatas y cómo se llevaría a cabo el monitoreo de la prestación de servicios. Esto exige una mejor comprensión de la situación y del potencial del sector privado prepagado.

El propósito del presente artículo es considerar la evolución y las características de la demanda de medicina privada prepagada en México. El análisis es descriptivo y preliminar, pues por limitaciones de información no resulta posible estimar un modelo causal o hacer una descripción exhaustiva de la demanda de medicina privada prepagada. Es importante tener en cuenta que en México el estudio de la demanda de salud es incipiente y que la literatura sobre la salud privada es escasa. Ello sugiere la necesidad de un estudio que, como éste, revise la información cuantitativa descriptiva disponible.

El artículo está dividido en seis secciones. La primera presenta una breve revisión de la literatura y la segunda discute las fuentes de información. La tercera sección analiza las características de las familias como determinantes de la probabilidad de su participación en un plan o un seguro privado, utilizando para ello la información de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II). La cuarta sección del

artículo evalúa las características de las familias y su participación en esquemas de salud privados basados en el empleo, a partir de los datos de la Encuesta Nacional del Empleo Urbano (ENEU). La siguiente sección utiliza los datos del “panel” de la ENEU para examinar, en forma descriptiva, las tendencias a través del tiempo, así como el proceso de afiliación y desafiliación de los esquemas prepagados basados en el empleo. El documento concluye con algunas recomendaciones de política pública y sugiere líneas de investigación futuras.

Este documento contribuye en diversos aspectos a la literatura previa. En primer lugar, provee un recuento descriptivo actualizado del prepago de la salud desde la óptica de la demanda. Distingue entre los planes basados en el empleo, que son aquéllos que los individuos reciben a través de sus empresas o lugares de trabajo, y las adquisiciones personales independientes. Se presenta también información novedosa sobre la naturaleza múltiple de las afiliaciones a los planes de salud. Por otra parte, esta investigación muestra la complejidad de las decisiones familiares con respecto a la compra de planes prepagados. Las familias, en parte dependiendo de su acceso a los planes públicos o privados a través del empleo, pueden optar por cubrir a uno, a algunos, o a todos sus integrantes. Finalmente, el documento destaca la alta fluctuación en el tiempo de la composición de la población que cuenta con cobertura privada.

I. Revisión de la literatura

Varios estudios recientes destacan el papel que desempeña la medicina privada en relación con la satisfacción de la demanda de servicios de salud. En este sentido, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II) evidencian que gran parte de la población, particularmente la no asegurada, utiliza servicios de salud privados que suele pagar con dinero de su bolsillo. Esto contradice la información previa que sostenía que solamente los grupos de mayores ingresos —una proporción muy reducida de la población— utilizaban servicios privados (Olaiz-Fernández *et al.*, 1995).

De manera similar, los Censos Económicos de 1994 sugieren que en 1993 la medicina privada constituyó un subsector importante (INEGI, 1994). Los resultados de 1992 y 1993 de la “Encuesta de Unidades Médicas Privadas con Servicio Hospitalario” también indican que los proveedores privados representan una gran proporción de la oferta de servicios de salud (Olaiz-Fernández *et al.*, 1995).

La literatura previa se basa en información limitada respecto de la oferta de los esquemas de seguros y planes privados prepagados en México. No obstante, cabe destacar algunos datos: la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) registró 136,400 pólizas de seguros para gastos médicos mayores en 1993. Dichas pólizas cubrieron un total de 1,496,000 personas (AMIS, 1993). Entre junio de 1993 y junio de 1994, hubo un incremento del 21% en las cuotas de pólizas de seguros por

accidentes y gastos médicos mayores (AMIS, 1994)¹. En contraste, la información sobre el sector emergente de empresas Administradoras de Servicios Integrales de Salud (ASIS) (*Health Maintenance Organizations*) es aún más escasa en el país.

Como parte de esta revisión de la literatura, es importante destacar el estudio cuidadoso y completo "The Demand for Health Care in Mexico" (CONAPO, 1995) que considera la disposición a pagar por servicios de salud. Se desarrolla un modelo teórico y econométrico de la demanda de servicios de salud que incluye variables tales como los precios de los servicios de salud, ingresos, edad, sexo y educación. El estudio se basa en información de la ENSA II y ENIGH. Se investigan las diferencias en la disposición a pagar entre la población urbana, rural y rural-PASSPA, y por condición de aseguramiento. Los resultados permiten medir la influencia de variables susceptibles a ajustes de política en el sector salud, como el tiempo de viaje (la ubicación de los servicios de salud), el tiempo de espera y las cuotas de recuperación. Por otro lado, se analizan las implicaciones del nivel del ingreso familiar, la transición demográfica y las características educativas de la población, entre otras.

La investigación muestra las limitaciones de la información para estudiar el efecto de las cuotas de recuperación. Se concluye que la elasticidad-precio de los servicios públicos es estadísticamente significativa pero cercana a cero. Asimismo, se estima una elasticidad mayor de los servicios privados de salud pero que arroja el signo incorrecto (positivo). Se sugiere que estos resultados podrían reflejar la dificultad para separar el efecto precio del efecto calidad. Dicha dificultad para estimar precios a partir de la información existente constituye una limitación para el análisis de la demanda de salud, y sugiere limitaciones para la construcción de un modelo econométrico causal sobre la demanda de salud prepagada.

II. Fuentes de información

Este estudio se basa en la Encuesta Nacional de Salud en México (ENSA II) y la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) como principales fuentes de información.

La ENSA II es una encuesta nacional de hogares realizada en 1993. Constituye una muestra de 12,615 familias y 61,524 individuos. Para fines de este estudio, es particularmente importante destacar que la información de la ENSA II permite estudiar cuáles miembros de la familia tienen un seguro de salud privado y quién compró ese seguro.

El análisis de la ENEU utiliza datos de corte transversal y longitudinales. La ENEU es una encuesta del mercado laboral urbano que ha sido realizada

¹Según la investigación de Angulo Meade (1997), dentro de la industria del aseguramiento, el ramo de accidentes y enfermedades es el que más ha crecido en términos de participación en el PIB en los últimos 10 años.

trimestralmente desde 1985 por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). La muestra incluye aproximadamente 150,000 individuos en cada trimestre.

Para poder hacer comparaciones a través del tiempo, el análisis en este documento se restringió a las 16 ciudades originales que han sido incluidas en todas las etapas de la encuesta. El estudio se basa en la información que proviene de una pregunta aplicada a los trabajadores acerca de sus prestaciones de salud, e incluye al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y seguros de salud privados. El análisis incorpora los datos de la ENEU del segundo trimestre de cada año entre 1987 y 1995.

Uno de los rasgos de diseño originales de la ENEU es dar seguimiento a las mismas familias durante cinco trimestres, obteniendo así datos de panel que proveen información de los mismos individuos a lo largo de un periodo de 15 meses. Este estudio retoma los datos de panel para analizar el proceso de afiliación y desafiliación de los planes de prestaciones de salud y cómo ello se relaciona con el empleo, el desempleo y el retiro del mercado laboral. El panel incluye a todos los individuos que permanecieron en la muestra a lo largo de las cinco entrevistas, desde el cuarto trimestre de 1992 hasta el último de 1993. La muestra es de aproximadamente 23,250 individuos cuya tasa de deserción es de 20%.²

III. Análisis de la decisión familiar de participar en seguros y planes prepagados privados para la salud

Respecto de la compra de paquetes privados prepagados, es necesario distinguir entre las decisiones individuales o familiares y las de las empresas. La decisión del individuo o de la familia se funda en una serie de factores que incluyen el ingreso, la probabilidad de enfermarse y la aversión al riesgo. En esta sección se aborda la decisión de contratar un seguro médico privado por parte de la familia o el individuo, utilizando la información de la ENSA II. A continuación, se presenta una breve revisión del modelo teórico de la demanda de salud. Como se mencionó anteriormente, el análisis presentado en este trabajo es descriptivo y el modelo es de forma reducida. No obstante se considera importante precisar el modelo teórico que está detrás de las estimaciones presentadas.

En general, la teoría de la economía de la familia (*new household economics*) supone que los hogares derivan utilidad del consumo de bienes y servicios. Existen

²Podría haber algunas distorsiones en los resultados debido a esta deserción. Los individuos que abandonan la encuesta antes de completar la rotación del 5º trimestre podrían ser concentrados en el grupo de trabajadores con empleos intermitentes, del sector informal o desempleados que suelen trasladarse.

varios bienes y servicios producidos y consumidos por los miembros del hogar, tales como la salud y la educación.

En nuestro caso, suponemos que los hogares derivan utilidad de la salud de sus miembros y del consumo de otros bienes. Para producir salud, los hogares combinan insumos de producción como medicamentos y la afiliación a un seguro privado. Maximizan su utilidad tomando en consideración su restricción presupuestaria, es decir, sus ingresos monetarios y el tiempo de ocio (*leisure*) de los miembros del hogar. En otras palabras, la demanda de seguros privados es una demanda derivada de la demanda de salud.

En el análisis, se supone que la demanda derivada de seguros privados es función del nivel de ingresos del hogar, sus precios, las preferencias del hogar y otras variables demográficas y socioeconómicas. Debido a que no se dispone de información sobre los precios de los seguros privados, ni sobre la calidad de los servicios incluidos en los paquetes de los seguros privados, se optó por especificar un modelo empírico en donde los precios del mercado no sean observables (Deaton, 1987, Deaton *et al.*, 1989). No obstante, las variables "dummy" que miden el impacto de la región permiten de forma aproximada controlar las diferencias en los precios de los seguros privados entre regiones, y así examinar los determinantes socioeconómicos y demográficos de la decisión de contratar un seguro privado. A continuación, se presentan los cuadros descriptivos y las estimaciones de las regresiones relativas a la decisión de contratar un seguro privado.

Como era de esperarse, debido a las diferencias regionales en materia de ingresos, la compra de un seguro privado es más común entre la población urbana y nortea (cuadro I). En las áreas urbanas del Norte, 5.0% de la población cuenta con un seguro privado de salud, comparado con 2.9% en la Ciudad de México, y tasas menores en otras regiones. Entre las familias urbanas, 5.4% de ellas tiene por lo menos un miembro cubierto por un seguro privado, lo que equivale a 760,800 familias. Una vez más, la proporción es más elevada en el Norte. Dado lo reducido de la muestra y las bajas tasas en las áreas rurales, el análisis que sigue solamente considera las áreas urbanas.

Los resultados de la ENSA II también proveen información acerca de otras formas de aseguramiento y servicios de salud. Una pequeña proporción, 1.5%, recibe servicios de salud a través de su empresa y una gran mayoría no cuenta con un seguro privado. Como estas prestaciones de salud pueden considerarse similares a los servicios prepagados privados examinados en la ENEU, es útil combinar esta categoría con los seguros para obtener una cifra global de los servicios privados. Utilizando esta categorización, 3.0% de la población urbana tiene cobertura privada.

La duplicación de la afiliación es un hecho común entre las personas que cuentan con un seguro privado (cuadro II): casi 70% de los adultos con un seguro privado tiene algún otro tipo de cobertura; cerca de 50% de los adultos que contratan un seguro privado también están cubiertos por el IMSS, y 4.3% de los adultos

afiliados al IMSS también cuenta con un seguro privado.³ En 39.7% de los casos, la procedencia del pago de los seguros de salud lo constituye la empresa. Esto implica que por lo menos 60% de los individuos que tienen un seguro médico lo pagan de su bolsillo.⁴

Hay patrones complejos en la distribución de los seguros de salud privados entre los miembros de las familias. Estas pueden tener asegurado a un solo miembro, a todos sus integrantes, o alguna combinación de ellos. Las modalidades aparentemente más comunes son cubrir a todos los miembros de la familia, o bien a uno solo. Aun así, una alta proporción de familias cubre a varios, pero no a todos sus integrantes. Por lo tanto, no se puede suponer que si un miembro de la familia tiene servicios prepagados privados, todos los integrantes de la misma comparten dichos servicios.

Son múltiples los factores asociados con la demanda familiar de servicios de salud prepagados. Este estudio utiliza la técnica de regresión probit para considerar las características de las familias que tienen uno o más individuos protegidos por un seguro médico prepagado (cuadro III).⁵ Las variables independientes representan el nivel educativo del jefe del hogar, el ingreso familiar,⁶ la región en donde vive la familia, la estructura familiar y el hecho de tener miembros con otras prestaciones de salud.⁷

Los resultados de las regresiones probit sugieren que el nivel educativo y los ingresos familiares son factores altamente correlacionados con el hecho de tener un seguro o servicio prepagado. En general, la probabilidad de tener un seguro es menor en la región PASSPA que en las otras cuatro regiones; es especialmente alta en el

³Como se detalla más adelante, estas cifras de doble afiliación son substancialmente más elevadas que las que arroja la ENEU. La diferencia puede ser tomada como un indicador de diversos factores. Primero, mucha gente paga de su bolsillo un seguro o servicio médico privado, no obstante está afiliada al IMSS a través de su trabajo. Como la ENEU pregunta sólo sobre seguros privados basados en el empleo, estas personas aparecen contando únicamente con el IMSS en dicha encuesta. Por otro lado, es probable que una cierta proporción de personas elija evadir las cuotas del IMSS trabajando en el sector informal y conserve su cobertura del IMSS a través de otro miembro de la familia que trabaje en el sector formal. La doble cobertura de estos individuos sólo será discernible en la ENSA II.

⁴Como se discute en detalle más adelante, es importante reconocer que algunos individuos que reciben el seguro a través de su empresa pueden pagarlo directamente, como una deducción, o indirectamente, como una prestación.

⁵Se hace uso de la técnica de regresión probit que permite considerar la influencia simultánea de varios factores sobre una decisión binaria. En este caso, las regresiones describen las características asociadas con el hecho de contar con un seguro o servicio; no forman parte de un modelo causal.

⁶La variable de ingresos estimada por la ENSA II está sesgada. Para una discusión, véase CONAPO (1995).

⁷También se analizó los factores asociados con la probabilidad de que un individuo tenga un seguro o plan privado prepagado. Los resultados fueron similares a los de las regresiones considerando la demanda familiar.

Norte. Sorprendentemente, el hecho de tener un miembro de la familia mayor de 65 años, e hijos menores de 16 años, tiene efectos negativos. Ello requeriría de un análisis detallado, que va más allá del alcance de este trabajo. Por otro lado, la probabilidad de tener por lo menos un miembro de la familia con un seguro privado tiene una asociación positiva con el hecho de tener un integrante cubierto por los servicios de salud del sector público.

IV. Participación en esquemas de salud privados basados en el empleo

Los factores que determinan la decisión por parte de una empresa de invertir en el prepago para la salud de sus empleados son distintos de los del individuo o la familia. Un patrón puede optar por la compra de un seguro y/o plan de salud privado, ya sea para algunos o para todos los empleados de su empresa. Su decisión puede fundarse en diversos factores, incluyendo el propósito de invertir en capital humano, disminuir la rotación laboral o como resultado de los incentivos fiscales.

Es importante reconocer que a menudo resulta difícil determinar quién paga por un plan de salud basado en el empleo: la familia, el individuo o la empresa. En primer lugar, puede ser que los empleados paguen de su bolsillo las prestaciones de salud que reciben a través de su empresa; por ejemplo, una empresa que representa a un grupo grande de personas puede llegar a negociar cuotas de aseguramiento más bajas o mejores paquetes para sus empleados, que los que podría contratar un individuo por separado. Otro esquema es cuando los empleados pueden escoger afiliarse por su cuenta o no, y de hacerlo, es posible que paguen mediante deducciones salariales. Aunque estas oportunidades representan claros beneficios para los empleados, la elección de comprar o no un plan es individual y optativa. En este caso, se aplicaría la teoría de la demanda del hogar de salud elaborada previamente.

Habría asimismo que considerar la posibilidad de que los individuos tomen en cuenta las prestaciones ofrecidas por un empleador en el momento de escoger un trabajo. Bajo esta perspectiva, la decisión resulta ser una combinación de consideraciones del individuo, la familia y la empresa.

Por otra parte, algunas empresas optan por ofrecer prestaciones para algunos o para todos sus empleados, o como un beneficio (*perk*). Estas "prestaciones" tienden a ser sustitutos de los ingresos y por ende se reflejan en los salarios, pero los empleados no tienen elección de compra. La decisión de otorgar la prestación le corresponde a la empresa.

De acuerdo con la Ley del Seguro Social, todas las empresas privadas deben proporcionar a sus trabajadores prestaciones de salud a través del IMSS. Unas cuantas empresas han negociado el derecho de pedir el reembolso de estas contribuciones (reversión de cuotas) demostrando que ofrecen a sus trabajadores algún servicio de salud alternativo. Por otro lado, existen empresas que ofrecen, además de las

prestaciones obligatorias del IMSS, un plan de salud privado suplementario, pagado por la empresa y/o el trabajador.

Es de esperarse que la prestación de un seguro o servicio privado sea más común entre ciertas categorías de trabajadores y tipos de empresas. Esta sección considera dichas categorías utilizando los datos de la ENEU del segundo trimestre de 1993.⁸

Aproximadamente 7.3% del total de trabajadores asalariados declara recibir un seguro o servicio de salud privado como prestación del empleo (cuadro IV).⁹ El porcentaje más elevado de trabajadores con un seguro de salud privado se localiza en el Norte de la República. Es interesante notar, especialmente en relación al tema de la reversión de cuotas, que alrededor de 12.7% de los trabajadores que tienen un seguro privado de salud, declaran también tener cobertura del IMSS. Se podría considerar, entonces, que estos trabajadores tendrían una probabilidad mayor de entrar en un convenio de reversión de cuotas.

El aseguramiento privado a través del empleo es más común entre los trabajadores del sector de servicios financieros que en cualquier otro sector (cuadro IV). Casi una cuarta parte de dichos trabajadores declara recibir un seguro privado. Esto concuerda con el hecho de que el sector bancario ha tenido una alta participación en el programa de reversión de cuotas. Por otro lado, los trabajadores del sector público tienen una probabilidad mayor de tener seguros o servicios privados que los trabajadores que no trabajan en el sector público.

La probabilidad de gozar de la prestación de un seguro o servicio de salud privado varía con la dimensión de la empresa. Los trabajadores de empresas grandes (de más de 250 trabajadores) tienen una probabilidad mucho mayor de recibir la prestación. Sorprendentemente, la probabilidad es también alta para los trabajadores de empresas de menos de cinco trabajadores, en general empresas familiares.

Los resultados de las regresiones logit predicen la probabilidad de que un trabajador determinado tenga la prestación de un seguro o servicio privado, como una función de las características del trabajador, el trabajo y la empresa (cuadro V).¹⁰ Las variables que caracterizan al trabajador son el género, los años de escolaridad concluidos y los años de experiencia laboral. Por otra parte, se cuantifica

⁸La ENEU constituye una extensa fuente de datos que permite analizar detalladamente tanto las características de los trabajadores con prestaciones, como las características de la empresa en donde trabaja el individuo. La desventaja de la información de la ENEU es que se aplican las preguntas sobre prestaciones de salud solamente a individuos que están actualmente trabajando. Más aún, sólo se indaga sobre cobertura de salud en el contexto de las prestaciones de trabajo asociadas con el empleo.

⁹El universo de análisis está restringido a los trabajadores asalariados mayores de 18 años que declaran recibir un salario durante el periodo de referencia del cuestionario.

¹⁰Las regresiones no incluyen las empresas con menos de 6 trabajadores debido a que los resultados anteriores sugirieron que los trabajadores de estas empresas pueden estar reportando equivocadamente contar con la prestación a través del empleo.

al trabajo por medio del salario por hora,¹¹ el número de horas trabajadas, y si la posición ocupacional es o no directiva. Finalmente, se clasifica el sector económico, la dimensión de la empresa, y la región del país donde está ubicada.

La probabilidad de tener la prestación de un seguro o servicio médico privado es más alta entre los trabajadores con niveles de capital humano más elevados. La paga por hora y las horas trabajadas están relacionadas positivamente con la probabilidad de tener la prestación. Como sugieren los resultados descriptivos, las empresas grandes y las empresas del sector financiero tienen una probabilidad mayor de proporcionar seguros y servicios privados (en comparación con empresas menos grandes y con el sector comercial). Las empresas de los ramos industrial, eléctrico y de la construcción tienen una probabilidad menor de proveer seguros privados (en relación con el sector comercial).

Controlando por las características de capital humano y sector económico, entre otras variables, las estimaciones indican que las mujeres tienen una probabilidad menor de contar con seguros de salud. Este es un resultado importante, porque puede reflejar el hecho de que los trabajadores varones son más propensos a recibir prestaciones laborales que las mujeres con características similares. Esto puede interpretarse como evidencia preliminar de una forma más sutil de discriminación en contra las mujeres que la discriminación salarial.¹²

V. Dinamismo de los servicios privados de salud prepagados

Con objeto de comprender la evolución del prepago privado, es necesario estudiar los patrones de afiliación de los trabajadores en el transcurso del tiempo. La primera parte de esta sección considera las fluctuaciones en el aseguramiento de trabajadores entre los años 1987 y 1995, y la segunda analiza las afiliaciones y desafilaciones a los sistemas de prestaciones de salud en un periodo de 15 meses.

Entre 1987 y 1995 y considerando las dieciseis ciudades principales del país, la información muestra que la proporción de la población adulta trabajadora con seguros basados en el empleo es fluctuante. El porcentaje de la población trabajadora

¹¹Puede argumentarse que el salario por hora es una variable endógena a la probabilidad de que un trabajador tenga un seguro de salud privado. Como se mencionó anteriormente, las prestaciones de salud pueden ser otorgadas a costo de una reducción en el salario neto real.

¹²Los resultados de esta regresión contrastan con el análisis que incluye las empresas con menos de 6 trabajadores. En este último caso, el impacto de género se revierte. Es decir, considerando toda la muestra de trabajadores, pareciera que las mujeres tienen una probabilidad mayor que los hombres de tener un seguro privado como prestación. Sin embargo, ésta se atribuye al hecho de que la mayoría de los trabajadores en empresas de menos de 6 personas son mujeres y, por razones detalladas en el texto, hemos excluido a dicho subsector.

con un seguro privado fue de 5.1% en 1993.^{13 14} Ello corresponde a más de 500,000 personas y representa un ligero decremento respecto de 1987, donde la participación correspondiente fue de 5.7%. Es importante destacar que los años 1987, 1988 y 1989 se caracterizan por la continuación de la crisis que empezó en 1982, y que se asistió a una leve recuperación entre 1989 y 1994.

Asimismo, el porcentaje de la población con un seguro privado se redujo a 4.1% en 1995, lo que corresponde a un total de solamente 443,189 trabajadores. Este descenso probablemente refleja el impacto de la crisis por la cual atravesó la economía mexicana hacia finales de 1994. En efecto, en periodos de crisis las empresas tienen una probabilidad menor de ofrecer prestaciones voluntarias, a la vez que aumenta el desempleo.

En contraste, entre 1987 y 1993, las cifras relativas al IMSS fueron 40.8% y 40.3%, respectivamente. Este comportamiento en el tiempo también refleja el impacto de la crisis reciente. Entre 1987 y 1993, el número total de trabajadores afiliados al IMSS creció 23.4%; mientras que, entre 1994 y 1995, el número de asegurados al IMSS cayó 8.8%, y llegó a representar solamente 37.5% de la población trabajadora.

El dinamismo del sector salud, y especialmente del subsector privado, se hace evidente al considerar la información sobre ingresos y retiros de los planes de salud prepagados del panel estudiado.¹⁵ En cualquier periodo, un alto porcentaje de personas pierde su prestación de salud, mientras que otro la obtiene. En otras palabras, mientras que los asegurados representan una proporción relativamente estable de la población, en el corto plazo el número de individuos asegurados varía regularmente.

La estimación trimestral del panel sobre la proporción de la población cubierta muestra poca fluctuación. En contraste con estos porcentajes que hacen referencia a un periodo fijo, una cifra mucho más elevada, 7.3% de la población

¹³Estas cifras deben ser consideradas con precaución, porque incluyen solamente la afiliación a través del empleo y no distinguen entre salidas del mercado laboral y la pérdida de prestaciones. El IMSS decide otorgar servicios aún después de la pérdida del empleo. Sin embargo, es importante destacar que la información de la ENEU es relativamente similar a los resultados de la ENSA II.

¹⁴Tampico y Monterrey tienen rangos de cobertura privada basada en el empleo especialmente elevados. En el caso de Tampico, ello contrasta con el grado relativamente bajo de afiliación al IMSS.

¹⁵Nuevamente hay que destacar que los datos deben ser interpretados con precaución. Las preguntas sobre prestaciones de salud solamente fueron aplicadas a trabajadores y se refieren a la cobertura recibida a través del trabajo principal de cada persona. No existe información sobre la continuidad de las prestaciones de salud cuando un individuo sale de la fuerza de trabajo o se convierte en desempleado. En tanto que perder un trabajo puede significar también perder las prestaciones de salud, el individuo puede optar por mantener su cobertura pagándola por su cuenta. Más aún, tanto el paquete de prestaciones público como el privado es frecuentemente comprado o garantizado por un lapso de tiempo que se extiende más allá de la fecha en que el individuo deja su empleo.

adulto, tiene prestaciones de salud en algún momento durante el transcurso de los cinco trimestres. La proporción de adultos con cobertura del IMSS llega a alcanzar 35.5%. Estos cálculos sugieren que el recambio en las prestaciones de salud privadas basadas en el empleo es substancialmente mayor que en la seguridad social.

Los cambios en la composición de la población asegurada son frecuentes y la frecuencia de dichos cambios se mantiene estable a lo largo de cada uno de los cinco trimestres de la encuesta (cuadro VI). Entre los trabajadores que tenían la prestación de un seguro o servicio médico privado en cualquier trimestre, sólo alrededor de 40% la mantuvo durante el siguiente período. Por otro lado, hay muy poca variación (menos de 2%) entre los que conservaron la cobertura durante dos periodos consecutivos. Cabe destacar el descenso importante en la retención de la afiliación, ya que 26.1% de las personas que contó con la prestación en el último trimestre de 1992 la mantuvo hasta el segundo trimestre de 1993. La cifra baja a 13.6% hacia finales de 1993, lo que representa una disminución de 28.6% frente a la retención de 40% entre tan sólo dos trimestres.

A pesar de ser altas las participaciones relativas a las prestaciones privadas, estas son substancialmente inferiores a las que corresponden al IMSS (cuadro VII). Aproximadamente 80% de los trabajadores cubiertos por el IMSS en cualquier trimestre determinado, mantuvo su cobertura en el siguiente trimestre. En forma similar a las prestaciones privadas, el grado de los cambios en la cobertura es estable a lo largo de los cinco trimestres. No obstante, el descenso durante los trimestres es menor que en el caso de las prestaciones de seguros y servicios médicos privados. Entre las personas que contaron con la prestación del IMSS en el último trimestre de 1992, 54.5% la mantuvo hasta el último trimestre de 1993, lo cual representa una disminución de 25.5% frente a la retención para un trimestre determinado.

El seguimiento de los individuos sugiere un grado significativo de movimientos de entrada y salida de los planes de salud prepagados durante lapsos cortos. Incluyendo individuos que perdieron el empleo o salieron de la fuerza de trabajo, 8.0% de la muestra evidencia algún cambio en su acceso a servicios y seguros médicos privados a través de su lugar de trabajo. Si se restringe la muestra para incluir solamente a las personas que mantuvieron su empleo durante los cinco trimestres, la cifra es de 12.5%.¹⁶ El grado y el patrón de cambios en la cobertura privada difieren de lo que se evidencia para el IMSS. Un porcentaje

¹⁶Como sugiere la nota anterior, la naturaleza de la ENEU hace imposible distinguir entre salidas del empleo y pérdidas de prestaciones. Por tanto, se presentan las cifras para la población global y para la población continuamente empleada. Las primeras incluyen salidas de la fuerza de trabajo y el desempleo, que pueden interpretarse como la estimación máxima del grado de cambio a corto plazo de las prestaciones de salud basadas en el empleo. Los cálculos que limitan la muestra a la población continuamente empleada representan una estimación mínima en tanto que excluye los cambios en el acceso debido a egresos del mercado laboral, desempleo e ingreso al mercado laboral. El término "continuamente empleado" se refiere a los individuos que se mantuvieron trabajando sin interrupción durante los cinco trimestres consecutivos del panel.

sorprendentemente elevado, 31.3% de la población continuamente empleada, registró algún cambio en su afiliación al IMSS.¹⁷

Las cifras globales, incluyendo cualquier tipo de cambio en las prestaciones de salud, refuerzan la impresión de que los individuos frecuentemente realizan cambios en su acceso a los seguros de salud. Más aún, los cambios se explican sólo parcialmente por la salida del mercado laboral o por periodos de empleo. Los resultados apuntan a movimientos entre el IMSS, el ISSSTE y los servicios privados.

Esta información destaca un punto en relación con los efectos combinados de la frecuencia del cambio y la proporción de la población beneficiada: aunque sólo una pequeña proporción de la población goza de servicios médicos o seguros privados como prestación del trabajo, los cambios en el derecho a los servicios privados son particularmente frecuentes. Ello indica que aunque la categoría de las prestaciones privadas engloba solamente una pequeña proporción de la totalidad de los servicios prepagados, ésta se asocia con una parte desproporcionada de los cambios en las prestaciones.

Los cambios en las prestaciones de salud pueden desagregarse según la condición de empleo del individuo.¹⁸ Entre los individuos con prestaciones privadas durante el periodo que va del último trimestre de 1992 al primero de 1993, 27% de los cambios en las prestaciones se registró entre quienes se mantuvieron empleados; 43.5% de los empleados que perdió u obtuvo prestaciones privadas permaneció empleado. Ello sugiere cambios en las prestaciones asociados con haber cambiado de trabajo o posiblemente con el ofrecimiento de una prestación adicional. De hecho, 36.5% de los cambios en las prestaciones privadas se relaciona con movimientos ocupacionales.

Estas cifras son un tanto diferentes entre los afiliados al IMSS. Una proporción substancialmente mayor de los cambios en prestaciones puede atribuirse a quienes permanecieron empleados a lo largo de ambos periodos. El 61.5% de los cambios en las afiliaciones al IMSS ocurrió entre quienes permanecieron empleados. Sólo 45% de los cambios en prestaciones se relaciona con cambios de empleo e inactividad.

La mayoría de los trabajadores que obtuvo o perdió sus prestaciones de salud privadas parece no haber pasado por un cambio correspondiente en su afiliación al IMSS. Sin embargo, entre el último trimestre de 1992 y el primero de 1993, casi 25% de aquéllos que perdieron o renunciaron a sus prestaciones de salud privadas, accedió al IMSS como una prestación asociada al trabajo. De manera similar,

¹⁷Las cifras para otro panel de los años 1987-1988 corrobora estos resultados. Los patrones del cambio para el sector privado y el IMSS sugieren cambios aún más frecuentes.

¹⁸Eso es particularmente importante al considerar la naturaleza de los datos de la ENEU, ya que no permiten distinguir si las personas que quedan desempleadas o fuera de la fuerza laboral pierden sus prestaciones.

aproximadamente una tercera parte de los individuos perdió o renunció a su afiliación al IMSS cuando accedió a servicios privados a través de su trabajo.

VI. Conclusiones

Los resultados del estudio tienen varias implicaciones en términos de la formulación de políticas. Primero, la evidencia sobre la doble afiliación sugiere la importancia de desarrollar la idea de la reversión de cuotas, que ha sido discutida como parte de la reforma al IMSS. Existe la posibilidad legal, en el marco de la nueva Ley de Seguridad Social, de expandir el programa e incluir a otras empresas y grupos. En gran medida, la expansión queda a la discreción del IMSS. Se puede diseñar un programa que incluya incentivos para el desarrollo de nuevos esquemas de aseguramiento en el sector privado, de mayor pluralidad en la oferta de servicios y de competencia entre prestadores. La expansión del programa requiere de una visión clara sobre cuáles empresas podrían funcionar bajo un sistema de reversión, cómo se identificarían las empresas candidatas y cómo se llevaría a cabo el monitoreo de la prestación de servicios.

Las observaciones sobre la expansión de la reversión de cuotas tienen mucho que ver con la estimación de la disposición a pagar por los servicios de salud. Las empresas, familias e individuos que contratan actualmente servicios prepagados forman parte del universo de consumidores. El potencial para la expansión se relaciona con el monto de la reversión y si ello cubre o no el costo de un plan privado. A la vez, las compañías aseguradoras y de prepago pueden desarrollar planes y paquetes parciales ajustados a la reversión, siempre y cuando cubran por lo menos un paquete mínimo uniforme.

El análisis sugiere que parte de la evasión de las contribuciones al IMSS es atribuible a las decisiones familiares. Es común que miembros de una familia accedan a la seguridad social a través de algún otro integrante de la misma, que es trabajador en el sector formal. Los miembros restantes de la familia tienen incentivos para buscar trabajo en el sector informal y no pagar contribuciones al Seguro Social porque ya están cubiertos a través de algún familiar. Ello sugiere la importancia de considerar la complejidad de incentivos intrafamiliares generados por la seguridad social.

La rotación de corto plazo en todos los esquemas de prestación de salud, pero especialmente en los privados, refleja dinamismo en el sector pero a la vez inestabilidad, la que podría evitarse, en particular debido a su impacto sobre la salud de los afiliados. Una rotación alta en el prepago puede convertirse en un gasto inútil porque los desembolsos que se efectúan en el corto plazo no sirven necesariamente para cubrir las necesidades de salud en el futuro.

Es importante reconocer la necesidad de promover y desarrollar nuevas y mejores modalidades de prepago para los servicios de salud. Ello requiere una

política explícita de promoción del prepago. Hasta el momento, y en ausencia de dicha política, los esquemas de seguros existentes en México son pocos y predominan los de gastos médicos mayores. Están apenas surgiendo nuevos esquemas de prepago en la salud que incluyen formas diversas de ASIS.

Las ASIS cubren una proporción muy reducida de la población, pero representan una innovación ya que vinculan el prepago con la prestación de servicios. Son importantes como modalidades nuevas y promisorias del cuidado de la salud, ofrecen posibilidades para ampliar la cobertura y para vincular la prestación de servicios con su financiamiento, mientras mantengan incentivos para reducir costos y elevar la calidad.

Las nuevas modalidades de prestación y financiamiento de los servicios de salud requerirán de diversos y mejores esquemas para su registro y regulación. A la vez, dichas normas deben estar diseñadas con la idea de promover el desarrollo de nuevos y diversos esquemas de prepago que puedan cubrir la heterogeneidad de la demanda para la salud, la capacidad de pago y las necesidades de servicios de salud de alta calidad. Estos deben tomar en cuenta las diferencias en los flujos, las características de los gastos y las inversiones. Estos varían entre compañías cuya función primordial es asegurar a sus afiliados contra gastos catastróficos en salud, y las que también se encargan de gastos menores, la inversión en y mantenimiento de la salud, y la prestación de servicios. Las entidades que prestan servicios y a la vez ofrecen planes de prepago requieren no solamente de normas financieras sino también de monitoreo de la calidad de la atención en salud.

En conclusión, este estudio muestra algo de la potencialidad y la complejidad de la atención privada prepagada. El sector muestra dinamismo y capacidad para desarrollar nuevas modalidades. La medicina privada prepagada puede desempeñar un papel creciente como parte de la política pública de ampliación de cobertura de servicios de salud para así ofrecer una gama de opciones a los consumidores, particularmente bajo el esquema de reversión de cuotas. Para poder aprovechar al máximo la diversidad de las modalidades de oferta y la potencialidad de la demanda, y para garantizar la calidad de los servicios privados, se requerirá la creciente incorporación del sector privado prepagado como parte del sistema formal de salud. Ello exige un programa de planeación que garantice su complementariedad con los demás actores del sistema.

Bibliografía

- Abel-Smith, Brian. (1992), "Entre lo público y lo privado. Nuevos incentivos para la atención a la salud". *Salud Pública de México*. vol. 34, núm. 4, julio-agosto.
- Angulo Meade, Joaquín (1997), "Seguros de gastos médicos y colectivos". En Gerzso Rivero, coord. *Gastos médicos Mayores en México*, Editorial Prado, Corporación Médica. México.
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. (1994), "Seguro de Accidentes y Enfermedades, 1994". AMIS. México.
- (1993). "Seguro de Accidentes y Enfermedades, 1993". AMIS. México.
- Bhat, Ramesh. (1995), "Private health care in India". *International Health Policy Program Reprint Series*. Washington D.C.
- Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (sin fecha). Anuario Estadístico de Seguros, 1991. CNSF.
- CONAPO. (1995), "The demand for health care in Mexico". *Sectoral Studies Series*. México.
- Deaton, A. (1987), "Estimation of own and cross-price elasticities from household survey data," *Journal of Econometrics*, núm. 36, pág. 7-30.
- Deaton, A., J. Ruiz-Castillo y D. Thomas (1989) "The influence of household composition on household expenditures patterns: theory and Spanish evidence," *Journal of Political Economy*. núm. 97, pág. 179-200.
- Gerzso Rivera, Federico coord. (1997), *Gastos médicos mayores en México*, Editorial Prado. Corporación Médica. México.
- Gertler, Paul y Roland Sturm (1995). "Using private health insurance to reduce and better target public expenditures". Marzo.
- Frenk, J., R. Lozano y M.A. González-Block (1994). *Economía y Salud*. FUNSALUD, México.
- INEGI (1994). *Censos Económicos, 1994; Resultados Oportunos: Imágenes Económicas*. Aguascalientes: INEGI.
- INEGI (1994a). *Censos Económicos, 1994; Resultados Oportunos: Tabulados Básicos*. Aguascalientes: INEGI.
- Najera Aguilar, Patricia *et al.* (1995), "Cobertura de las instituciones de salud en el Estado de México: Análisis comparativo entre la población asegurada y no asegurada". *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 1, enero-febrero.
- Olaiz-Fernández *et al.* (1995), "La medicina privada en México: resultados del Censo Nacional de Unidades Hospitalarias Privadas". *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 1, enero-febrero.
- Parker, Susan. (1995), "Wage levels of male and female workers in urban Mexico: A microeconomic approach". México. Octubre.
- Parker, Susan y Rebecca Wong. (1994), "Gastos en salud en hogares de México." *Datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 1989*, Junio.
- Secretaría de Salud. (1994), *Encuesta Nacional de Salud II*. Artes Gráficas Panorama. (cds.), México.
- Secretaría de Salud - DGEI. (1993), "Unidades médicas privadas: recursos físicos, materiales y humanos 1993". *Secretaría de Salud*. México.
- (1992), "Unidades médicas privadas: recursos físicos, materiales y humanos 1992". *Secretaría de Salud*. México.

Fuentes adicionales:

Documentación e Informes, 1995. PreMédica.

Cuadro I

Seguro médico privado por región y rural-urbana, 1993
(porcentaje, n, N)

	Urbana	Rural
Norte	5.0 429 657,686	.3 8 13,711
Centro	2.1 179 382,502	1.8 84 169,695
Ciudad de México	2.9 322 431,334	--
PASSPA	1.7 90 74,016	.3 19 18,301
Sureste y Golfo	2.3 168 222,986	.5 27 34,729
Nacional	2.9 1188 1,768,524	0.7 138 228,803

^{1/} Porcentajes no ponderados.

^{2/} Las regiones incluyen:

Norte: Baja California, California Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Durango y Zacatecas.

Centro: San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro, Michoacán, México, Tlaxcala, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Colima.

PASSPA: Hidalgo, Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

Sureste y Golfo: Morelos, Puebla, Veracruz, Campeche, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo.

FUENTE: ENSA II.

Cuadro II

Seguro privado combinado con otra afiliación, 1993
(18 años y más, áreas urbanas)

	Toda la población		Población trabajadora	
	Proporción que también posee un seguro médico privado (% renglón)	Proporción de las personas con seguro privado (% columna)	Proporción que también posee un seguro médico privado (% renglón)	Proporción de las personas con seguro privado (% columna)
IMSS	4.3	48.9	5.3	50.9
ISSSTE	3.8	11.2	4.8	13.0
Algún serv. público	4.4	64.2	5.5	69.1
Alguna cobertura adicional	4.6	69.5	5.7	73.4

^{1/} Porcentajes no ponderados.

FUENTE: ENSA II.

Cuadro III

Ecuaciones probit estimando la probabilidad de que alguna persona en la familia
tenga un seguro o servicio médico privado, 1993
(18 a 65 años)
(estadístico z entre paréntesis)

Variables dependientes Variables independientes	Alguna persona en la Familia tiene un seguro médico privado
Miembro de familia con prestación de salud no-privada	.21 (4.07)
Ingresos familiares per cápita (quincenales)	.00008 (4.16)
Número de hijos menores de 16 años	-.09 (-4.57)
Miembro de familia mayor de 65 años	-.15 (-1.95)
Miembro de familia entre 19 y 45 años	.02 (.33)
Jefe con educación primaria completa o incompleta	.21 (1.78)
Jefe con educación secundaria completa o incompleta	.33 (2.73)
Jefe con preparatoria completa o incompleta	.5 (3.82)
Jefe con estudios profesionales completos o incompletos	.9 (7.54)
Sexo del jefe (hombre=1)	-.03 (-.33)
Región Norte	.33 (3.76)
Región ZMCM	.11 (1.24)
Región Sureste y Golfo	.08 (.85)
Región Centro	.26 (2.84)
Constante	-2.36 (-16.84)
chi2(8)	312
'pseudo' R2	.096
n	8889

FUENTE: ENSA II.

Notas:

- ^{1/} Los coeficientes de la técnica probit únicamente indican el signo del impacto, pero no la magnitud.
^{2/} Para las variables dummy: la educación del jefe del hogar se mide respecto de no tener educación; y la región se mide respecto de la región PASSPA.

Cuadro IV

Caracterización de trabajadores asalariados
con un seguro o servicio médico privado, 1993
(% de trabajadores con seguro privado)

Grupos	Sub-grupos	Proporción
<i>Nacional</i>		7.3
Por sector económico	Industria	4.3
	Construcción	2.3
	Electricidad	2.2
	Servicios no financieros	9.3
	Servicios profesionales y financieros	23.5
	Comercio	6.3
	Agricultura	6.1%
<i>Tipo de empresa</i>	Sector público	13.7
	No sector público	5.6

Notas:

^{1/} N=35,044

^{2/} Las regiones se definen de la siguiente forma:

Norte: Chihuahua, Tampico, Monterrey, Torreón.

Ciudad de México: Distrito Federal y Estado de México.

Sur: Mérida, Veracruz, Orizaba, Puebla.

Centro: Guadalajara, León, San Luis Potosí.

Frontera: Tijuana, Ciudad Juárez, Matamoros, Nuevo Laredo.

FUENTE: ENEU, 1993, segundo trimestre.

Cuadro V

Estimación logit de la probabilidad que un trabajador tenga un seguro médico privado a través de su empleo principal:
(trabajadores asalariados en empresas de mas de 5 empleados).1993
(Errores estándar entre paréntesis)

Variable independiente	Coefficiente	Variable independiente	Coefficiente
Salario por hora	.012 (.002)***	Industria	-.466(.07)***
Horas trabajadas	.021 (.002)***	Construcción	-.612(.162)***
Años de Experiencia	.018 (.006)***	Electricidad	-1.68 (.42)***
Años de Experiencia al cuadrado	-.0003(.0001)**	Servicios no financieros	.040 (.069)
Años de educación	.058 (.008)***	Agricultura	.241 (.376)
Sexo (1=mujer)	-.205 (.05)***	Tamaño de la empresa 16-50	.040(.139)
Región Norte	.520 (.07)***	Tamaño de la empresa 51-100	.288(.156)
Ciudad de México	-.257 (.08)***	Tamaño de la empresa 101-250	.580(.159)***
Región Centro	-.51 (.091)***	Tamaño de la empresa >250	1.42 (.102)***
Frontera	-.197 (.08)**	Jefe	-.180 (.084)**
Servicios financieros	1.75 (.07)***		

Notas:

^{1/} *** nivel de significancia de 1%.

** nivel de significancia de 5%.

* nivel de significancia de 10%.

^{2/} N=27,187.

^{3/} -2 Log Máximo Verosímil 12,470.

^{4/} Los coeficientes de la técnica logit únicamente indican el signo del impacto, pero no la magnitud.

FUENTE: ENEU, 1993, 2o. trimestre.

Cuadro VI

Prestaciones de salud o seguridad social a través del empleo principal
1987-1995
(18 años y más)
(% de población trabajadora; N; n; Tasa de crecimiento ^{2/})

Años	Servicios Médicos Privados o Seguro	IMSS
1987	5.7	40.8
	472,107	3,356,505
	2,728	19,785
1988	6.1	40.8
	525,749	3,533,924
	3,403	23,398
1989	11.36	5.29
	5.5	39.6
	505,082	3,644,161
1990	3,010	22,864
	(3.93)	3.12
	5.8	41.0
1991	548,385	3,790,218
	3,305	24,320
	8.57	4.01
1992	5.2	41.7
	513,773	4,152,561
	2,878	25,042
1993	(6.31)	9.56
	5.3	40.9
	549,903	4,252,455
1994	2,939	25,782
	7.03	2.41
	5.1	40.3
1995	528,207	4,141,874
	3,045	24,286
	(3.95)	(2.60)
1996	4.5	40.3
	492,564	4,452,451
	2,768	23,320
	(6.75)	7.50

1995	4.1	37.5
	443,189	4,059,032
	2,726	21,649
	(10.0)	(8.84)

Notas:

^{1/} Chihuahua, Ciudad Juárez, Distrito Federal (y municipios semi-urbanos), Guadalajara, León, Matamoros, Mérida, Monterrey, Nuevo Laredo, Orizaba, Puebla, Tampico, San Luis Potosí, Tijuana, Torreón, Veracruz.

^{2/} N: usando factores de expansión. n: número de casos sin ponderar.

FUENTE: ENEU, segundo trimestre.

Cuadro VII

Cambios en los beneficios de la seguridad social por trimestre
1992(4)-1993(4)/1
Ciudades grandes y medianas /2
18 años y más
(porcentaje, n)

Personas que mantuvieron el beneficio entre 1992(4) y 1993(1)	42.2% 165	80.0% 2744
Personas que mantuvieron el beneficio hasta 1993(2)	26.1% 102	67.7% 2321
Personas que mantuvieron el beneficio hasta 1993(3)	19.7% 77	60.2% 2062
Personas que mantuvieron el beneficio hasta 1993(4)	13.6% 53	54.5% 1869
n, 1992(4)	391	3430

FUENTE: ENEU.

Notas:

^{1/} 1992(4)-1993(3) contempla el último trimestre de 1992 y los cuatro trimestres de 1993.

^{2/} Chihuahua, Ciudad Juárez, Distrito Federal (y municipios semi-urbanos), Guadalajara, León, Matamoros, Mérida, Monterrey, Nuevo Laredo, Orizaba, Puebla, Tampico, San Luis Potosí, Tijuana, Torreón, Veracruz.

^{3/} Estas cifras no están ponderadas.