

Evaluación Estratégica de Protección Social en México



CONSEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación Estratégica de Protección Social en México



COPEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

DIRECTORIO

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

Investigadores académicos 2010-2014

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sittón
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

Secretaría Ejecutiva

Gonzalo Hernández Licona
Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete
Directora General Adjunta de Evaluación

Ricardo C. Aparicio Jiménez
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración

COLABORADORES

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Equipo técnico

Gonzalo Hernández Licona
Carolina Romero Pérez Grovas

Thania Paola de la Garza Navarrete
Manuel Triano Enríquez

Paul Germán Cáceres Castrillón
Perla Gris Legorreta
Haydeé Macías Enciso
Mayra Paulina Salazar Rivera
Andrea Villa de la Parra

Agustín Escobar Latapí
Floencia Leyson Lelevier
Iván Moreno Cárdenas
John Scott Andretta

CONSULTORES EXTERNOS

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Onofre Muñoz Hernández
Evelyne Rodríguez Ortega
Ricardo Pérez-Cuevas
Juan Garduño Espinosa
María del Carmen García Peña
Luis Jasso Gutiérrez
Hortensia Reyes Morales
Juan Luis Gerardo Durán Arenas
Antonio Rizzoli Córdoba
Elvira Mireya Pasillas Torres
Mariana López Ortega
Beatriz Zurita García
José Ángel González Arreola
Luis Miguel Chong Chong

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Gabriel Martínez González
Nelly Aguilera Aburto
Paula Villaseñor Torres
Martha Miranda Muñoz

Revisión técnica

Gonzalo Hernández Licona
María del Rosario Cárdenas Elizalde
Fernando Alberto Cortés Cáceres
Agustín Escobar Latapí
Salomón Nahmad Sittón
John Scott Andretta
Graciela María Teruel Belismelis

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) agradece el acompañamiento y apoyo técnico brindado por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para la elaboración de este documento, así como los comentarios y las sugerencias emitidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-Oportunidades, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud, y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para su realización. La responsabilidad de las ideas expresadas es exclusiva del CONEVAL.

Evaluación Estratégica de Protección Social en México
Primera edición: julio de 2013

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Boulevard Adolfo López Mateos 160
Colonia San Ángel Inn
CP 01060
Delegación Álvaro Obregón
México, DF

ISBN: 978-607-95986-2-4

Citación sugerida:
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. México, DF: CONEVAL, 2012.

CONTENIDO

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	6
GLOSARIO	9
INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO	27
CAPÍTULO 2 RIESGOS ASOCIADOS A LA PROTECCIÓN SOCIAL	33
1. Diagnóstico de riesgos asociados al acceso a la salud	36
2. Diagnóstico de riesgos asociados a la vejez, discapacidad y orfandad	61
3. Diagnóstico de riesgos asociados al trabajo	80
4. Diagnóstico de riesgos asociados a ingresos insuficientes	94
5. Dispersión de la oferta gubernamental y dificultades en el acceso a la protección social	106
CAPÍTULO 3 CONCLUSIONES	135
CAPÍTULO 4 RECOMENDACIONES	141
Salud	144
Vejez, discapacidad y orfandad	151
Trabajo	153
Ingreso	154
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ENTIDADES Y DEPENDENCIAS

CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
HIMFG	Hospital Infantil de México Federico Gómez
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Pemex	Petróleos Mexicanos
Salud	Secretaría de Salud
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina
SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud

PROGRAMAS Y ACCIONES FEDERALES, PROGRAMAS Y ACCIONES ESTATALES Y FONDOS

70 y Más	Programa 70 y Más
70 y Más-Puebla	Programa Setenta y Más urbano (Puebla)
AAM-Jalisco	Estrategia de Atención a los Adultos Mayores "Vive Grande" (Jalisco)
CreSer-Sonora	Programa CreSer con adultos mayores (Sonora)
EBDI	Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Ramo 33)
IMSS-Oportunidades	Programa IMSS-Oportunidades
Oportunidades	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PA-Chiapas	Programa Amanecer (Chiapas)
PAE	Programa de Apoyo al Empleo
PAE-Guanajuato	Programa de Apoyo al Emprendedor (Guanajuato)
PAE-Quintana Roo	Programa de Apoyo Económico "Abuelito estoy contigo" (Quintana Roo)
PAIAM	Programa de Atención Integral al Adulto Mayor
PAL	Programa de Apoyo Alimentario
PAL-Querétaro	Programa de Apoyo Alimentario (Querétaro)

PAP	Programa de Apoyo para la Productividad
PASCL	Programa de Atención a Situaciones de Contingencia Laboral
PCPD-Chiapas	Programa Capacitación a Población Desempleado (Chiapas)
PCS	Programa Caravanas de la Salud
PEI	Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras
PEJV-DF	Programa Empleo Juvenil de Verano (Distrito Federal)
PET	Programa de Empleo Temporal
PFEI-Durango	Programa Fomento al Empleo Indígena (Durango)
PG	Programa Guarderías
PPAAM-Colima	Programa Pensión Alimenticia a Adultos Mayores (Colima)
PPAAM-DF	Programa Pensión Alimentaria por Adulto Mayor (Distrito Federal)
PPAAM1-Estado de México	Programa Pensión Alimenticia para Adultos Mayores de 60 a 69 Años (Estado de México)
PPAAM2-Estado de México	Programa Pensión Alimenticia para Adultos Mayores (Estado de México)
PPAAM-Nayarit	Programa Pensiones Alimenticias para Adultos Mayores de 70 Años (Nayarit)
PPAAM-Oaxaca	Programa Pensión Estatal Alimentaria para Adultos de 70 y Más (Oaxaca)
PPAAM-Veracruz	Programa Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 Años (Veracruz)
PREVENIMSS	Estrategia de Programas Integrados de Salud
Procampo	Programa de Apoyos Directos al Campo
PVP-Chihuahua	Programa Vive a Plenitud (Chihuahua)
PVUE-Chiapas	Programa Vinculación Universidad Empleo (Chiapas)
SD-DF	Programa Red Ángel (Seguro de Desempleo) (Distrito Federal)
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
Sistema de Protección Social en Salud	Seguro Popular

ORGANISMOS INTERNACIONALES

BM	Banco Mundial
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de Salud

OTROS

AFORE	Administradores de Fondos para el Retiro
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitaria
CARAS	Centros de Atención Rural al Adolescente (IMSS- Oportunidades)
CEI	Centros de Educación Inicial
CENDI	Centros de Desarrollo Infantil
Censo 2010	Censo de Población y Vivienda 2010
Censo Económico 2008	Censo Económico de Establecimientos Comerciales 2008
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
EED	Evaluación Específica de Desempeño
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
HGR	Hospitales generales
Informe de Evaluación 2012	Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
Inventario CONEVAL Estatal	Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010
Inventario CONEVAL Federal	Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010
LB	Línea de Bienestar/ Línea de Bienestar Económico
LBM	Línea de Bienestar Mínimo
LFT	Ley Federal del Trabajo
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LSNIEG	Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía
LSS	Ley de Seguridad Social/Ley del Seguro Social
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud
OPD	Organismo público descentralizado
PEA	Población económicamente activa
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PIB	Producto interno bruto
PMG	Pensión Mínima Garantizada
SBC	Salario Base de Cotización
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez
SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
TCCO	Tasa de condiciones críticas de ocupación
TOPD1	Tasa de ocupación parcial y desocupación
UMR	Unidad médica rural
ZAP	Zonas de Atención Prioritaria

GLOSARIO

- Bajo peso al nacer** Peso de un niño al nacer menor de 2.5 kilos sin importar su edad gestacional.
- Cama censable** Cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos materiales, de personal y espacio indispensables para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente cuando éste ingresa al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la base numérica a partir de la cual se produce la información sobre egresos hospitalarios, de ocupación y días de estancia.
- Cama hospitalaria** Cama disponible para atención continua de pacientes admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico quirúrgico y no quirúrgico, comúnmente desagregadas por tipo de servicio (incluye camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedios, terapia intensiva, cunas de sanos e incubadoras de traslado).
- Canasta alimentaria** Conjunto de alimentos cuyo valor sirve para construir la Línea de Bienestar Mínimo. Éstos se determinan de acuerdo con el patrón de consumo de un grupo de personas que satisfacen con ellos sus requerimientos de energía y nutrientes.
- Canasta no alimentaria** Es la canasta alimentaria más el valor monetario de otros bienes y servicios básicos.

Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la Dirección General de Información en Salud a cada establecimiento de salud (unidad médica, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con el cual se distingue todo lo que reporta cada establecimiento a los subsistemas del Sistema Nacional de Información en Salud.
Defunción materna	Fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo (puerperio), debido a cualquier causa relacionada con o agravada por la gestación o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
Desigualdad horizontal	Consiste en que las instituciones y programas entregan bienes y servicios diferentes a individuos con necesidades y riesgos similares.
Desigualdad vertical	Consiste en el ejercicio de una proporción sustantiva del gasto social a través de instrumentos regresivos en términos absolutos en detrimento de instrumentos progresivos o neutrales.
Egreso hospitalario	Es el evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicio.
Esperanza de vida al nacer	Promedio de años que se espera viva una persona nacida en el periodo para el cual se calcula el indicador si se mantienen las condiciones de mortalidad prevalecientes al momento de su estimación.
Expediente clínico	Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud registra los elementos correspondientes a su intervención en el acto médico, de conformidad con la normatividad vigente.

Gasto de bolsillo en salud	Es el gasto directo de los consumidores en consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros.
Gastos catastróficos	Derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados y definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionados con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o la frecuencia con que ocurren.
Incapacidad	Condiciones que derivan de la imposibilidad de continuar desempeñando las actividades laborales, sea de manera temporal o permanente. En este documento, los términos incapacidad y discapacidad se utilizan en forma indistinta.
Índice de Rezago Social	Es una medida ponderada de indicadores de carencias sociales de educación, salud, calidad y servicios básicos y espacios en la vivienda.
Instrumentos contributivos	Instrumentos financiados principalmente por sus beneficiarios.
Instrumentos no contributivos	Instrumentos financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios y que tienen propósitos redistributivos.
Línea de Bienestar	Valor monetario de una canasta de alimentos, bienes y servicios básicos.
Línea de Bienestar Mínimo	Valor monetario de una canasta alimentaria básica. Es un subconjunto de la Línea de Bienestar.
Localidades rurales	Aquellas con una población menor de 2,500 habitantes y que no es cabecera municipal.
Localidades urbanas	Aquellas con una población igual o mayor de 2,500 habitantes o cabeceras municipales, independientemente de su número de habitantes.

- Metas del Milenio** La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de Estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio se intentan alcanzar en 2015. Éstos se basan en las actividades y metas incluidas en dicha declaración.
- Mortalidad materna** Conjunto de defunciones debidas a condiciones asociadas o agravadas por la gestación cuya ocurrencia provoca la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o los cuarenta y dos días posteriores a la terminación de éste (puerperio).
- Pensión de Invalidez y Vida** El seguro de invalidez general de la seguridad social protege a los trabajadores afiliados a un sistema de seguridad social ante discapacidades generadas por enfermedades y accidentes no relacionados con su actividad laboral que les imposibilite trabajar. Para tener derecho, se requiere haber contribuido al sistema durante al menos el tiempo determinado en las leyes de seguridad social correspondientes. Este seguro incluye el de sobrevivientes, que es un beneficio garantizado al grupo familiar inmediato, derivado de la muerte temprana del trabajador afiliado. Además, los pensionados por este seguro pueden tener acceso a los servicios de salud, que no están sujetos a algún requisito de antigüedad en el sistema.
- Pensión por Riesgos de Trabajo** Pensiones que protegen a los individuos frente a los riesgos de trabajo. Dentro de esta clasificación se consideran los accidentes o enfermedades causados por motivos de trabajo, incluyendo los que se produzcan al trasladarse el trabajador de su domicilio al lugar del trabajo o viceversa.
- Pensión de Vejez** Pensión que tiene por objeto contribuir a moderar la pérdida o disminución del ingreso de un individuo al final de su vida productiva.
- Población atendida** Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.

Población desocupada	Personas que, sin estar ocupadas en la semana de referencia, buscaron activamente incorporarse a alguna actividad económica en algún momento del último mes transcurrido.
Población económicamente activa (PEA)	Personas que durante el periodo de referencia realizaron o tuvieron una actividad económica (población ocupada) o buscaron activamente realizarla en algún momento del mes anterior al día de la entrevista (población desocupada).
Población objetivo	Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
Pobreza	Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.
Población potencial	Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención.
Política progresiva en términos absolutos	Políticas que se concentran en forma desproporcionada sobre la población de bajos ingresos (por ejemplo, el diez por ciento más pobre de la población recibe más de diez por ciento de una transferencia).
Política progresiva en términos relativos	Políticas que contribuyen a disminuir la desigualdad debido a que su distribución es menos desigual, o progresiva, que la distribución del ingreso que obtienen los hogares del mercado, antes de transferencias públicas.

**Política regresiva
en términos absolutos**

Políticas que concentran los recursos públicos en los estratos de mayores ingresos (por ejemplo, el diez por ciento más rico de la población recibe más de diez por ciento de una transferencia). Es importante aclarar que la regresividad absoluta de un programa público no implica que éste contribuya a aumentar la desigualdad, sino que su asignación no prioriza a los grupos de menores ingresos.

**Política regresiva
en términos relativos**

Políticas que contribuyen a aumentar la desigualdad debido a que su distribución es más desigual, o regresiva, que la distribución del ingreso que obtienen los hogares del mercado, antes de transferencias públicas. Dado el nivel de desigualdad del ingreso que prevalece en México, para que una transferencia resulte regresiva en términos relativos y contribuya, por lo tanto, a aumentar la desigualdad del ingreso en lugar de reducirla, el diez por ciento más pobre de la población, por ejemplo, tendría que obtener menos de uno por ciento de la transferencia, mientras que más de cuarenta por ciento de esta última tendría que concentrarse en el diez por ciento más rico de la población.

Protección social

Protección de la seguridad económica de las personas y sus hogares ante eventos de la vida, como el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la muerte y la vejez. También considera las limitaciones que ciertos hogares tienen para obtener un ingreso suficiente para adquirir una canasta básica alimentaria.

**Razón de mortalidad
materna**

Es el cociente que resulta de relacionar el total de defunciones por causas maternas registradas en una población y periodo específico y el número de nacidos vivos para el mismo periodo. En general, es expresado en términos de cien mil nacidos vivos.

**Sistema de Cuentas
Nacionales y Estatales
en Salud (SICUENTAS)**

Es un conjunto de información financiera que da seguimiento a los recursos tanto públicos como privados que se invierten y consumen en la producción de salud.

Tasa bruta de mortalidad	Señala la relación entre el número total de defunciones ocurridas en una población y periodo específicos y el volumen de dicha población a la mitad del periodo de estudio. En general, se expresa en términos de mil habitantes.
Tasa de condiciones críticas de ocupación	Porcentaje de la población ocupada que se encuentra trabajando menos de treinta y cinco horas a la semana por razones de mercado; más la que trabaja treinta y cinco y más horas semanales con ingresos de hasta un salario mínimo; y la que labora más de cuarenta y ocho horas semanales y gana más de uno y hasta dos salarios mínimos.
Tasa de desocupación	Porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra sin trabajar, pero que está buscando trabajo.
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino	Señala la relación entre el total de defunciones causadas por cáncer cérvico uterino en un periodo específico y el volumen de la población femenina de veinticinco años o más a la mitad del periodo de estudio. Con frecuencia, se expresa en términos de cien mil mujeres de veinticinco años o más.
Tasa de mortalidad infantil	Señala la relación entre el total de defunciones ocurridas en la población menor de un año de edad para un periodo determinado y el total de nacidos vivos para el mismo periodo. En general, se expresa en términos de mil nacidos vivos.
Tasa de mortalidad neonatal	Señala la relación entre el número total de defunciones de niños de hasta veintiocho días de edad para una población y periodo específico y el número total de nacidos vivos registrados en el mismo periodo. En general, se expresa en términos de mil nacidos vivos.
Tasa de ocupación parcial y desocupación	Porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra desocupada, más la población ocupada que trabajó menos de quince horas en la semana de referencia.
Tasa de subocupación	Porcentaje de la población ocupada que tiene la necesidad y disponibilidad de ofertar más horas de trabajo de lo que su ocupación actual le permite.

INTRODUCCIÓN

La protección social en México tiene como antecedente el establecimiento de la seguridad social en 1943. En su origen, se asumió ésta como el mecanismo para “proteger a todos los mexicanos en tiempos de adversidad tales como la orfandad, la viudez, la enfermedad, el desempleo y la vejez, para dejar atrás esta situación de siglos que ha sido resultado de la pobreza de nuestra Nación”.¹ Así, la protección ante estos riesgos se basó en el acceso a la seguridad social de los trabajadores y, por extensión, sus familias.

La seguridad social para los trabajadores de los sectores público y privado, así como para las fuerzas armadas, se incluyó en el artículo 123 de la Constitución. En el apartado A, fracción XXIX, se establece que “es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

Por su parte, el artículo 2º de la Ley de Seguridad Social promulgada en 1943 dispone que “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que estará garantizada por el Estado”. El mismo artículo, apartado B, fracciones XI y XIII, señala los regímenes de seguridad social para los trabajadores del sector público y para las fuerzas armadas, los cuales se despliegan en las leyes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Siete décadas después, los resultados alcanzados por la seguridad social no son alentadores. De acuerdo con la medición de la pobreza realizada por el CONEVAL en 2010, 60.7 por ciento de los mexicanos (68.3 millones

¹ Discurso del general Manuel Ávila Camacho en su protesta como presidente de México ante el Congreso de la Unión, 1 de diciembre de 1940.

de personas) carecían de acceso a la seguridad social. Entre las seis carencias sociales consideradas en la medición de la pobreza, ésta es la que presentaba el nivel de rezago más alto; es decir, contrario a la intención original, la seguridad social no ha logrado cubrir a todos los trabajadores ni a sus familias.

Con el fin de subsanar este vacío e incrementar la cobertura de la protección social, el Gobierno Federal y numerosos gobiernos estatales crearon nuevos programas no contributivos a partir de la primera década de este siglo. En 2004, comenzó a operar el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y en 2007 lo hicieron el Seguro Médico para una Nueva Generación, el programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y el de 70 y Más a nivel federal, mientras que los gobiernos locales crearon iniciativas dirigidas a cubrir riesgos asociados a la protección social, en particular las relacionadas con salud, vejez,² cuidado de niños (guarderías) y vivienda. Las principales diferencias entre estos programas y los de la seguridad social son:

- a) Fuente de financiamiento: la seguridad social se financia principalmente con aportaciones tripartitas (trabajador, empleador y gobierno), sobre todo de los dos primeros, en tanto que los programas sociales son llamados no contributivos por financiarse mediante impuestos generales u otras fuentes de recursos públicos que no son impuestos laborales a cargo de los beneficiarios de la seguridad social.
- b) Cobertura de riesgos y población: la seguridad social es un paquete indivisible de beneficios que cubre múltiples riesgos (salud, vejez, invalidez y vida, riesgos de trabajo y guarderías) obligatorio para todos los trabajadores con una relación laboral subordinada;³ en cambio, los programas no contributivos cubren riesgos

² Entre éstos destacan los programas para adultos mayores que, en 2011, existían en 13 entidades federativas (uno de los más importantes es el creado por el gobierno del Distrito Federal en 2001).

³ "El IMSS cubre las contingencias y proporciona servicios mediante prestaciones en especie y en dinero..." (artículo 7°), para cinco seguros (artículo 11), financiados a través de contribuciones en su mayoría del trabajador y el empleador y minoritariamente del Estado: riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales. La seguridad social protege la seguridad económica de los trabajadores y de sus familias en cuatro formas principales: i) con atención médica gratuita; ii) con prestaciones económicas temporales o permanentes cuando los trabajadores no pueden obtener ingreso por sí mismos, ya sea por maternidad, enfermedad, accidente, vejez o muerte; iii) con guarderías para que las mujeres puedan participar en el mercado laboral; y iv) en menor medida, con ayudas económicas en caso de que el trabajador o pensionado requiera asistencia de otra persona (al respecto, véase Levy, 2008).

específicos en forma separada (por ejemplo, salud o vejez), son voluntarios y están dirigidos tanto a población que formalmente no tiene que afiliarse al IMSS como a los trabajadores no afiliados que por ley deberían estarlo (mercado no regulado de trabajo). En general, los beneficios para cada riesgo son mayores en la seguridad social.

- c) Los beneficios de la seguridad social representan derechos laborales adquiridos con cierto grado de estabilidad en el tiempo, mientras que los programas no contributivos tienden a ser iniciativas de administración o legislaturas particulares que pueden modificarse o cancelarse con relativa facilidad.

A pesar de las limitaciones de la seguridad social, no siempre es clara la justificación por la que se crean nuevos programas no contributivos. Posiblemente, varios de ellos son puestos en práctica para resolver problemas concretos de la población, pero debido a que no siempre son el resultado de un diagnóstico actualizado, ni cuentan con la participación de expertos temáticos en su diseño, ni consideran su complementariedad o duplicidad con otros programas estatales y federales ya existentes, ni tampoco se cuenta con resultados de estos programas, pudiera haber elementos políticos en su propuesta.

Por otra parte, la crisis económica del país en 2009 mostró que se carece de instrumentos eficientes que permitan enfrentar las crisis coyunturales con éxito. El aumento de los precios de los alimentos que inició en 2007 y la crisis financiera internacional originada en Estados Unidos en 2008 fueron el contexto internacional en el que, a pesar de los avances en numerosos indicadores de desarrollo social (como los de vivienda, educación y salud), la población en condición de pobreza aumentó en 2010 en comparación con 2008, al pasar de 48.8 a 52 millones de personas.⁴ Esto ocurrió a causa del aumento del número de personas con carencia por acceso a la alimentación y a que más personas percibieron ingresos bajos.

El Gobierno Federal y el Poder Legislativo emprendieron acciones para enfrentar el contexto económico adverso y, en particular, para que éste

⁴ Sin embargo, hay que resaltar que la población en condición de pobreza extrema no cambió en ese periodo.

no se reflejara en la estructura de consumo y gasto de los hogares mexicanos vulnerables. Entre estas iniciativas están el aumento del presupuesto y la ampliación de la cobertura de programas sociales clave (Oportunidades, Apoyo Alimentario, Seguro Popular y Empleo Temporal, entre otros), así como la creación de nuevos componentes en algunos de ellos (“Vivir Mejor” del programa Oportunidades, por ejemplo). También están las modificaciones a los sistemas de seguridad social que permitieron efectuar retiros limitados de las cuentas individuales de pensiones de vejez a quienes pierden su empleo, así como aumentos al presupuesto de infraestructura y a los subsidios energéticos.

Estas medidas, por su diseño, no fueron suficientes para proteger a los más vulnerados ante ese escenario adverso. Aunque los programas lograron resultados importantes (como el que la pobreza no creciera más entre 2008 y 2010, como puede verse en la gráfica 1),⁵ sus acciones no contuvieron el aumento de la pobreza debido, en buena medida, a las características concretas que tomó esta crisis internacional: el incremento de los precios en los alimentos, conjugado con la disminución del ingreso laboral, en especial en zonas urbanas, así como una reducción del empleo de los mexicanos en Estados Unidos y sus secuelas en las transferencias por remesas.

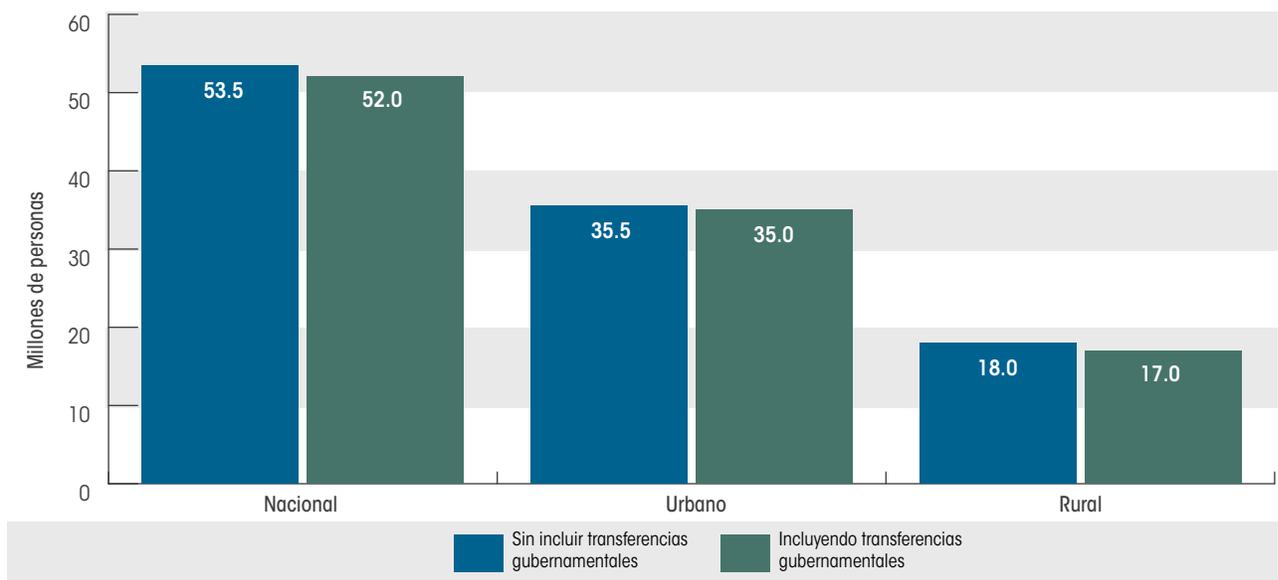
La crisis evidenció la falta de instrumentos para proteger a la población más vulnerable frente a estos riesgos coyunturales. A excepción del Programa de Empleo Temporal, cuyos recursos han sido limitados hasta hace poco, los principales programas de transferencias (como Oportunidades y el Procampo) no están proyectados para dirigir sus apoyos a la población ante contingencias económicas coyunturales. Además, por su diseño (financiamiento contributivo con costos relativamente altos) y en el contexto de la desigualdad económica en México, los sistemas de seguridad social (y en gran parte la legislación laboral que se aplica ante todo a los trabajadores asegurados) dejan sin protección a la mayoría de trabajadores de ingresos bajos y condiciones laborales más precarias. Incluso para la población asegurada, estos sistemas no consideran seguros de desempleo que les permitan enfrentar la materialización de riesgos (más allá de la reciente reforma al costo de los fondos de retiro).

⁵ Véase *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012*.

En México, los grupos de población que resintieron más la crisis fueron quienes residían en áreas urbanas y en zonas fronterizas con Estados Unidos, muchos de ellos con empleos con seguridad social. La efectividad moderada de la mayoría de los instrumentos de protección social utilizados para hacer frente al contexto adverso se debió, por una parte, a que están pensados para enfrentar problemas estructurales (ruptura de la pobreza intergeneracional) y, por otra, se orientan, en primera instancia, a quienes residen en áreas rurales y a quienes son trabajadores no asegurados. Los programas de política social que se enfocan a la población vulnerable que enfrenta situaciones adversas coyunturales (disminución temporal del ingreso a causa de eventos inesperados que ponen en riesgo el nivel de vida en el mediano y el largo plazo) y que reside en áreas urbanas tienen menos recursos e instrumentos, enfrentan mayores dificultades para identificar a su población objetivo y tienen la capacidad de atender a un número menor de beneficiarios.

En las gráficas 1a y 1b se muestra cómo habría variado la pobreza y la pobreza extrema en los ámbitos rural y urbano de no haber existido los programas federales de desarrollo social. Se observa que la contención de los instrumentos de política social fue mayor en las áreas rurales que en las urbanas.

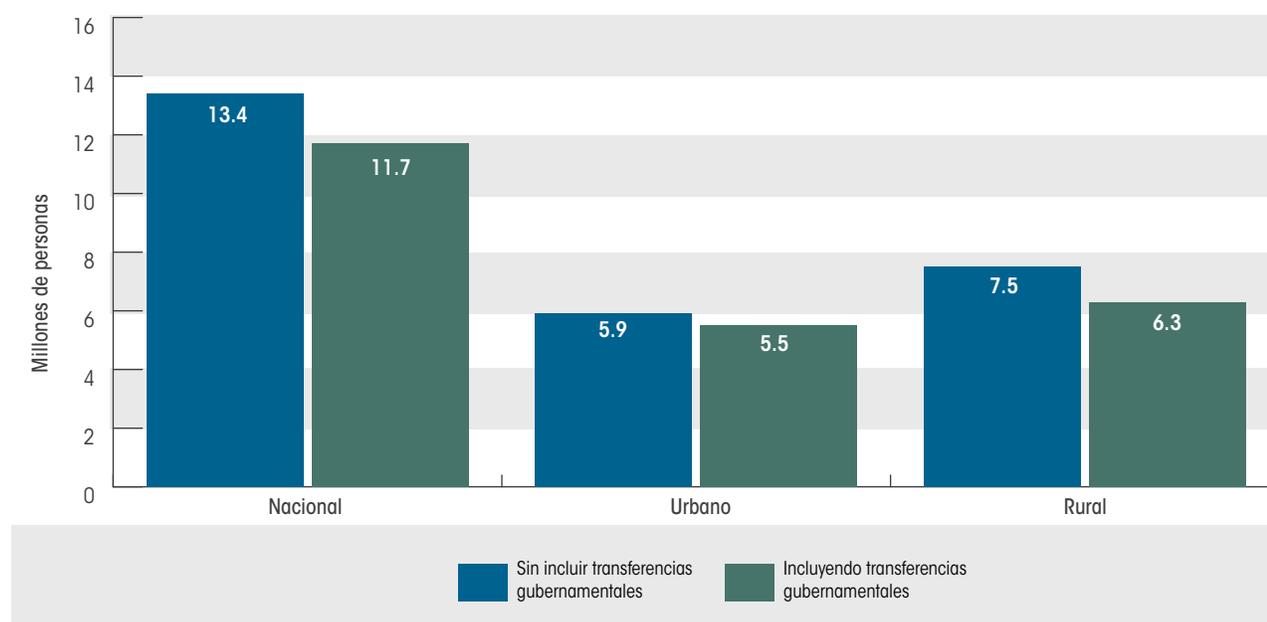
Gráfica 1a. Población en pobreza con y sin transferencias de programas gubernamentales, México, 2010 (millones de personas)



Esto no implica, desde luego, que sea menor el reto rural en materia de protección social. Por el contrario, la población rural pobre no es menos vulnerable ante las crisis económicas por ser beneficiaria de más o mejores programas de protección social, sino por su relativa lejanía y marginación de los mercados formales. Por ello, estas poblaciones también están comparativamente excluidas de la recuperación económica que, en general, reduce la pobreza urbana con mayor fuerza y rapidez que la rural. Por otro lado, la población rural es más vulnerable que la urbana frente a otros riesgos, como los desastres naturales.

Este entramado institucional puede describirse como "sistema" de protección social actual. Aunque no existe un concepto consensuado ni un diseño establecido de un sistema de protección social como esquema explícito de organización pública, es posible identificar un conjunto fragmentado conceptual, institucional y financieramente de "subsistemas" y programas dispersos, entre otros, en los ámbitos de la salud, las pensiones y las acciones dirigidas a mejorar el ingreso de la población. El conjunto de programas implica desigualdades amplias en cobertura y beneficios, genera desincentivos importantes, distorsiona los mercados laborales, y

Gráfica 1b. Población en pobreza extrema con y sin transferencias de programas gubernamentales, México, 2010 (millones de personas)



Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010.

no es claro que tenga sostenibilidad financiera. Además, este entramado institucional provee cobertura errática e incompleta en contra de estos riesgos.⁶ Es evidente que esta situación no es deseable o sostenible en el mediano y el largo plazo.

En síntesis, la cobertura incompleta de la seguridad social, la creación desordenada de nuevos instrumentos no contributivos que intentan complementar la seguridad social tanto en el ámbito federal como estatal, así como la carencia de instrumentos de política social para enfrentar las crisis coyunturales, entre otros aspectos, han motivado a distintos autores e instituciones a formular propuestas para mejorar el conjunto de instrumentos de protección social en México.⁷ Esto, porque la protección social es uno de los elementos clave para articular el desarrollo social y el económico.

En esta evaluación, el término de protección social toma como punto focal la *protección de la seguridad económica de las personas y sus hogares ante eventos de la vida, como son el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la muerte y la vejez*.⁸ También considera las limitaciones que ciertos hogares tienen para obtener un ingreso suficiente para adquirir una canasta básica alimentaria. Este enfoque prevé que la protección debe incluir, asimismo, aspectos de prevención y mitigación, con objeto de reducir la probabilidad y severidad de estos eventos, así como la vulnerabilidad de las personas cuando ocurren.

Además de sus costos intrínsecos en el nivel de bienestar de las personas, *se consideró tomar éstos como los principales riesgos, ya que ante su ocurrencia, y la ausencia de mecanismos de mitigación, los hogares pueden tener efectos de corto y largo plazo sobre sus posibilidades de ingreso y el capital humano de sus integrantes*. Esto sucede en situaciones en las que, al tener que disminuir su consumo, endeudarse, vender sus activos e incorporar en términos laborales a todos sus integrantes (incluso de los menores y adultos mayores) para complementar el ingreso, puede tener como consecuencia la asistencia irregular de los niños o su deser-

⁶ Al respecto, consúltese Levy, 2008.

⁷ Entre los autores que han formulado propuestas globales para la creación de un sistema de protección social pueden mencionarse a Levy (2008), así como a Antón, Hernández y Levy (2012). También están las propuestas de instituciones como el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (2012) y la Universidad Nacional Autónoma de México (2012).

⁸ Esta definición retoma los principios filosóficos con que nace la seguridad social. Se refiere exclusivamente a ciertos riesgos idiosincráticos. Ello no implica que el Estado no deba tener programas y acciones para prevenir y atender otros riesgos idiosincráticos, así como los de carácter sistemático. El concepto de seguridad económica refiere la protección ante fluctuaciones del consumo de los hogares.

ción escolar, o diferir o suspender la atención médica, por ejemplo, para compensar la reducción en sus ingresos.

La ocurrencia de eventos coyunturales puede, además, aumentar la pobreza transitoria, profundizar los niveles de pobreza de quienes ya lo son e imponer mayores obstáculos para los hogares pobres para salir de la pobreza, entre otros.

Debe señalarse que no existe una definición o conceptualización única de protección social. Los términos de seguridad social, seguro social, asistencia social, redes de protección social y protección social, entre otros, se usan indistintamente cuando se habla de protección social. Cada uno de ellos se utiliza de manera diferente en cada país, así como por los diversos organismos internacionales y autores; su connotación e implicaciones sobre los roles del Estado, del mercado y de los individuos también han variado a lo largo del tiempo.

En la última década se observa una literatura creciente sobre protección social y un consenso de que, en países en desarrollo, la protección social es una respuesta efectiva a la pobreza y la vulnerabilidad y un componente esencial en las estrategias de desarrollo económico y social. Estudios recientes han argumentado que la noción de la seguridad social es muy limitada dadas las necesidades sociales y económicas de los países en desarrollo y que debería usarse una noción más extensiva de protección social (Kabeer, 2002; Barrientos y Shepherd, 2003).

Asimismo, se ha argumentado que el rol de las políticas de la seguridad social debe ampliarse no sólo a "redes de protección", sino de forma más importante a "prevención" contra incrementos de pobreza y la "promoción" de mejores oportunidades de desarrollo individual (Guhan, 1994). Así, las redes de protección social cambiaron su énfasis de la protección en el corto plazo a intervenciones que abarcan simultáneamente niveles básicos de consumo de los pobres y que elevan la inversión en capital humano y otros activos productivos. Con ello se mejoró la capacidad de los pobres de enfrentar situaciones de fluctuación de ingresos (a partir de la experiencia de los programas de transferencias condicionadas de México con Oportunidades y Brasil con Bolsa Escola).

En este sentido, se ha propuesto que las políticas de protección social atiendan, además de los resultados negativos del desarrollo, la promo-

ción de oportunidades más equitativas entre todos los grupos de población. De igual modo, se ha planteado que el foco de las políticas de seguridad social en países en desarrollo debe ser la reducción y mitigación de las formas estructurales de vulnerabilidad y de la implementación de mecanismos para lidiar con todos los tipos de riesgos (Norton, Conway y Foster, 2001; Kabeer, 2002), así como que dichas políticas estén integradas dentro de la estrategia general de desarrollo del país en lugar de ser operadas como programas individuales (Kabeer, 2002).

De acuerdo con Norton y Conlin (2000), la protección social se refiere a las acciones públicas tomadas en respuesta a niveles de vulnerabilidad, riesgo y pobreza que se consideran socialmente inaceptables en una cierta sociedad. Dentro de este marco, dos aspectos son centrales: el primero, el énfasis en riesgo y vulnerabilidad que reconoce la naturaleza dinámica de la pobreza y enfoca la atención hacia la necesidad de estar preparado para las crisis, y el segundo, la exigencia de una política social proactiva que destaca la necesidad de ayudar a individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo e incrementar la seguridad (De Haan y Conlin, 2001).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la seguridad social como “la protección que la sociedad provee para sus miembros a través de una serie de medidas públicas contra el sufrimiento social y económico que de otra manera serían causados por la ausencia o reducción sustantiva en los ingresos como resultado de la enfermedad, maternidad, accidentes laborales, invalidez y muerte; la provisión de cuidado médico; y la provisión de subsidios para familias con niños” (OIT, 1984). La protección social –considera la OIT– tiene como origen los derechos humanos: “Derecho a beneficios que la sociedad provee a individuos y hogares –a través de medidas públicas y colectivas– para protegerlos contra estándares de vida bajos que derivan de un número de riesgos básicos y necesidades” (Van Ginneken, 2003). Un enfoque basado en derechos provee un elemento adicional a la protección social y la transforma de una opción de política a una obligación.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define protección social como “el conjunto de políticas y programas públicos y privados llevados a cabo por sociedades en respuesta a varias contingencias para compensar la ausencia o reducción sustancial de ingreso del trabajo, para proveer asistencia a familias con niños y para proveer a las personas con

cuidado básico de la salud y vivienda”. Se sustenta en “valores fundamentales con respecto a niveles aceptables y seguridad de acceso a ingreso, medios de vida, empleo, salud, servicios de educación, nutrición y refugio” (Naciones Unidas, 2000).⁹ Por su parte, el Banco Mundial propone como “marco conceptual para protección social el manejo social de riesgos y la describe como las intervenciones públicas para: a) ayudar a individuos, hogares y comunidades a manejar mejor el riesgo, y b) proveer apoyo a los pobres” (Holzmann y Jorgensen, 2010).

Por último, debe aclararse que la definición propuesta para esta evaluación no contiene todas las acciones para prevenir, mitigar y atender toda la multiplicidad de riesgos que enfrenta la población, ni siquiera de los sociales. Por ello, se requieren análisis y propuestas complementarias en esta materia, las cuales exceden este documento. Sin embargo, con base en la conceptualización de protección social propuesta, se cubren los riesgos principales en el ciclo de vida de todos los individuos y los hogares que afecten sus niveles de ingreso o consumo. Una vez definidos estos riesgos, es fundamental reflexionar sobre los aspectos operativos que permitan asegurar, por una parte, el acceso efectivo a los beneficios y servicios, y por otra, su implementación eficiente y sustentable en términos financieros.

La evaluación está estructurada en cuatro apartados. En el primero se describen las características generales de la protección social vigente en México en términos de su relación con los derechos sociales, su cobertura y el acceso y la calidad de los programas. De acuerdo con el contexto mostrado, en la segunda sección se presenta un diagnóstico de los principales riesgos económicos asociados a la protección social en el transcurso del ciclo de vida; se caracterizan elementos concernientes al acceso a la salud; a condiciones de vejez, discapacidad y orfandad; al trabajo y la insuficiencia de ingreso. Con base en los dos primeros apartados, en la tercera sección se formulan conclusiones y en la cuarta se enuncian recomendaciones de política pública.

⁹ Para una descripción más completa, ver Barrientos y Hulme, 2009.

CAPÍTULO 1

**Características generales
de la protección social
en México**



La protección social en México está constituida por un conjunto de sistemas de seguridad social contributivos, originados a partir de la década de 1940, así como por un conjunto de programas sociales no contributivos, cuya aparición se aceleró en el transcurso de la última década.¹⁰

Asumiendo que el objetivo de los instrumentos de protección social es amparar a las personas y sus hogares ante eventos como la enfermedad, la invalidez, la vejez y la muerte, entre otros, que pueden afectar sus niveles de consumo, se identifican las siguientes características de la protección social en México:

- a) *La población del país con acceso a programas sociales o a la seguridad social –a través de instituciones como el IMSS o el ISSSTE– aumentó y en mayor proporción la población con menores ingresos. La población beneficiaria de programas sociales (Oportunidades, adultos mayores, becas, Procampo) se elevó en 43 por ciento de 1992 a 2010 y en 21 por ciento de 2006 a 2010, tanto por la ampliación de cobertura de programas existentes como por la creación de nuevos instrumentos de política social. En 1992, el 69.3 por ciento de la población no tenía cobertura de programas sociales ni de seguridad social, pero en 2010 esta proporción disminuyó a 39.*
- b) *La población con carencia por acceso a la salud, medida sólo como derechohabencia, disminuyó nueve puntos porcentuales: de 40.8 en 2008 a 31.8 en 2010. Esta reducción se debió en buena medida al avance en afiliación al Seguro Popular.*
- c) *Hubo avances importantes en la cobertura de programas sociales que atienden riesgos relacionados con la seguridad social tradicional. Se creó el programa 70 y Más para atender a los adultos mayores que no cuentan con una pensión de retiro; en 2011, atendió a 2'149,024 personas adultas mayores. El programa de Estancias Infantiles, desde que inició su operación en 2007, ha extendido su cobertura en 125 por ciento, al atender a 261,079 personas en 2011.*

¹⁰ Los instrumentos contributivos son los financiados principalmente por sus propios beneficiados, mientras que los no contributivos son los financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios, y que tienen propósitos redistributivos.

- d) *Las políticas de protección social, así como las de desarrollo social, no están directamente asociadas a derechos.* Los progresos manifiestos en la Ley General de Desarrollo Social, que consisten en la definición de los derechos sociales, no se han convertido en instrumentos coordinados y eficaces de política pública. A pesar del avance en los distintos objetivos de política pública, aún no es posible materializar el pleno ejercicio de derechos sociales. En el caso de la dimensión de salud, por ejemplo, la afiliación a un sistema, instituto o programa no garantiza en todos los casos el acceso efectivo a los servicios de salud¹¹ (atención con capacidad resolutoria); respecto a la dimensión laboral, el acceso a los programas de apoyo al empleo no asegura la inserción laboral.
- e) *La cobertura de la protección social es limitada.* El porcentaje de población que no tenía acceso a la salud en 2010 era de 31.8, mientras que el de quienes carecían de acceso a la seguridad social ascendía, en el mismo año, a 60.7. Por la expansión que han tenido los programas no contributivos de salud y pensiones, en 2012 esta cobertura debió haber mejorado significativamente, aunque con niveles de beneficios y protección menores que los sistemas contributivos.

En cuanto a las políticas activas de empleo, el Programa de Apoyo al Empleo (que contó con el mayor presupuesto entre los dirigidos al fomento al empleo y apoyó a un mayor número de trabajadores en 2006-2011) atendió en 2011 a 421,464 personas en promedio anualmente, pero sólo logró que cerca de la mitad de éstas obtuvieran un empleo en dicho periodo; es decir, el número de beneficiarios no sólo es pequeño en comparación con el de desocupados (2.1 millones en promedio anual entre 2006 y 2011), sino que se identifican áreas de oportunidad en la obtención de un empleo.

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es el instrumento de atención a la población en pobreza más relevante del Gobierno Federal, y ha dispuesto de uno de los presupuestos más

¹¹ No existe consenso sobre una definición de acceso efectivo. Sin embargo, a partir de diferentes estudios que se realizaron para el CONEVAL, se identifica que es posible aproximar la definición del acceso efectivo a servicios de salud mediante las dimensiones relevantes del derecho a la salud. De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dichas dimensiones son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

altos entre los programas sociales (58,700.24 millones de pesos en 2011 con un aumento de 24 por ciento entre 2008 y 2011). La población atendida ha crecido de manera pronunciada a lo largo de su historia (su padrón pasó de 300,705 familias en 1997 a 5.8 millones en 2011) y ha sido un modelo de “lecciones aprendidas” para la creación de programas de transferencias condicionadas tanto en América Latina como en otras regiones del mundo (véase, por ejemplo, Cohen y Franco, 2006). No obstante, en 2010 había alrededor de 500,000 hogares identificados como parte de la población en pobreza que no han podido ser atendidos por diversas razones; entre éstas pueden mencionarse que las localidades no cuentan con acceso a una unidad de salud o son pequeñas, dispersas y móviles; o bien, debido a dificultades administrativas originadas por diferencias entre el catálogo de localidades del INEGI y el de Oportunidades. Hay una gran cantidad de hogares dispersos en zonas rurales cuya información no puede ser conocida por estar en localidades confidenciales. Además, la identificación de hogares elegibles en zonas urbanas ha probado ser un reto para el programa. Esto es, hacer efectivo el acceso a Oportunidades de una parte de la población potencial no ha sido posible a pesar de la existencia de un instrumento de política pública destinado expresamente a la población en condiciones de pobreza, y de la creación de un programa complementario, el Programa de Apoyo Alimentario, destinado a la población residente en las localidades más aisladas sin acceso a servicios educativos y de salud.

- f) *El nivel de acceso y la calidad de los programas de protección social es desigual horizontal y verticalmente.* La desigualdad horizontal consiste en que las instituciones y los programas de protección social entregan bienes y servicios diferentes a individuos con necesidades y riesgos similares. Las diferencias en los paquetes de beneficios pueden deberse a características contingentes, como el área de residencia o la condición laboral, entre otros. Por su parte, la desigualdad vertical implica que en México se ejerce una proporción sustantiva del gasto social a través de instrumentos regresivos en términos absolutos en detrimento de instrumentos progresivos o neutrales (véase la sección de incidencia distributiva y equidad del gasto social del *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012*). Así, frente a

riesgos similares, tienden a obtener beneficios menores quienes tienen menores ingresos¹² y son los hogares de menores ingresos los que tienden a enfrentar mayores riesgos.

- g) *La coordinación y complementariedad entre entidades y dependencias para entregar beneficios a la población vulnerable y en pobreza es débil.* A pesar de que existen espacios institucionales de colaboración entre instancias de gobierno (la Comisión Intersecretarial y la Comisión Nacional de Desarrollo Social, por ejemplo), hay programas e instituciones dirigidas a cubrir riesgos similares de carácter contributivo y no contributivo, tanto a nivel federal como estatal; o bien, dirigidas al mismo derecho y población objetivo sin necesariamente contar con vinculación institucional entre sí y con esquemas de financiamiento diferentes, lo cual encierra duplicidades y vacíos de cobertura.
- h) *No existen instrumentos eficaces dirigidos a la población vulnerable residente en áreas urbanas y que, además, puedan activarse frente a crisis inesperadas.* Los grupos de población con mayor deterioro en el contexto de la crisis económica experimentada en el país en 2009 fueron quienes residían en áreas urbanas y en las zonas fronterizas con Estados Unidos. Las acciones del Gobierno Federal para contener la disminución del nivel de vida de la población permitieron que el número absoluto y relativo de personas en condición de pobreza extrema no creciera en 2010 respecto a 2008; sin embargo, fueron insuficientes para frenar el aumento de la pobreza en las áreas urbanas y fronterizas debido a que los instrumentos más importantes en términos presupuestarios y de población atendida están dirigidos principalmente a la población en pobreza de largo plazo, residente en áreas rurales y que carecen de acceso a la seguridad social.

A continuación se describen algunos riesgos vinculados a la protección social que pueden materializarse en el curso de vida. Se destacan los que tienen que ver con el acceso a la salud, la vejez, la discapacidad y orfandad, así como con el trabajo y el ingreso.

¹² Se resalta la importancia de la regresividad de los instrumentos de política pública sólo para evaluar la asignación de beneficios sociales en términos de su equidad. Esto no supone que la equidad es el único objetivo o el objetivo dominante de todos los instrumentos de gasto social. Un rubro de gasto social regresivo puede justificarse cuando persigue otros fines.

CAPÍTULO 2

**Riesgos asociados
a la protección social**



En la conceptualización propuesta de protección social para esta evaluación se considera la prevención, mitigación y atención de ciertos riesgos en el ciclo de vida de todos los individuos y los hogares.

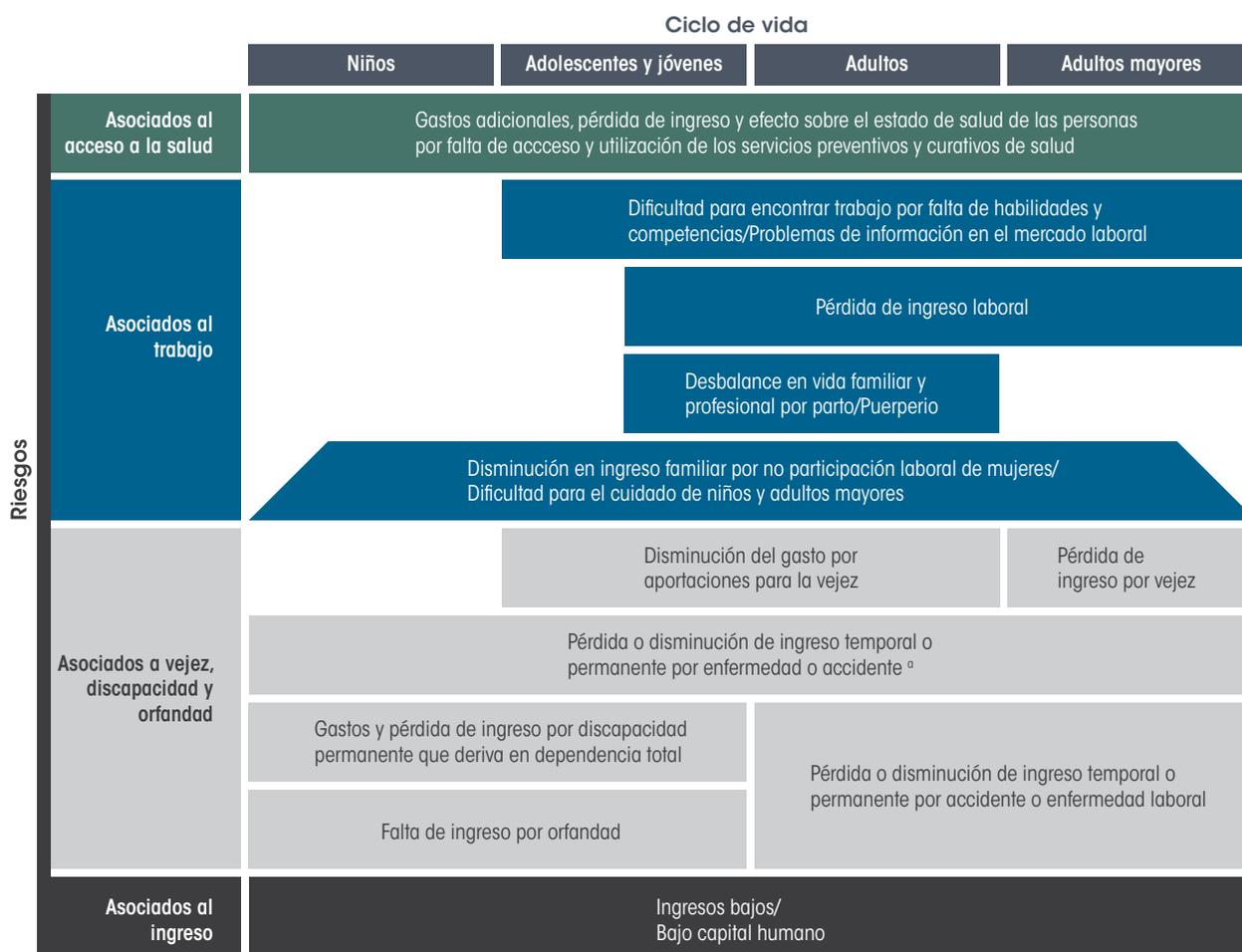
La selección de los riesgos que enfrentan los individuos durante el ciclo de vida siguió dos criterios generales. El punto de partida fue considerar los derechos sociales establecidos en la Ley General de Desarrollo Social y las dimensiones con base en las cuales se mide la pobreza. Una vez que se delimitó y cuantificó un conjunto amplio de riesgos, se organizaron reuniones de trabajo con especialistas en diversos aspectos concernientes a protección social a fin de identificar y jerarquizar los que podían ser más importantes para el contexto social nacional¹³ y que afectarían el ingreso y consumo de la población (riesgos económicos).

Los riesgos asociados a la protección social en el transcurso del ciclo de vida, y que se analizarán en esta evaluación, se representan en la figura 1. En las filas se muestran los que tienen que ver con cuatro dimensiones clave de la protección social: a) acceso a la salud; b) el trabajo; c) la orfandad, discapacidad y vejez; y d) el ingreso. En las columnas se representan cuatro grupos etarios de acuerdo con diferentes momentos del ciclo de vida: niños, adolescentes y jóvenes, adultos y adultos mayores. Las celdas simbolizan los riesgos relacionados con una de las dimensiones de protección social que enfrentan los individuos que se encuentran en un momento del ciclo de vida particular.

La primera celda de color verde, por ejemplo, indica que todos los individuos a lo largo de su ciclo de vida pueden enfrentar gastos adicionales, pérdida de ingreso y tener un efecto sobre su estado de salud debido a falta de acceso efectivo de los servicios preventivos de salud. Por su parte, la primera de las celdas de color azul señala que tanto los adolescentes y jóvenes como los adultos y adultos mayores pueden enfrentarse a la dificultad para encontrar trabajo, sea por falta de habilidades y competencias o por problemas de información en el mercado laboral.

¹³ En las sesiones participaron especialistas del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, el Centro de Investigaciones y Docencia Económicas, El Colegio de México, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, el Hospital Infantil de México Federico Gómez y la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otros.

Figura 1. Principales riesgos asociados a la protección social en el curso de vida



Fuente: Elaboración del CONEVAL.

^a Se consideran situaciones en las que una enfermedad o accidente imposibilita a las personas a realizar una actividad económica remunerada, tales como ceguera, sordera, parálisis o falta de un miembro específico, entre otros. En el caso de los menores de edad, este riesgo se refiere a la situación en la que éstos tienen una discapacidad o una enfermedad que exige que un integrante del hogar deje de trabajar para dedicarse a su cuidado; o bien, que alguien que podría contribuir al gasto doméstico deje de hacerlo para ocuparse de su cuidado.

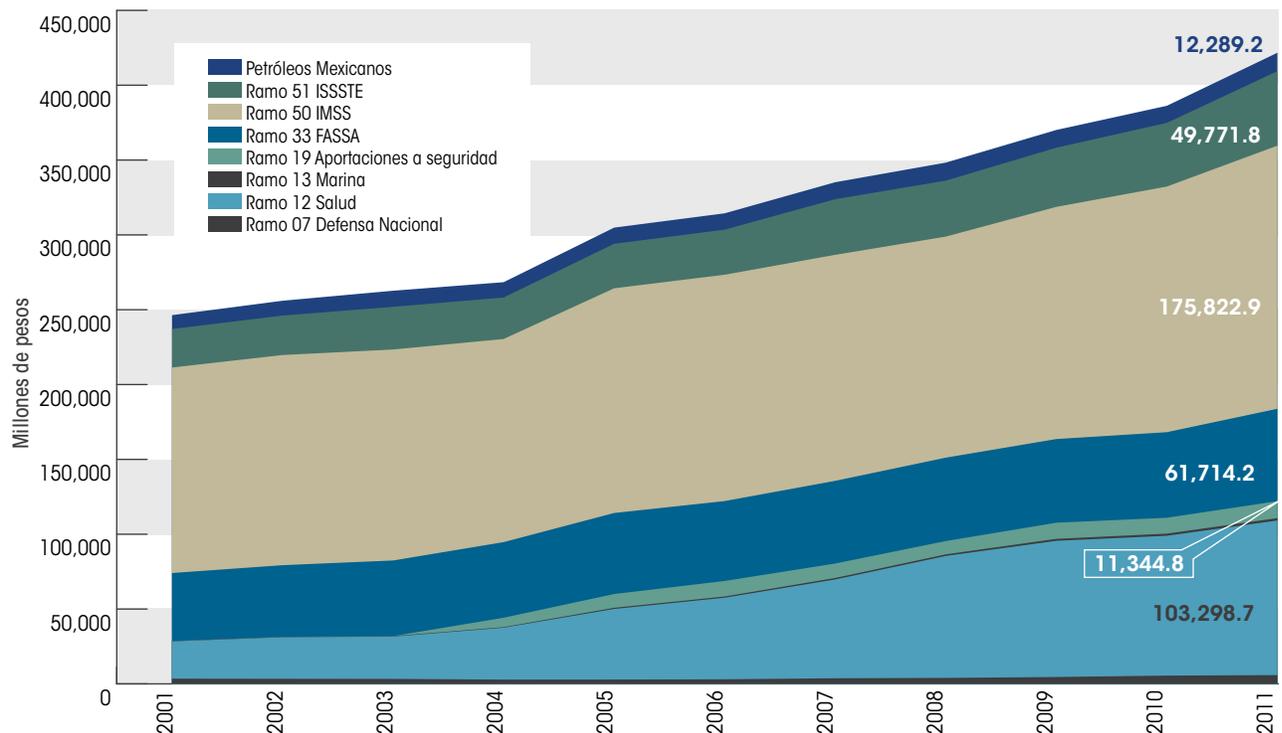
A continuación se presenta un diagnóstico de los riesgos asociados a cada una de las dimensiones de la protección social, así como una caracterización de la dispersión de los programas sociales y la dificultad para acceder a ellos. El objetivo es, por una parte, esbozar el escenario poblacional actual de las dimensiones en términos de indicadores clave y, por otro, describir el diseño institucional vigente para contribuir a enfrentar dichos riesgos.

1. DIAGNÓSTICO DE RIESGOS ASOCIADOS AL ACCESO A LA SALUD

El sistema de salud mexicano tuvo logros importantes entre 2006 y 2011. Entre éstos pueden destacarse los siguientes:

- a) El gasto total en salud del Gobierno Federal creció 34.1 por ciento entre 2006 y 2011, pues aumentó de 314,409.1 millones a 421,682.7 millones (gráfica 2).¹⁴

Gráfica 2. Gasto en salud por ramo, 2001-2011 (pesos constantes de enero de 2011)



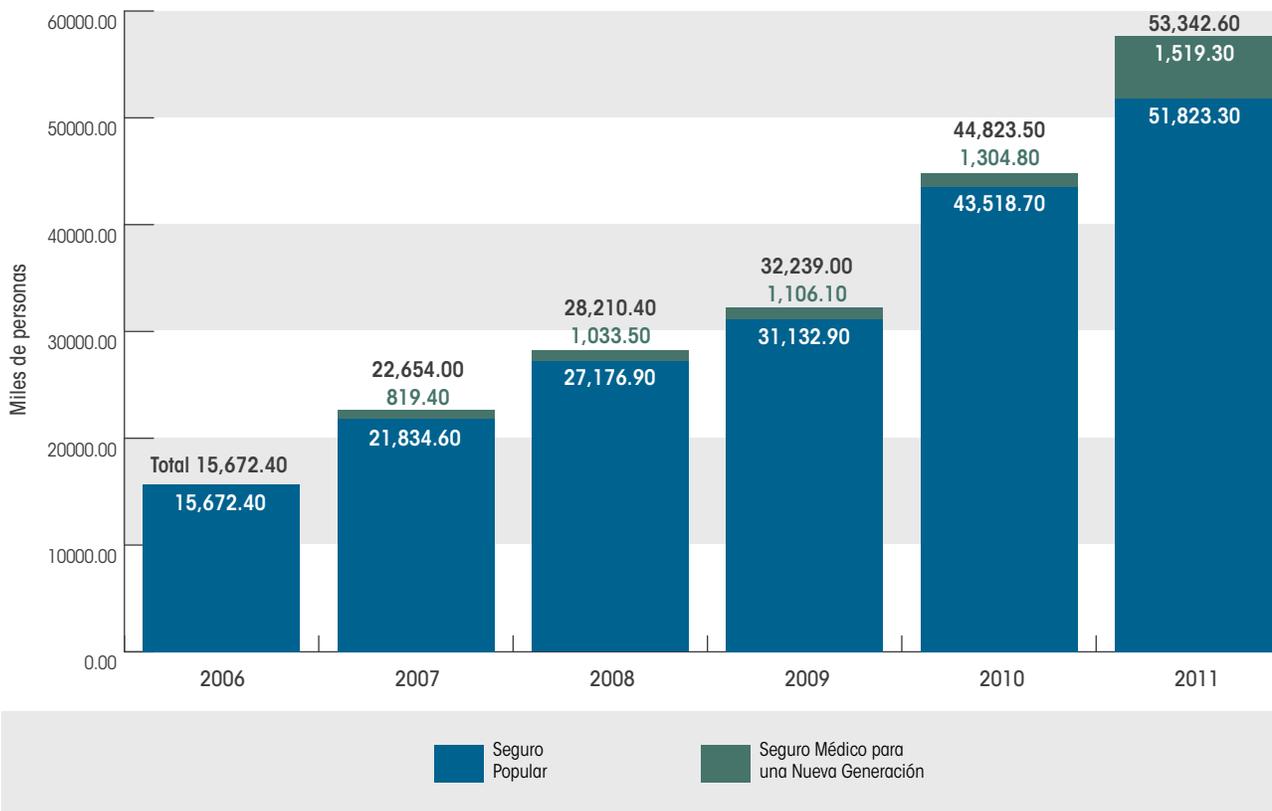
Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001-2011.

Nota: En virtud de su nivel menor en comparación con otras instituciones, el gasto en salud del Ramo 7 (Defensa Nacional; 5,851.3 millones de pesos en 2011) y Ramo 13 (Marina; 1,589.8 millones de pesos en 2011) no alcanza a distinguirse en la gráfica. Todos los montos están expresados en pesos constantes de 2011.

¹⁴ Se consideran los rubros de salud de los ramos presupuestarios correspondientes a Defensa Nacional (Ramo 7), Marina (Ramo 13), Aportaciones a seguridad (Ramo 19), FASSA (Ramo 33), IMSS (Ramo 50), ISSSTE (Ramo 51) y Petróleos Mexicanos, así como Salud (Ramo 12, completo).

- b) La afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y al Seguro Médico para una Nueva Generación creció de manera pronunciada en los últimos años. La población afiliada por el primero aumentó de 15.7 millones de personas en 2006 a 51.8 millones en 2011, mientras que la del segundo pasó de 819.4 mil personas en 2007 a 5,783.1 entre 2007 y 2011. Esto representa un paso importante hacia la universalización de la atención en salud (gráfica 3).

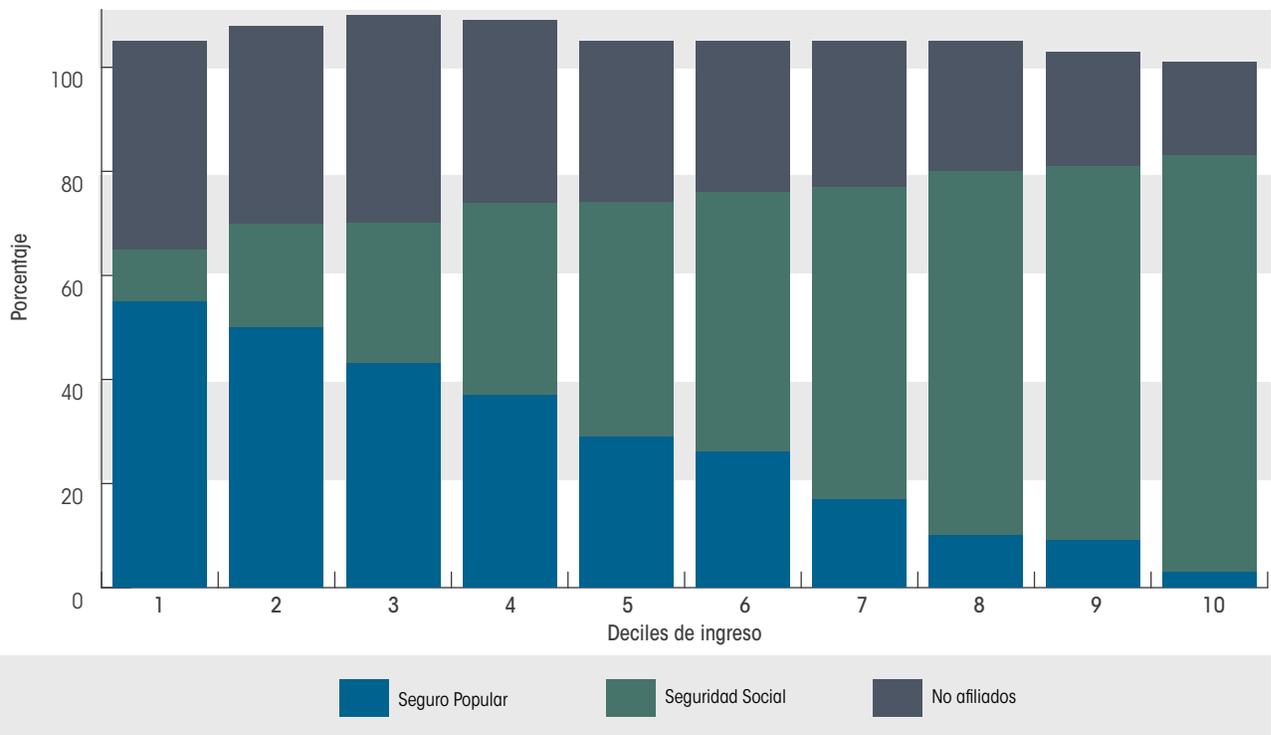
Gráfica 3. Población cubierta por el Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación, 2006-2011 (miles de personas)



Fuente: Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 y Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012.

- c) Entre los instrumentos de política pública en materia de salud resalta el Seguro Popular. En la gráfica 4 puede observarse que proporciones significativas de la población de los deciles de menores ingresos están afiliadas al Seguro Popular.

Gráfica 4. Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular por deciles de ingreso por persona, México, 2010



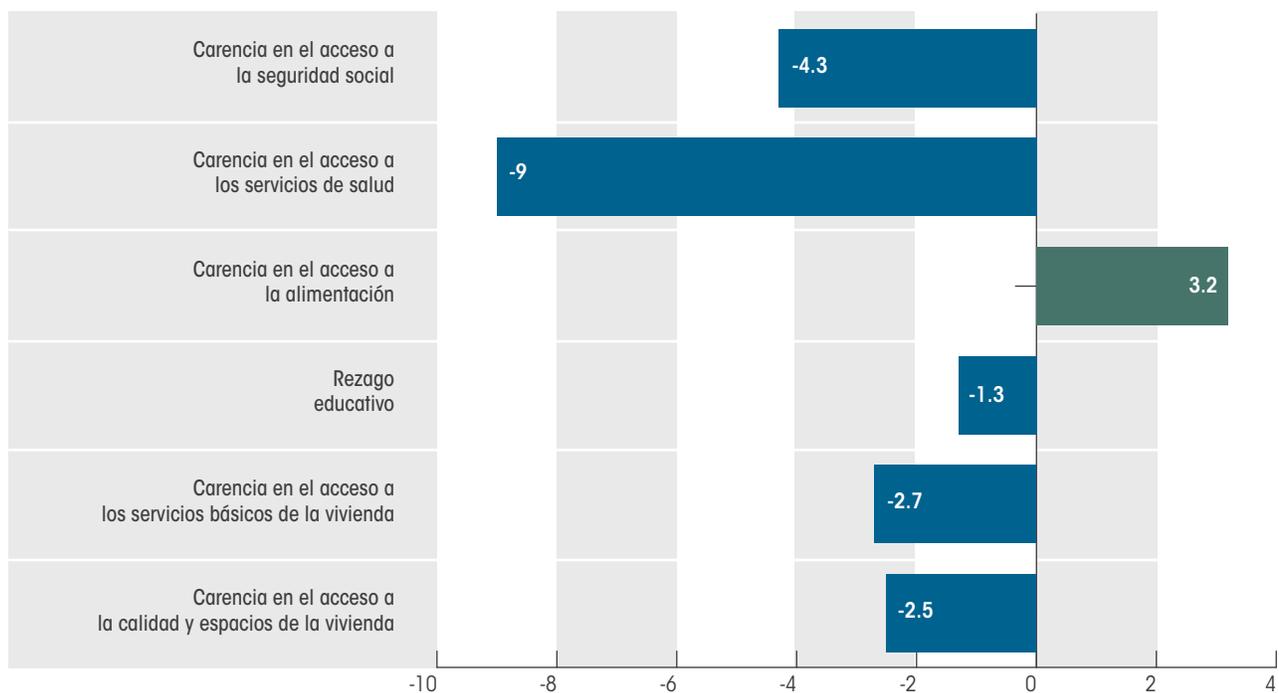
Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH 2010.

Nota: Los porcentajes no suman 100 porque hay 3.3 millones de personas que reportan estar afiliadas al Seguro Popular y a la Seguridad Social de forma simultánea.

- d) La población nacional con carencia por acceso a la salud, medida sólo como derechohabencia, de acuerdo con la medición de pobreza del CONEVAL, disminuyó de 40.8 por ciento en 2008 a 31.8 por ciento en 2010, nueve puntos porcentuales en total. Esto representa que nueve millones de personas lograron acceso a los servicios de una institución de salud entre dichos años. Esta es la carencia que disminuyó de manera más pronunciada entre las consideradas para la medición de la pobreza (gráfica

5). La reducción de la carencia de acceso a los servicios de salud se debió en buena medida al avance de cobertura del Seguro Popular.

Gráfica 5. Cambio porcentual por carencia social, México 2008-2010



Fuente: *Medición de la pobreza 2010 a nivel nacional*. CONEVAL, 2011.

A pesar de estos logros, el panorama del sistema de salud es complejo y aún existen retos que deben enfrentarse, como se verá a continuación. Si bien es destacable el aumento de la cobertura, que puede ser un cimientito valioso para la universalización de la protección social, el objetivo principal es incrementar el acceso efectivo a este derecho social, el cual no avanzará en forma adecuada si no se mejora la calidad de los servicios.

Gastos en servicios de salud

En 2010, el gasto total en salud ascendió a 916,071 millones de pesos, que representan 6.2 por ciento del producto interno bruto (PIB). Del total, 49 por ciento fue erogado directamente por las familias mediante gasto de bolsillo; 3.7 por ciento, a través de seguros privados; y 47.3 por ciento lo

constituyó el gasto público en salud. Del total del gasto público, 52.9 por ciento corresponde al gasto en salud de las instituciones de seguridad social, de Pemex y de las Fuerzas Armadas; y 47.1 por ciento, al de los servicios estatales, de la Secretaría de Salud y del IMSS-Oportunidades para población no cubierta por la seguridad social (cuadro 1).

Cuadro 1. Gasto ejercido por instituciones públicas de salud, México, 2000-2012*
(millones de pesos de 2012)

Institución	2000	2006	2011	2012**	Variación real 2000-2012		Variación real 2006-2012	
					Monto	Porcentaje	Monto	Porcentaje
Nacional	254,032.8	338,167.2	460,649.7	461,508.8	207,476.0	81.7%	123,341.7	36.5%
Población sin seguridad social	87,105.3	136,809.9	209,437.2	220,231.5	133,126.2	152.8%	83,421.6	61.0%
Secretaría de Salud	66,935.6	107,902.8	165,012.9	175,430.7	108,495.1	61.7%	67,527.9	30.2%
Ramo 12 "Salud" ¹	23,802.1	54,524.5	103,298.7	113,479.7	89,677.6	376.8%	58,955.2	108.1%
Ramo 33 "FASSA"	43,133.4	53,378.3	61,714.2	61,951.0	18,817.6	43.6%	8,572.7	16.1%
Programa IMSS-Oportunidades ²	6,917.8	6,761.0	8,123.8	8,500.0	1,582.2	22.9%	1,739.0	25.7%
Gasto estatal ³	13,251.9	22,146.0	36,300.5	36,300.8	23,048.9	173.9%	14,154.8	63.9%
Población del sector privado con seguridad social SEM y SSFAM (IMSS)	131,579.2	156,464.6	181,710.4	181,710.4	50,131.2	38.1%	25,245.8	16.1%
Instituto Mexicano del Seguro Social ⁴	129,269.4	151,237.0	175,822.9	175,822.9	46,553.5	36.0%	24,585.9	16.3%
Seguro de Salud para la Familia ⁵	2,309.8	5,227.6	5,887.4	5,887.5	3,577.7	154.9%	659.9	12.6%
Población del sector público con seguridad social (Pemex, Defensa y Marina)	35,348.3	44,892.7	69,502.1	59,567.0	24,218.6	68.5%	14,674.2	32.7%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ⁶	23,714.1	30,115.3	49,771.8	44,498.0	20,783.9	87.6%	14,382.6	47.8%
Petróleos Mexicanos ⁷	8,307.8	10,921.0	12,289.2	8,691.9	384.1	4.6%	-2,229.1	-20.4%
Secretaría de la Defensa Nacional ⁷	3,134.6	3,052.6	5,851.3	4,982.4	1,847.7	58.9%	1,929.8	63.2%
Secretaría de Marina ⁷	191.7	803.8	1,589.8	1,394.7	1,203.0	627.4%	590.9	73.5%

¹ No incluye el presupuesto ejercido de 2000 a 2003 del programa IMSS Oportunidades. Considera el presupuesto ejercido del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular-Oportunidades y Seguro Médico para una Nueva Generación) de 2002 a 2012.

² Considera de 2000 a 2003 el presupuesto ejercido en Ramo 12 para el Programa IMSS Oportunidades y de 2004 a 2012 el presupuesto erogado a través del Ramo 19 para el Programa IMSS-Oportunidades a cargo del IMSS.

³ 2006-2010 importes de SICIENTAS (SESA's). Por la inexistencia de datos para 2011 y 2012, se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2010.

⁴ Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS). Considera el total del gasto del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), sin considerar las prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, costo laboral y las reservas financieras y actuariales. Por la inexistencia de datos para 2012 se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2011.

⁵ Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS). Considera el total del gasto del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), sin considerar las prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, costo laboral y las reservas financieras y actuariales. Por la inexistencia de datos para 2012 se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2011.

⁶ Considera el presupuesto ejercido en la función salud (no se incluye el componente de seguridad social).

⁷ Considera el presupuesto ejercido por la institución en la función salud.

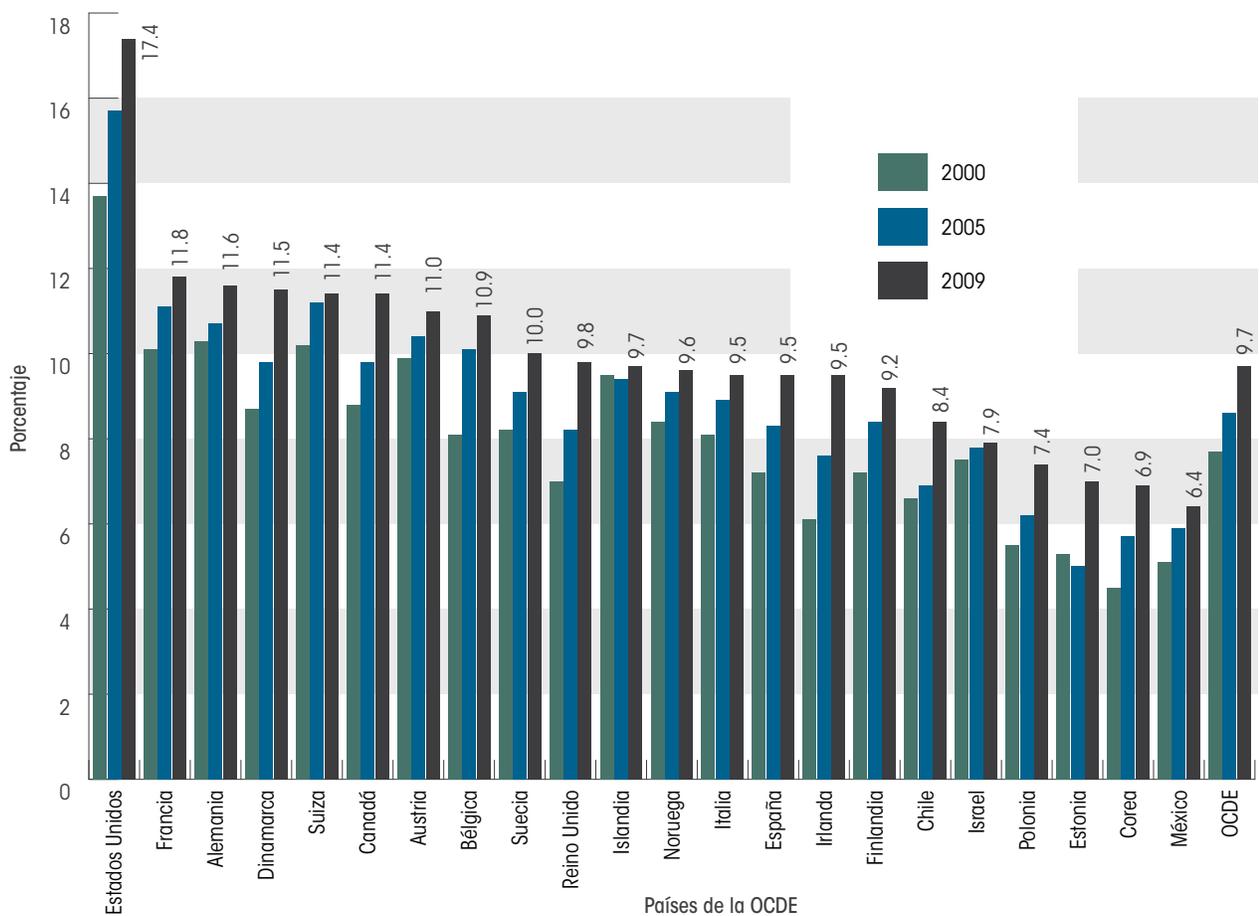
* 2006-2011 importes de Cuenta Pública.

** PEF 2012 original.

Fuente: Elaborado por el Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en la Secretaría de Salud (DGPOP), Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS), Cuentas de la Hacienda Pública Federal y Presupuestos de Egresos de la Federación para los años que se indican.

Aun cuando el gasto público ha aumentado de manera considerable en la última década, México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con el menor gasto total en salud (gráfica 6). Sin embargo, es el país con mayor porcentaje de gasto de bolsillo (gasto directo de los consumidores en consultas, hospitalizaciones, medicamentos o estudios de laboratorio o gabinete) (49 por ciento del gasto total) y sus costos administrativos representan 10.7 por ciento, porcentaje mayor en comparación con el cuatro por ciento promedio de los países de la OCDE (HIMFG, 2011).

Gráfica 6. Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2005, 2009 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en OCDE, 2011.

En el esquema actual de financiamiento en salud en México, los hogares mexicanos llevan la mayor carga. Lo anterior se debe a que, además del gasto de bolsillo, una parte del considerado gasto público en salud –el relativo a los seguros de salud del IMSS y el ISSSTE– es financiada, en su mayoría, por aportaciones de los trabajadores (tanto del sector público como privado), así como por las cuotas patronales al IMSS, por un monto total de 106,826 millones de pesos (27 por ciento del gasto público); este último no incluye las cuotas del gobierno como patrón. Tomando en cuenta ambos rubros, en 2010 el gasto familiar y privado financió 64.4 por ciento del gasto total en salud (HIMFG, 2011).

El financiamiento de los servicios de salud provistos por la Secretaría de Salud, los servicios estatales e IMSS-Oportunidades se hace en su totalidad con recursos públicos y se dirige a la población no asegurada, en su mayoría de origen federal (en 84.5 por ciento). En el ámbito federal, el financiamiento se encuentra disperso en varios programas con reglas diferentes, lo cual complica el escenario institucional y la relación entre la Federación y las entidades federativas: Ramo 33-FASSA, Ramo 12 con diferentes programas de la Secretaría de Salud, incluyendo el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación, y el programa IMSS-Oportunidades, operado por el IMSS. Aunque el diseño del Seguro Popular comprendió el pago de las familias inscritas según su nivel socioeconómico, en la práctica más de 98 por ciento de las familias están exentas del pago de la prima (HIMFG, 2011).

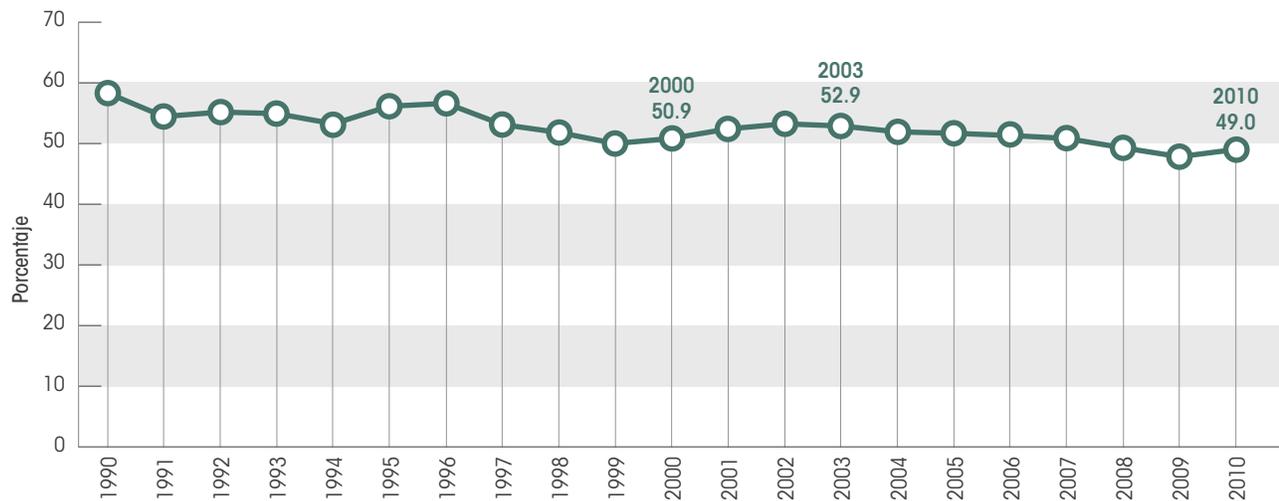
Por su parte, como ya se mencionó, los recursos registrados como gasto público destinado a los servicios de salud de la población afiliada al IMSS y al ISSSTE no provienen en su totalidad del Gobierno Federal. En el caso de los servicios de salud del IMSS, en 2011, de los 169,878.8 millones de pesos que se gastaron en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, 63.9 por ciento provino de las cuotas obrero-patronales. En contraste, en el caso del ISSSTE, en el mismo año, de los 48,089.1 millones de pesos que se destinaron a servicios de salud, sólo 20.2 por ciento fueron financiados por los trabajadores (en este caso, el Gobierno Federal aporta a la vez la cuota social y la del empleador). Los servicios de salud de Pemex y las Fuerzas Armadas son financiados en su totalidad por el Gobierno Federal. Considerando sólo los recursos del Gobierno Federal, en 2011 la aportación anual por persona según régimen de afiliación tiene una gran varianza y es la siguiente: IMSS, 1,421 pesos; población no cubierta por la seguridad social (atendida por servicios estatales de salud, Secre-

taría de Salud e IMSS-Oportunidades), 2,439 pesos; ISSSTE, 5,390 pesos; y Pemex y Fuerzas Armadas, 17,489 pesos.¹⁵ Debe señalarse que los costos de administración y rectoría representan, en promedio, 22 por ciento del gasto público en salud (HIMFG, 2011).

Gasto privado en salud

En 2003, año en que inició el Seguro Popular, 52.9 por ciento del gasto total en salud provenía del bolsillo de los hogares; en 2010, ese porcentaje disminuyó 3.9 puntos porcentuales y quedó en 49.0. En ese mismo periodo, el gasto público en salud destinado a población no asegurada aumentó 91 por ciento en términos reales; esto es, cada punto porcentual de incremento del gasto público para personas sin seguridad social está asociado a una reducción del gasto de bolsillo de sólo 0.04 puntos porcentuales.

Gráfica 7. Gasto en salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo) como porcentaje del gasto total en salud, México, 1990-2010

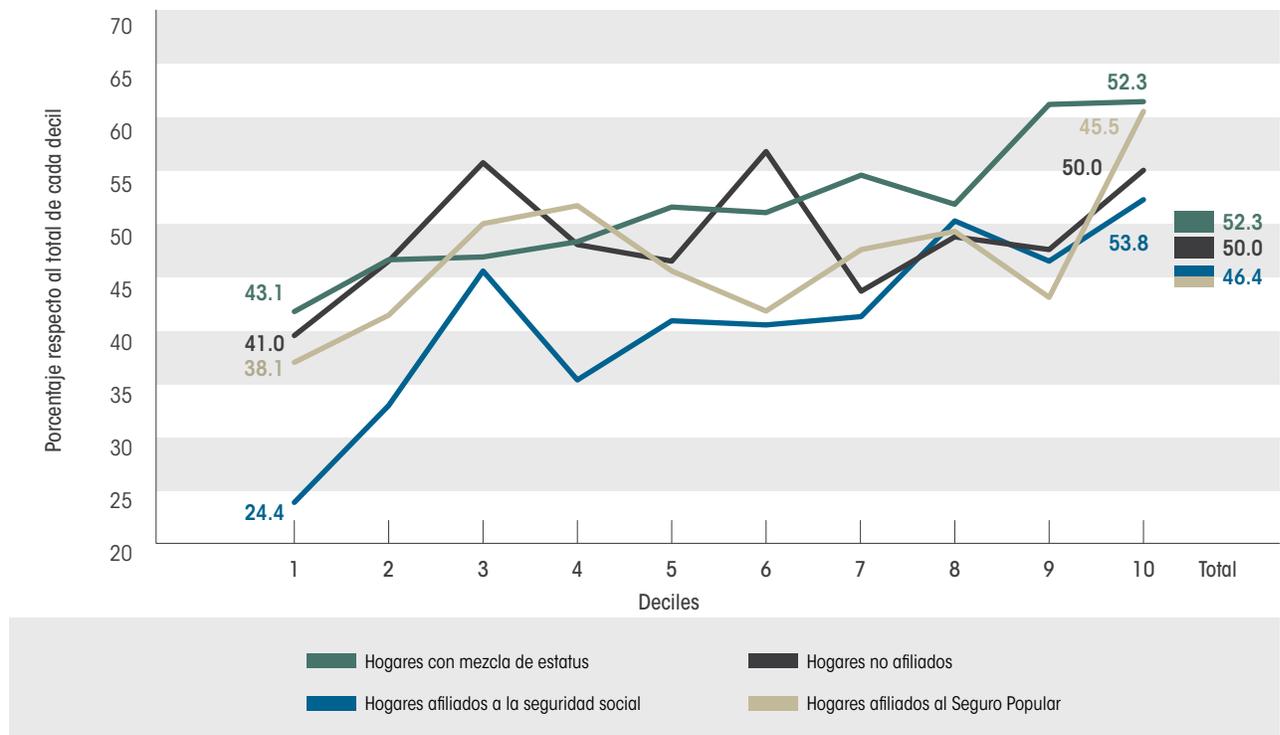


Fuente: Elaboración de Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con datos de la OCDE.

¹⁵ Elaboración HIMFG para el CONEVAL con datos de la población cubierta por tipo de institución reportada por el Censo. Se consideran sólo las contribuciones del Gobierno Federal, tanto como patrón como la cuota social. En el caso de los trabajadores de Pemex y Fuerzas Armadas, incluye el presupuesto ejercido por la institución en la función salud por no haber contribución de los trabajadores. Fuentes de registros administrativos: a) IMSS, Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011; los ingresos no abarcan los recursos que financian el costo de las prestaciones económicas que se atribuyeron de forma proporcional a las cuotas obrero-patronales y a la contribución estatal; y el gasto considera el total del Seguro de Enfermedades y Maternidad, sin considerar las prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, costo laboral y las reservas financieras y actuariales; b) ISSSTE, estados de resultados del Informe Financiero y Actuarial del ISSSTE para el Seguro de Salud que indican las aportaciones de los trabajadores y la aportación federal: la aportación como patrón (dependencia) y cuota social. Los recursos señalados como aportaciones en el caso de los trabajadores del ISSSTE se presupuestan dentro del rubro de servicios personales en el caso del Gobierno Federal.

Por otro lado, de acuerdo con estimaciones basadas en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010, 49 por ciento de los hogares del país destina a la salud un promedio anual de 5,138 pesos; los rubros en los que más gastan son medicamentos y consultas médicas, pues representan 30.2 y 28.3 por ciento de su gasto en salud, respectivamente (HIMFG, 2011). La gráfica 8 muestra el porcentaje de hogares que gastan en salud por decil de ingresos y afiliación. Como puede observarse, el porcentaje de ese gasto es similar para el grupo de hogares afiliados a la seguridad social y al Seguro Popular, y menor para los no afiliados, excepto en el octavo decil, en el que no existen diferencias. Asimismo, resalta el gasto de los hogares con mezcla de estatus en los últimos cuatro deciles.

Gráfica 8. Gasto en salud por afiliación y deciles de ingreso por persona (porcentaje respecto al total de cada decil)



Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en la ENIGH 2010.
Nota: Los hogares con mezcla de estatus se refieren aquellos que cuentan con más de una afiliación.

Estado de salud de la población mexicana

La población de México muestra una situación polarizada en lo referente a su estado de salud. Se aprecia una tendencia descendente de la prevalencia de enfermedades infecciosas y de las mortalidades, como la neonatal, infantil y maternas. No obstante, aún se registran niveles significativos y diferenciales para estos indicadores entre regiones y subgrupos de la población. Por otro lado, los cambios demográficos, epidemiológicos, ambientales y de estilos de vida han resultado en un progresivo incremento de las enfermedades no transmisibles. Los principales factores de riesgo en la actualidad para este conjunto de causas son la obesidad (30 por ciento en la población adulta), el consumo excesivo de alcohol (4.8 por ciento) y el tabaquismo (13.3 por ciento), junto con la falta de ejercicio físico. Las enfermedades no transmisibles, además de las consecuencias sobre la salud, tienen también repercusiones económicas, sociales y laborales y ponen en riesgo la viabilidad financiera y la capacidad de respuesta de los servicios de salud (HIMFG, 2012).

El estado de salud de la población del país todavía no logra alcanzar las cifras promedio de los países que integran la OCDE (cuadro 2). En México, la expectativa de vida es menor tanto al nacimiento¹⁶ como a los 65 años,¹⁷ y las cifras de bajo peso al nacer,¹⁸ mortalidades infantil, materna y por cáncer cérvico-uterino¹⁹ son considerablemente superiores. La mortalidad materna es un ejemplo de que no se ha logrado avanzar en la calidad del servicio y en el acceso efectivo, pues si bien se observa una reducción importante desde 1990, México está aún lejos de la Meta del Milenio de tener 22 muertes por cada cien mil nacidos vivos en 2015 (CONEVAL, 2012). El número de muertes por accidentes automovilísticos se duplicó de 1970 a 2006, mientras que en los países de la OCDE disminuyó más de la mitad (OCDE, 2011c y 2012).

¹⁶ La esperanza de vida al nacimiento es el promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento si se mantuvieran a lo largo de su vida las condiciones de mortalidad del presente.

¹⁷ Promedio de años que espera vivir una persona a partir de los 65 años de edad si se mantuvieran a lo largo de su vida las condiciones de mortalidad del presente.

¹⁸ Peso de un recién nacido menor de 2.5 kilos, sin importar su edad gestacional.

¹⁹ Es el número de defunciones de mujeres por cáncer cérvico-uterino por cada mil mujeres en el año de referencia.

Cuadro 2. Indicadores del estado de salud de la población para el conjunto de países que integran la OCDE y para México, 2009

Indicador	OCDE	México
Esperanza de vida (años) total	82	75.3*
Mujeres	82.2	77.6
Varones	76.6	72.9
Expectativa de vida a los 65 años total	19	18
Mujeres	20.4	18.3
Varones	17.5	16.8
Bajo peso al nacer ^a	6.6	8.4
Mortalidad neonatal ^b	3	9.4
Mortalidad infantil ^c	4.4	14.7
Mortalidad materna ^b	3.8	62.2
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino ^d	4.4	9.7
Cambio porcentual de muertes por accidentes de automóvil (1970 – 2006)**	-59 por ciento	94 por ciento

*Fuente: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

**Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con datos de OCDE, 2010.

a. por 100 nacidos vivos.

b. por 1,000 nacidos vivos.

c. por 100,000 nacidos vivos.

d. por 100,000 mujeres de 25 o más años.

La transición epidemiológica es visible en las principales causas de mortalidad. El cuadro 3 muestra el comparativo de las principales causas de mortalidad general entre 1980 y 2009. En 2009, las enfermedades no transmisibles (enfermedades del corazón y *Diabetes mellitus*) ocuparon los primeros lugares de las causas de muerte más importantes en la población general. Las infecciones intestinales y respiratorias agudas se ubicaron en lugares menos relevantes.

Cuadro 3. Principales causas de mortalidad general, México, 1980 y 2009

Causa**	1980			2009		
	Lugar	Número	Tasa*	Lugar	Número	Tasa*
Enfermedades cardíacas	4	35,866	53.4	1	97,174	90.4
Diabetes mellitus	9	14,626	21.8	2	77,699	72.2
Tumores malignos	5	26,427	39.4	3	68,454	63.6
Accidentes	1	48,098	71.6	4	39,456	36.7
Enfermedades del hígado	-	-	-	5	31,756	29.5
Enfermedad cerebrovascular	7	15,215	22.7	6	30,943	28.8
Agresiones (homicidios)	-	-	-	7	19,803	18.4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	-	-	-	8	17,727	16.5
Neumonía e influenza	3	38,318	57.1	9	17,112	15.9
Ciertas afecciones perinatales	6	26,399	39.3	10	14,728	13.7
Otras causas	-	229,516	341.7	-	149,821	139.3
Total		434,465	646.9		564,673	525

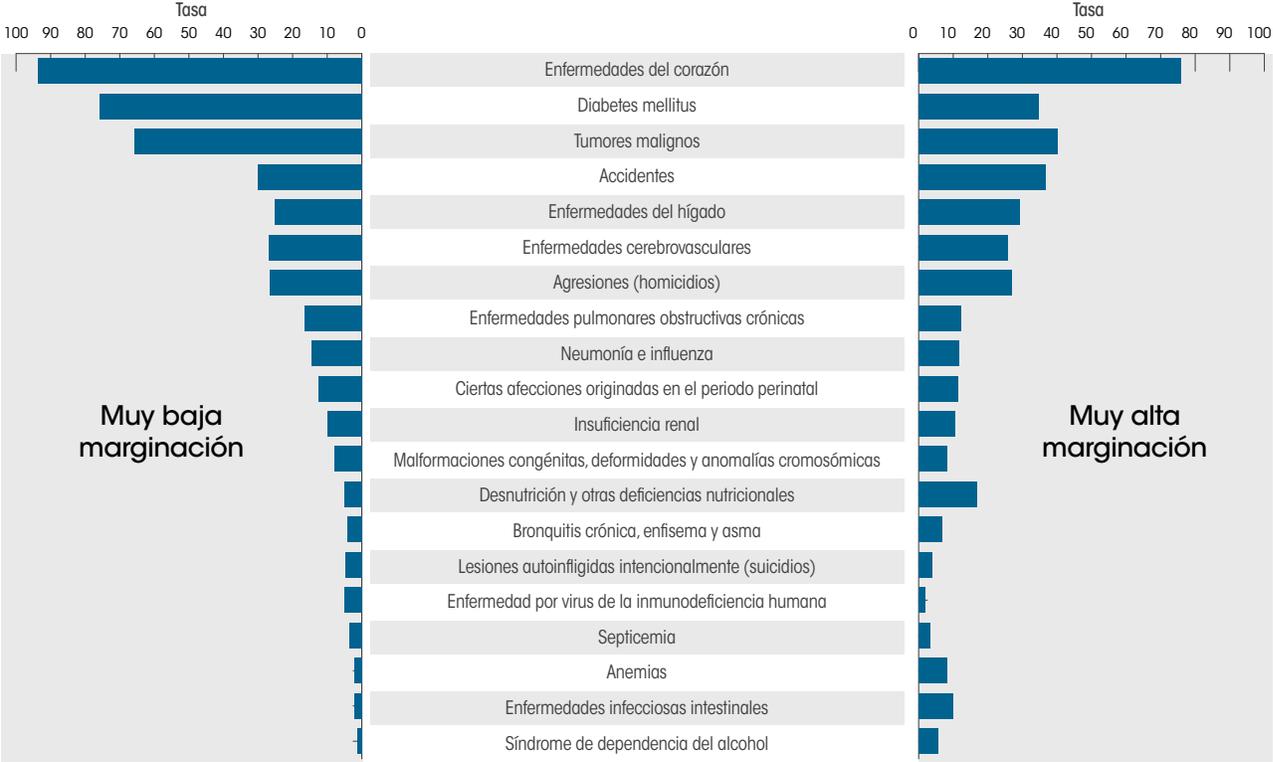
Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con datos de la Dirección General de Información en Salud. Base de datos defunciones 1979-2009; Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud.

* Por 100,000 habitantes.

** Para 1980, la información fue clasificada utilizando la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y para 2009, la 10ª revisión.

No obstante la reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, continúan siendo problemas de salud con relevancia pública la mortalidad materna y las complicaciones perinatales, en particular en la población que reside en áreas marginadas (gráfica 9).

Gráfica 9. Tasa de mortalidad por las principales causas según nivel de marginación muy alto y muy bajo, México, 2010

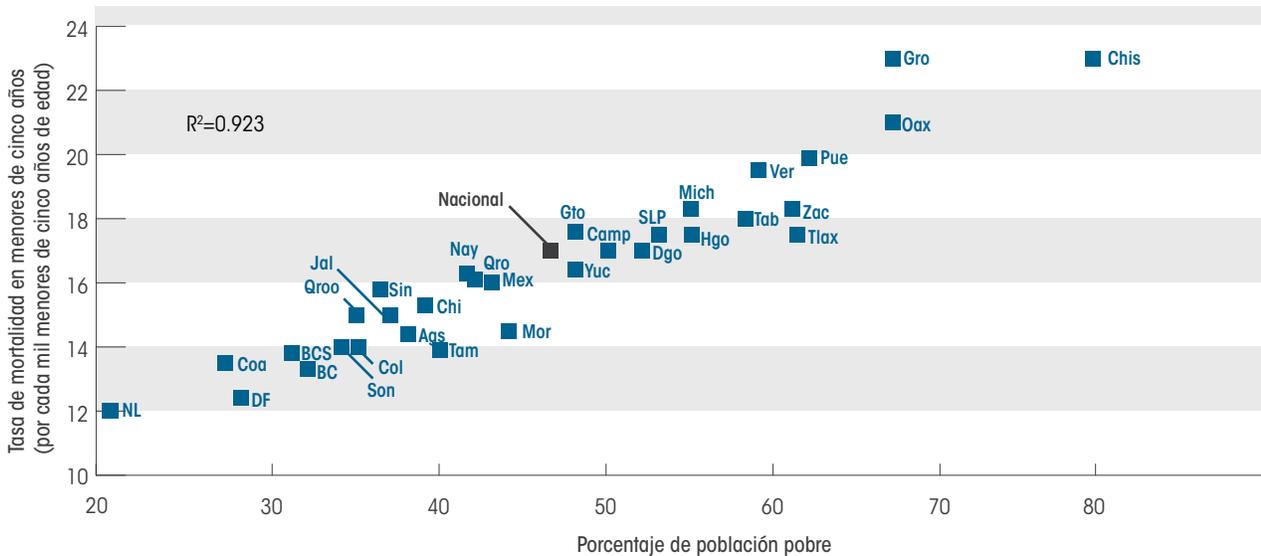


Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con datos de la Dirección General de Información en Salud. Base de datos defunciones 1979- 2010. Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Clasificación de los municipios según grado de marginación, registrado por el CONAPO.

Se debe subrayar que detrás del promedio nacional persisten desigualdades amplias en las entidades federativas, por zonas geográficas, entre poblaciones indígenas y no indígenas, así como a lo largo de la distribución del ingreso (gráfica 10).

Lo anterior implica importantes retos de política pública: garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y la existencia de un sistema de salud ordenado, pero también la atención a otros determinantes sociales de la salud.

Gráfica 10. Porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza y tasa de mortalidad en menores de cinco años (por cada mil menores de cinco años de edad) por entidad federativa, México, 2010



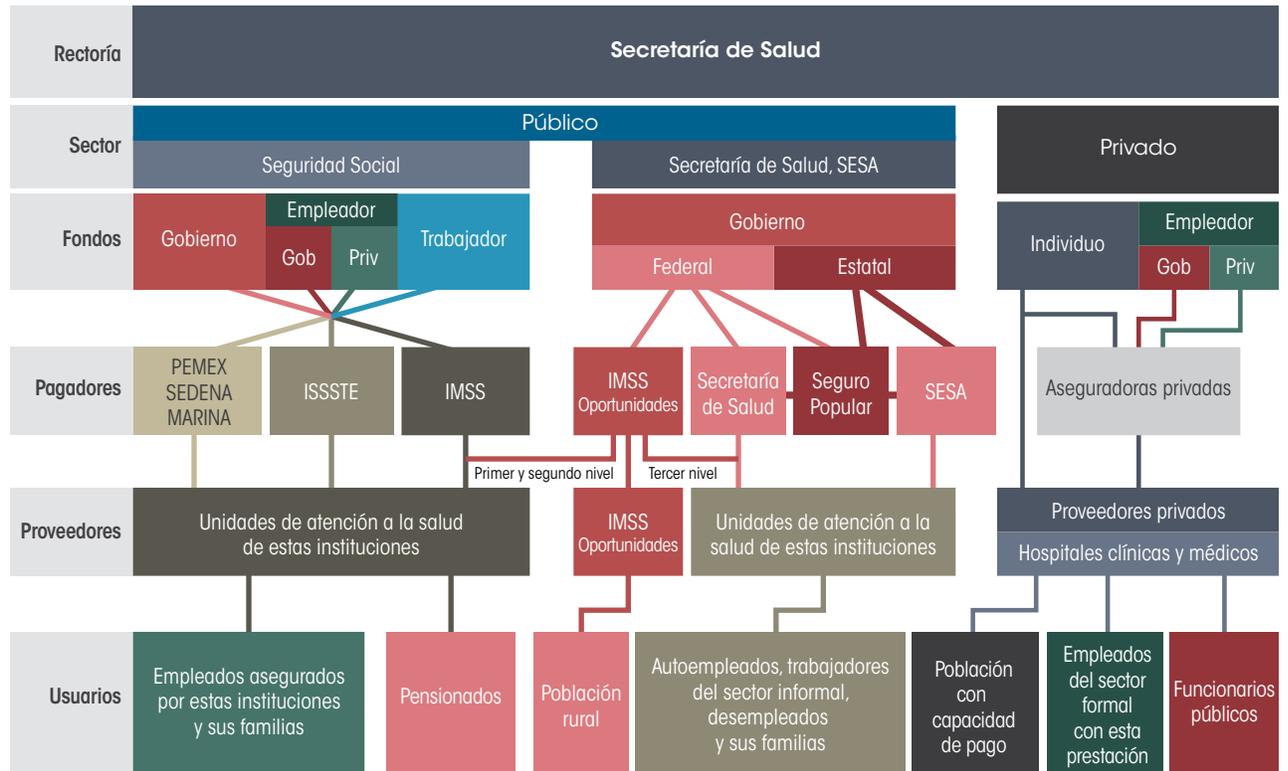
Fuente: Secretaría de Salud. (2011). *Rendición de cuentas en salud 2010*. México: Secretaría de Salud, p. 86.

Organización institucional del sector salud

La organización del sector salud en México es compleja y fragmentada y ofrece una protección incompleta y desigual a la población, lo cual, además, limita la continuidad en la atención. La rectoría es atribución de la Secretaría de Salud federal y al sector lo integran instituciones públicas y privadas. El sector público comprende la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y los servicios médicos de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE) y de las secretarías de Defensa Nacional y Marina, así como de Pemex.

Las instituciones de seguridad social y los servicios públicos para población no asegurada ofrecen servicios diferentes en beneficios y calidad; también se observa gran heterogeneidad en los criterios de atención, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio (Pérez-Cuevas *et al.*, 2012). Asimismo, la fragmentación conlleva elevados gastos de administración; México es el país de la OCDE con el mayor porcentaje en este rubro (10.7 del gasto total en salud). La figura 2 ilustra la estructura del sistema, fuentes de financiamiento, pagadores, proveedores y población cubierta.

Figura 2. Estructura actual del Sistema de Salud de México



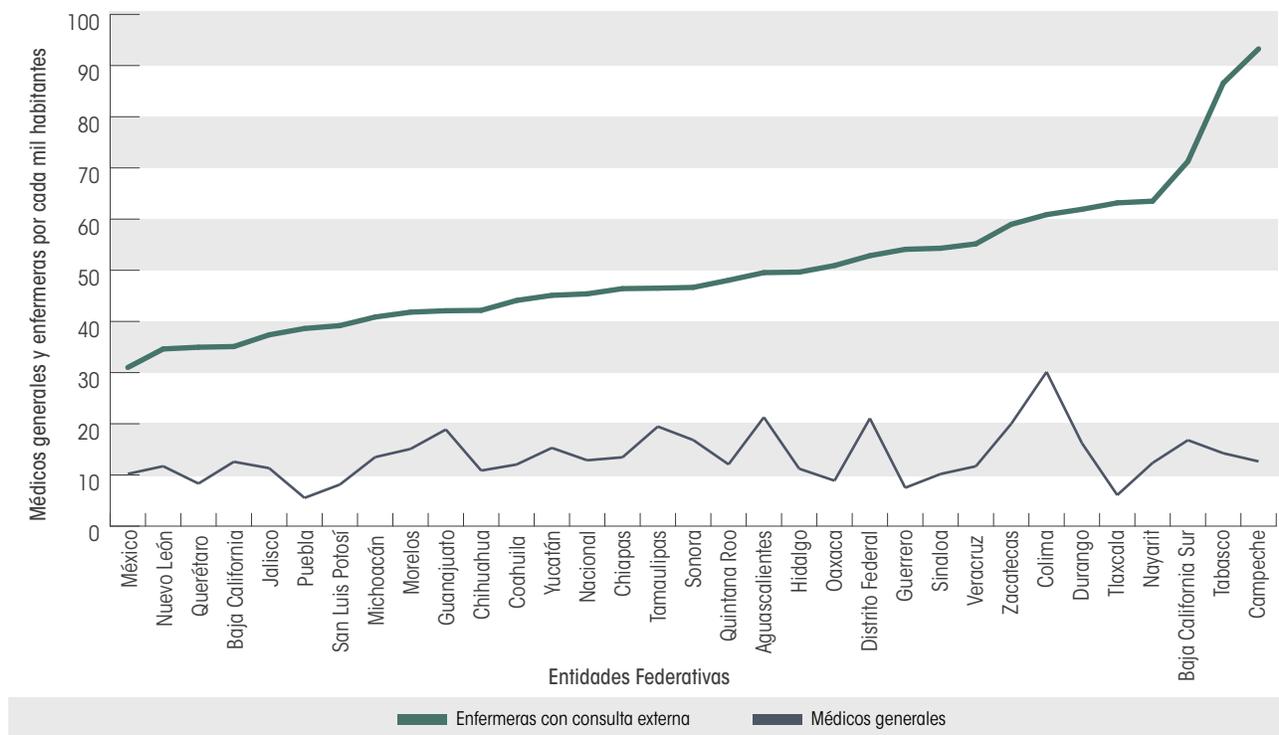
Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en Gómez Dantés *et al.* (2011).

Por otra parte, el sector salud tiene avances importantes en la mejora de la cobertura y oferta de servicios. Sin embargo, su segmentación, entre y hacia dentro de las instituciones, obstaculiza un desempeño apropiado y limita la rectoría de la Secretaría de Salud, lo que se refleja en la escasa convergencia de las políticas de salud entre instituciones. Además, existen diferencias en el gasto para salud y su administración con asignaciones desiguales por persona y para inversión, y distinta producción de servicio, acceso y calidad.

Cada institución tiene sus sistemas de registro y vigilancia y realiza sus propias evaluaciones de desempeño; no obstante, la evaluación del impacto en la salud es todavía un proceso incipiente. La iniciativa de integración funcional del Sistema Nacional de Salud de 2010 tiene aún múltiples retos económicos, administrativos, legales y organizacionales (INSP 2011; González-Block *et al.*, 2011).

Las condiciones actuales del sector dificultan el acceso efectivo de la población, en particular de los más vulnerables, a servicios de salud con estándares aceptables. La capacidad instalada aún tiene limitaciones. El 30.9 por ciento de las localidades rurales entre 1,500 y 2,500 habitantes carecen de algún establecimiento médico en la comunidad (HIMFG, 2011). En lo que se refiere a personal, por cada mil habitantes, las instituciones públicas cuentan en promedio a nivel nacional con 0.45 médicos, 2.5 enfermeras y 0.71 camas censables con una gran varianza entre estados (gráfica 11). Estos indicadores están por debajo de los promedios de la OCDE e indican la necesidad de un mayor número y una mejor distribución de recursos humanos, infraestructura y equipamiento.

Gráfica 11. Médicos generales y enfermeras en consulta externa por cada mil habitantes, por entidad federativa, México, 2009



Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en información de la Dirección General de Información en Salud. *Boletín Estadístico 2009*. Secretaría de Salud.
* Sin institutos nacionales de salud para las enfermeras.

El *Observatorio de Desempeño Ambulatorio 2010* del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, Secretaría de Salud, 2011) reportó la asimetría del personal de salud entre instituciones. En el IMSS, los médicos de atención primaria tienen título universitario y 40 por ciento han cursado una especialidad en medicina familiar; en la Secretaría de Salud, 23 por ciento son pasantes de medicina en el servicio social, de los cuales 81 por ciento trabajan en centros de salud rurales.²⁰

Afiliación, acceso y uso de los servicios de salud

Afiliación

El uso de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social está sujeto a la afiliación de los trabajadores o a su carácter de pensionados y se otorga por extensión a sus familiares directos. La afiliación al IMSS es obligatoria para todos los trabajadores que presten un servicio remunerado y subordinado. Por el contrario, el uso de los servicios de salud para la población no asegurada provistos por los servicios estatales, la Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades no está sujeto a la afiliación al Seguro Popular, la cual es voluntaria y por persona o a cualquier otro programa. La población objetivo del Seguro Popular es la que no está asegurada, e incluye tanto a población no sujeta a la Ley del Seguro Social (trabajadores por cuenta propia, desempleados y patrones y sus familias) como también a personas cuya condición laboral hace obligatoria su afiliación al IMSS.

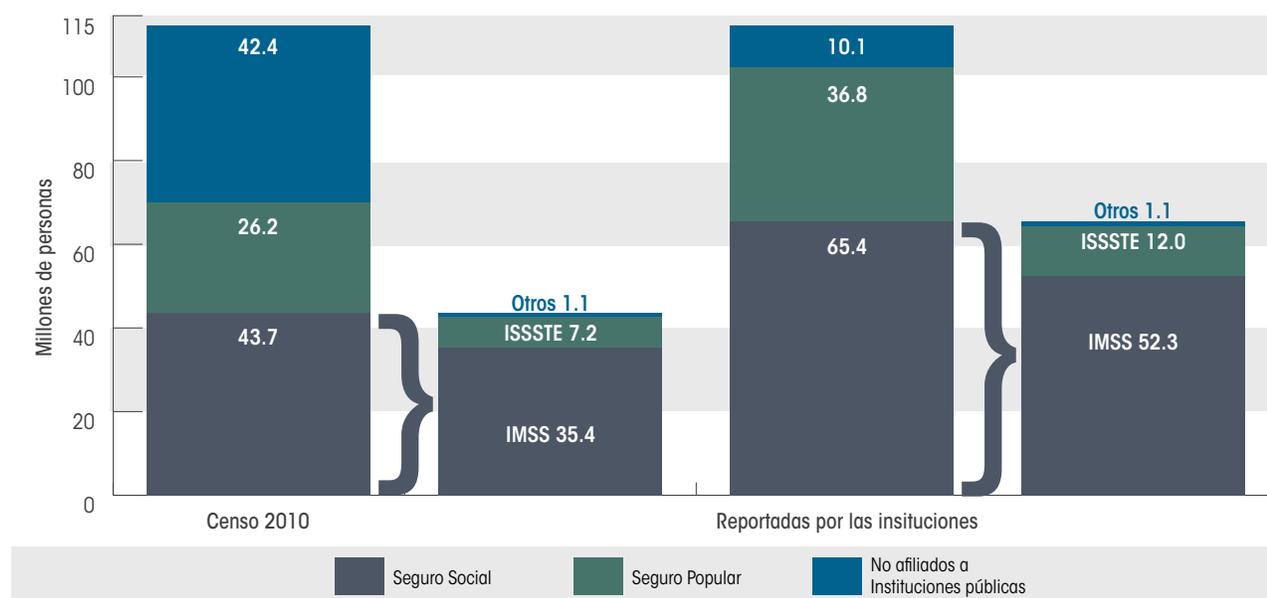
En la actualidad, la mayor parte de la población del país está afiliada a algún sistema de salud. Sin embargo, en 2010 hay inconsistencias entre las cifras reportadas por las propias instituciones y los resultados del Censo de Población y Vivienda de ese año. De acuerdo con éste, de los 112.3 millones de mexicanos, 43.7 millones (38.9 por ciento) señalaron estar afiliados a alguna institución de seguridad social, 26.2 millones (23.4 por ciento) reportaron afiliación al Seguro Popular, y 38.0 millones (33.8 por ciento) dijeron no estar afiliados a alguna institución pública.²¹ En contraste, de acuerdo con las cifras de las propias instituciones, ese mismo año y en el periodo

²⁰ Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (2011). *Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta Propuestas para el Fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud en los Servicios Estatales de Salud*. México. Consultado en http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf

²¹ El resto del total de la población se manifestó de la siguiente manera: dos millones señalaron contar con servicios de salud con una institución privada, 3.6 millones en otras instituciones y 1.8 millones no especificaron (INEGI, 2010a).

de levantamiento del Censo,²² 65.4 millones de personas estaban afiliadas a la seguridad social (52.3 millones al IMSS, 12.0 millones al ISSSTE,²³ y 1.1 millones a la Sedena, Marina y Pemex) y 36.8 millones al Seguro Popular;²⁴ 10.1 millones no estaban afiliadas. Así, el Censo 2010 reporta cifras de personas afiliadas inferiores a las institucionales (21.7 millones menos con seguridad social y 10.6 millones menos con Seguro Popular) (gráfica 12).

Gráfica 12. Composición de la afiliación a instituciones públicas por tipo de fuente de información, México, 2010 (millones de personas)



Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en el Censo 2010, INEGI; *Memoria estadística del IMSS, Anuario estadístico 2010 del ISSSTE, Informe de Resultados enero-junio 2010* del Sistema de Protección Social en Salud.

Nota: La cifra reportada por el Seguro Popular corresponde el primer semestre de 2010 y no a la cifra de cierre 2010 para que la información coincidiera con el periodo de levantamiento del Censo. Lo anterior se debe a que en 2010 el Seguro Popular afilió a 12.4 millones de personas, y en el primer semestre, a 5.7 millones.

Los 42.4 millones de personas no afiliadas a una institución pública de acuerdo con el Censo es la suma de 38 millones de personas que señalaron no estar afiliadas; 3.6 millones que señalaron tener acceso a servicios de salud en otras instituciones; dos millones que indicaron tener acceso en instituciones privadas; y 1.8 millones que no especificaron.

ISSSTE considera tanto a ISSSTE federal como a los estatales.

La categoría "otros" considera a Sedena, Pemex y SEMAR.

Seguro Popular incluye también a Seguro Médico para una Nueva Generación.

El rubro "otros" en la columna "reportados por las instituciones" (10.1 millones de personas) es el resultado de la diferencia entre el total de la población (112.3 millones de personas) menos la suma de los afiliados reportados por las instituciones.

No es posible identificar la población atendida por IMSS-Oportunidades con el Censo, por lo que estos datos pueden variar al contabilizar esta entidad.

²² La cifra reportada por el Seguro Popular corresponde al primer semestre de 2010 y no a la cifra de cierre 2010 para que la información coincidiera con el periodo de levantamiento del Censo. Lo anterior se debe a que en 2010 el Seguro Popular afilió a 12.4 millones de personas y en el primer semestre, a 5.7 millones (HIMFG, 2011).

²³ ISSSTE considera tanto a ISSSTE federal como a los estatales.

²⁴ Seguro Popular incluye también a Seguro Médico para una Nueva Generación.

La afiliación al cierre de 2011 que reportan las instituciones es de 119.7 millones de personas, 68.0 millones con seguridad social y 51.8 millones con Seguro Popular (el resultado de la suma de esta población de afiliados es mayor que la del total de la población del país), lo que representa un crecimiento de afiliación de 17.6 millones de personas (2.6 millones en la seguridad social y 15.0 millones en Seguro Popular). Por otra parte, si a los 119.7 millones de personas afiliadas se agrega la población atendida por IMSS-Oportunidades (12.2 millones) asentada en registros administrativos, las instituciones de salud reportaron una cobertura de 133.4 millones de personas en 2011 (HIMFG, 2011).

Las discrepancias en cifras pudieran explicarse, entre otras razones, por desinformación de los beneficiarios; traslape de beneficiarios;²⁵ existencia de diferentes sistemas para la integración de registros administrativos; inexistencia de un padrón único; estimación de IMSS de beneficiarios totales; y expansión del Seguro Popular contra levantamiento de censo.

Acceso geográfico a los servicios de salud

Una de las barreras más importantes en la provisión de los servicios de salud y en el logro de la cobertura universal es la dispersión geográfica de las localidades rurales. De acuerdo con el Censo 2010, en México hay 192,245 localidades, de las cuales 188,594 son rurales (menos de 2,500 habitantes) y en ellas viven 26 millones de personas.

²⁵ La ENIGH 2010 arrojó que 3.3 millones de personas reportaron ser beneficiarios de la seguridad social y del Seguro Popular de forma simultánea.

Cuadro 4. Localidades y población por ubicación geográfica y grado de acceso geográfico a servicios de salud, México, 2010

Censo 2010		Grado de acceso geográfico a servicios de salud						
		Muy alto (1)	Alto (2)	Medio (3)	Bajo (4)	Muy bajo (5)	Sin acceso (6)	
LOCALIDADES								
Urbanas	Ciudad ^{a)}	630	587	43	-	-	-	-
	Centro de población ^{b)}	3,021	2,531	490	-	-	-	-
Rurales (menores de 2,500 hab)	Cercana a ciudad ^{c)}	36,228	1,173	35,055	-	-	-	-
	Cercana a centros de población ^{d)}	15,290	544	14,746	-	-	-	-
	Cercana a carretera ^{e)}	63,983	5,176	-	17,904	40,903	-	-
	Aisladas ^{f)}	73,093	4,167	-	-	-	11,755	57,171
Total		192,245	14,178	50,334	17,904	40,903	11,755	57,171
Distribución %		100.0%	7.4%	26.2%	9.3%	21.3%	6.1%	29.7%
POBLACIÓN								
Urbanas	Ciudad	70,179,777	68,667,922	1,511,855				
	Centro de población	16,107,633	13,791,406	2,316,227				
Rurales (menores de 2,500 hab)	Cercana a ciudad	6,090,671	1,367,514	4,723,157	-	-	-	-
	Cercana a centros de población	2,423,289	587,469	1,835,820	-	-	-	-
	Cercana a carretera	10,803,028	4,807,940	-	2,296,129	3,698,959	-	-
	Aisladas	6,732,140	2,400,804	-	-	-	1,141,703	3,189,633
Total		112,336,538	91,623,055	10,387,059	2,296,129	3,698,959	1,141,703	3,189,633
Distribución %		100.0%	81.6%	9.2%	2.0%	3.3%	1.0%	2.8%

Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO, Clave Única de Establecimientos de Salud y base de datos de distancia a centros de salud de Oportunidades. Incluye instituciones de salud públicas y privadas registradas en la citada clave única.

Definiciones:

- a) Localidad con centro de salud o unidad de hospitalización, o ambas, en la localidad.
- b) Localidad cercana a localidades urbanas con servicios médicos.
- c) Localidad cercana a carretera, pero sin acceso a menos de 2.5 km de una localidad con servicios médicos.
- d) Localidad cercana a carretera, pero sin acceso a más de 2.5 km de una localidad con servicios médicos.
- e) Localidad aislada, pero a menos de 2.5 km de una localidad rural con servicios de salud.
- f) Localidad aislada y alejada (a más de 2.5 km) de un centro de salud.

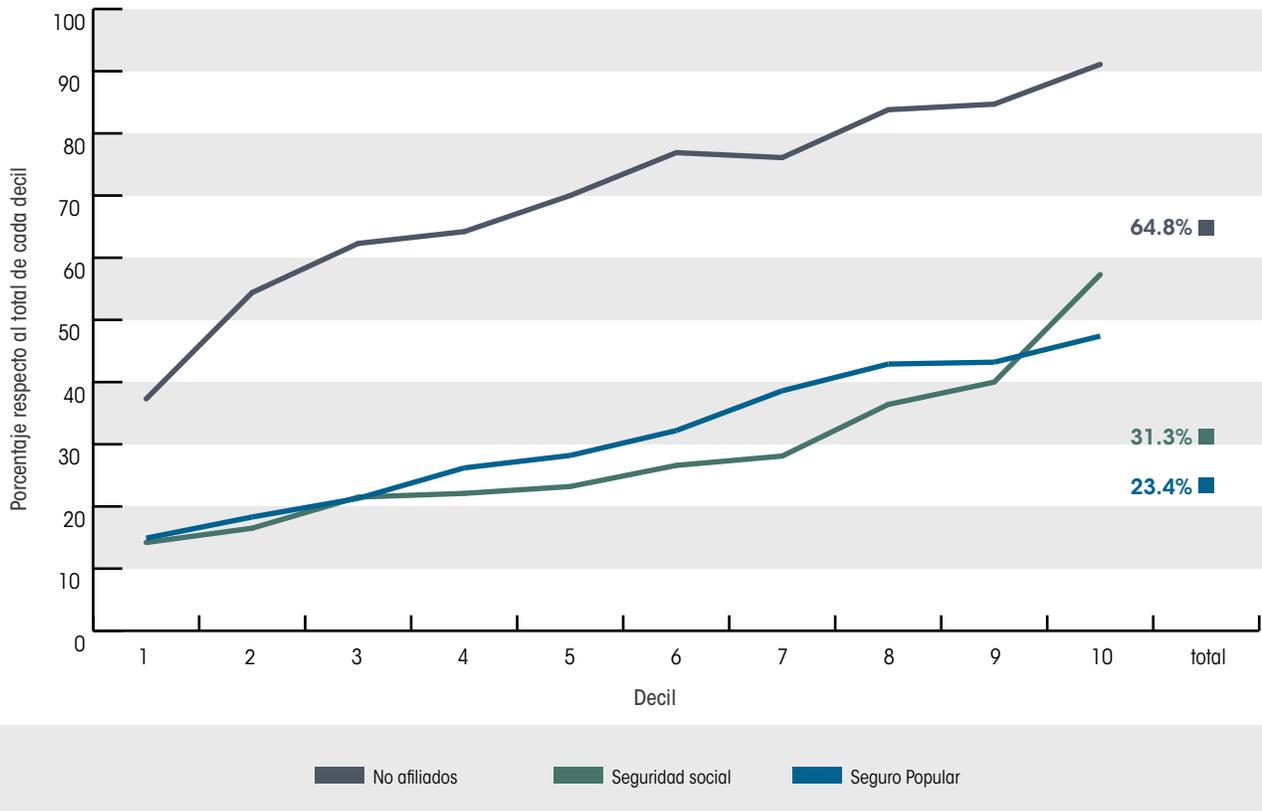
De acuerdo con esta clasificación, del total de las localidades del país, 7.4 por ciento (14,178) de ellas tienen un muy alto grado de acceso geográfico a los servicios de salud, pues disponen de un centro de salud o unidad de hospitalización; estas localidades concentran casi 82 por ciento (91.6 millones) de la población del país (cuadro 4). El resto tiene diferente grado de acceso:

- Alto grado de acceso: 50,000 localidades con 10.4 millones de habitantes.
- Grado de acceso medio: 18,000 localidades con 2.3 millones de personas.
- Bajo y muy bajo grado de acceso: 52,658 localidades (27.4 por ciento) con 4.8 millones de personas.
- Sin acceso: 57,171 (29.7 por ciento) con 3.2 millones de personas (2.8 por ciento de la población del país). Estas localidades presentan el mayor reto en la provisión de servicios de salud y requieren una estrategia de provisión diferente. Siete entidades federativas concentran más de la mitad de las localidades sin acceso a servicios de salud: Chihuahua, Veracruz, Chiapas, Jalisco, Oaxaca, Durango y Michoacán.

Uso de los servicios de salud

De acuerdo con la ENIGH 2010, 42.6 millones de personas (37.9 por ciento del total) reportaron usar consultorios, hospitales privados y consultorios de farmacias para atender sus problemas de salud, con independencia de su afiliación, o no, a la seguridad social o al Seguro Popular. Aunque el porcentaje de uso de los servicios privados crece conforme el nivel socioeconómico, también la población en los deciles más bajos reporta hacer uso de ellos (gráfica 13). Así, 31 por ciento de la población en los cuatro deciles más pobres utilizan los servicios privados de salud, aunque no necesariamente de forma exclusiva.

Gráfica 13. Personas que se atienden en consultorios de farmacias o en consultorios u hospitales privados, o en ambos, por afiliación y deciles de ingreso por persona, México, 2010 (porcentaje respecto del total de cada decil)



Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en la ENIGH 2010.

Nota: Seguro Popular incluye también Seguro Médico para una Nueva Generación.

Los no afiliados incluye a las personas que señalaron no estar afiliadas; a quienes dijeron tener acceso a servicios de salud en "otras instituciones"; a quienes indicaron tener acceso en instituciones privadas; y a quienes no especificaron.

Paquetes de beneficios diferenciados

Las instituciones otorgan diferentes beneficios a sus afiliados con calidad heterogénea. El Seguro de Enfermedades y Maternidad garantiza la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria y cubre 21 apartados de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), lo que representa 12,487 diagnósticos. El IMSS no tiene definidas intervenciones o un paquete de beneficios explícitos; otorga los servicios con base en la capacidad resolutoria de las unidades médicas, que están organizadas de acuerdo con la complejidad de servicios que ofrecen. También puede brindar servicio mediante convenios de subrogación con otras instituciones; incluso está facultado para revertir cuotas a las empresas que ofrez-

can a sus trabajadores los servicios médicos y hospitalarios. En cambio, el Seguro Popular y el Seguro Médico de Nueva Generación cubren 284 intervenciones, con 1,585 diagnósticos, es decir, sólo 11 por ciento de los diagnósticos que cubre la seguridad social. Estos servicios son proporcionados de manera primordial en instalaciones de las secretarías de Salud de los estados. Además, los proveedores de servicios de salud a la población sin seguridad social reciben recursos de la Secretaría de Salud, del Ramo 33 a través del FASSA, de IMSS-Oportunidades y de recursos estatales.

En conclusión, las condiciones actuales del sector dificultan el acceso efectivo de la población, en particular de los más vulnerables. La fragmentación del sistema de salud conlleva a ineficiencias en el sistema de salud pública y en la economía, lo que implica, además, desigualdades de consideración en el acceso a los servicios de salud en México.

Dispersión de programas federales y estatales de salud

Existe una gran dispersión en la entrega de los servicios de salud en el país. De acuerdo con el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social (Inventario CONEVAL Estatal)* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social (Inventario CONEVAL Federal)*, en 2010 había un total de 315 programas y acciones de salud en el país, de los cuales 275 eran estatales y 40 federales.

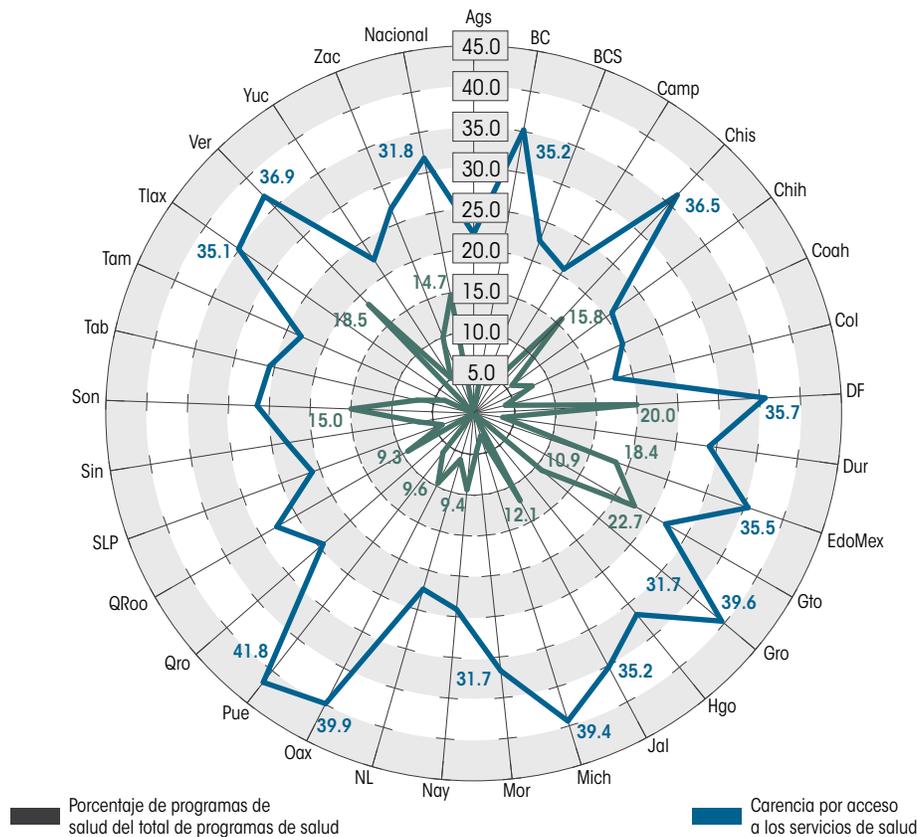
Las entidades con la mayor proporción de programas de salud respecto al total de los existentes en ese mismo estado son: Guanajuato (22.7 por ciento), Distrito Federal (20 por ciento) y Veracruz (18.5 por ciento), mientras que las que cuentan con menor número de intervenciones son: Durango (3.6 por ciento), Baja California Sur (3.9 por ciento), Tamaulipas (3.9 por ciento) y San Luis Potosí (4.1 por ciento).²⁶ Por su parte, Hidalgo y Querétaro carecen de intervenciones de salud. Los programas y acciones de salud del Gobierno Federal representan 12.7 por ciento del total.

Un punto de referencia básico e inicial para valorar la relevancia pública del número de programas y acciones de salud en las entidades es contrastarlos con el nivel de la carencia por acceso a la salud. De esta manera, puede observarse que las entidades con los niveles más altos de esta carencia en 2010 fueron Puebla (41.8 por ciento de la población sin acceso a la salud),

²⁶ El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra a partir de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; también se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. No fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

Oaxaca (39.9 por ciento) y Michoacán (39.4 por ciento) (gráfica 14). El nivel de la carencia nacional asciende a 31.8 por ciento de la población.

Gráfica 14. Porcentaje de programas y acciones de salud estatales y federales respecto al total de programas en la entidad y el Gobierno Federal frente a la población sin acceso a la salud por entidad y a nivel nacional, México, 2010



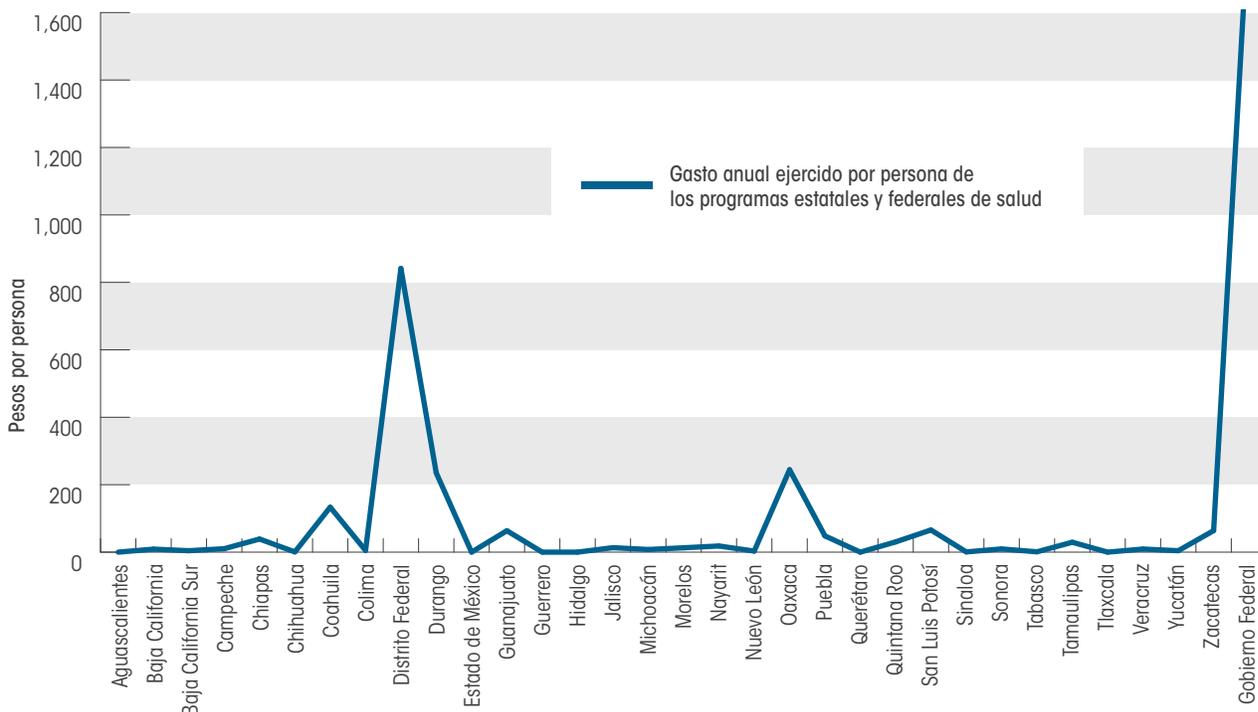
Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010*, el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010* y los resultados de la *Medición de la pobreza 2010*.
Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra a partir de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; también se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. No fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

Las entidades con el mayor porcentaje de programas y acciones muestran un nivel de carencia entre los 27 y 37 puntos porcentuales,²⁷ mientras que las de menor porcentaje tienen carencias entre los 21 y 29 puntos porcentuales.²⁸

²⁷ Guanajuato, 27.1 puntos; Distrito Federal, 35.7 puntos; y Veracruz, 36.9 puntos.

²⁸ San Luis Potosí, 21 puntos; Baja California Sur, 22.6 puntos; Tamaulipas, 23.1 puntos; y Durango, 29.1 puntos.

Gráfica 15. Gasto anual por persona de los programas y acciones estatales y federales de salud, México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010*, el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010* y los tabulados básicos del Censo de Población y Vivienda 2010. Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra a partir de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; también se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. No fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

Otra manera de apreciar la importancia del número de los programas de salud es a través del gasto por persona que ejercieron en 2010 (gráfica 15).²⁹ El estado con el gasto por persona más alto fue el Distrito Federal (881.4 pesos), el cual también tiene uno de los porcentajes mayores de programas de salud. En seguida, se encuentran Durango (235.2 pesos por persona), una de las entidades con el menor número de intervenciones, y Oaxaca (224.4 pesos por persona), una de las entidades con mayor proporción de población con carencia de acceso a la salud. El gasto en salud del Gobierno Federal ascendió a 1,605.5 pesos por persona en 2010.

²⁹ El cálculo es el cociente "bruto" del presupuesto que ejercieron los programas de salud en 2010 en relación con el número total de personas en la entidad, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010; es decir, sólo se considera a la población potencial sin tomar en cuenta la población objetivo.

2. DIAGNÓSTICO DE RIESGOS ASOCIADOS A LA VEJEZ, DISCAPACIDAD Y ORFANDAD

El acceso a la protección social es un elemento fundamental para enfrentar la incertidumbre propia de la sociedad moderna. Consiste en un conjunto de mecanismos institucionales diseñados para garantizar y proteger los medios de subsistencia de los individuos y sus familias frente a eventualidades derivadas de contingencias, como enfermedades o accidentes, o bien, ante condiciones de riesgo socialmente reconocidas, como el embarazo o la vejez. Sin contar con la protección de los mecanismos de seguridad social ni disponer de recursos propios que los sustituyan, las personas pueden encontrarse expuestas a situaciones imprevistas que vulneren su desarrollo físico y social (CONEVAL, 2008: 49; CONEVAL, 2009: 55).

Uno de los objetivos principales de los esquemas de protección social es ofrecer a los trabajadores protección, económica y de salud, ante la vejez, la discapacidad y la muerte, así como ante la maternidad y enfermedades y accidentes que ocasionen incapacidad temporal para trabajar, tal como se desprende de la figura 1.

En México, la protección económica ante este tipo de riesgos, al igual que lo descrito para salud en la sección anterior, está segmentada y ofrece una cobertura incompleta, pues no todos los trabajadores están cubiertos por la seguridad social, o han cotizado a ésta; existen sistemas de pensiones contributivos y no contributivos con reglas y beneficios diferentes, y aun dentro del contributivo, coexisten diversos esquemas de pensiones. Sólo los trabajadores afiliados a la seguridad social están protegidos ante la pérdida de ingreso laboral por la incapacidad temporal para trabajar, por maternidad, enfermedad o accidente, ya sea laboral o no.

En lo que se refiere a pensiones, dentro del esquema contributivo se encuentran las otorgadas por la seguridad social, principalmente a través del IMSS, ISSSTE, y los esquemas especiales de Pemex, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y regímenes estatales; estas pensiones están ligadas a una relación laboral y, dependiendo de su tipo, son financiadas con contribuciones tripartitas (trabajador, empleador y Estado) o sólo por el Estado (en su carácter de empleador). Por su parte, las pensiones no contributivas no están ligadas al trabajo, son financiadas en su totalidad con gasto público y otorgadas como un programa social, ya sea federal o estatal.

La segmentación del sistema de pensiones mexicano se profundiza aún más si consideramos que dentro de las mismas instituciones de seguridad social hay subsistemas. Tal es el caso del IMSS, institución que cubre tanto a los trabajadores del sector privado como a los del mismo instituto. Los trabajadores afiliados coexisten transitoriamente en el sistema de cuentas individuales (Ley del IMSS de 1997 o Ley del Seguro Social) y el sistema de reparto (Ley del IMSS de 1973), mientras que los del instituto tienen su propio sistema de pensiones basado en el Contrato Colectivo de Trabajo, el cual es más generoso que el establecido en la Ley del Seguro Social para el resto de los trabajadores. Lo mismo sucede con los trabajadores al servicio del Estado que cotizan al ISSSTE, pues la reforma de 2007 trajo consigo un sistema de cuentas individuales para los nuevos trabajadores y la elección para los trabajadores activos en ese momento de continuar en el sistema de reparto o cambiar para adquirir una cuenta individual (PENSIONISSSTE). Por su parte, aunque algunos sistemas estatales tienen esquemas mixtos (Coahuila, Sinaloa y Estado de México, entre otros), la mayoría aún son de reparto.

El IMSS, la institución de seguridad social de los trabajadores del sector privado, ofrece protección contra:

- a) Los riesgos asociados a la vejez, incapacidad temporal y definitiva.
- b) Daños funcionales por enfermedades y accidentes ligados a su actividad laboral.
- c) Muerte del afiliado o pensionado (viudez y orfandad) a través del Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez, Seguro de Invalidez y Vida y Seguro de Riesgos de Trabajo.

El Seguro de Enfermedades y Maternidad, además de servicios de salud, ofrece prestaciones económicas a los trabajadores afiliados ante la maternidad y enfermedades y accidentes no laborales que generen incapacidades de carácter temporal.

Al cierre de 2011, el IMSS tuvo un registro de 2.7 millones de pensiones otorgadas directamente a los trabajadores (al amparo de la Ley de 1973 y de la Ley del Seguro Social de 1997): 52.3 por ciento de cesantía y vejez, 32.2 por ciento de invalidez y 15.5 por ciento de riesgos de trabajo; además de 1.7 millones de pensiones concedidas a familiares por la muerte

de los trabajadores (Rodríguez, 2012). Ello revela que sólo para un poco más de la mitad de los pensionados por el IMSS, el otorgamiento de su pensión estuvo directamente relacionado con su edad. El resto la obtuvo a causa de un accidente o enfermedad con secuelas permanentes; estos pensionados y sus viudas, así como los pensionados por cesantía y vejez, obtienen por lo general su pensión a una edad mucho menor que la del retiro. En 2004, los pensionados por invalidez y vida y por riesgos de trabajo alcanzaron su pensión a una edad promedio de 48 años de edad debido a un accidente o enfermedad con secuelas permanentes; en el caso de las viudas de asegurados que obtuvieron una pensión conforme a la Ley de 1997, 34.5 por ciento la recibieron cuando tenían menos de 40 años (IMSS, 2005).

En 2001, 1.5 millones de trabajadores afiliados al IMSS, 10 por ciento del total, tuvieron una incapacidad temporal derivada de un accidente o enfermedad durante un promedio de 27.8 días. La problemática asociada a esta situación, junto con los pensionados distintos de cesantía y vejez, es importante y creciente; sus implicaciones trascienden el costo financiero para el IMSS en sus servicios médicos o en los beneficios económicos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, el Seguro de Invalidez y Vida y el Seguro de Riesgos de Trabajo, o para el Gobierno Federal, a través de las pensiones mínimas garantizadas de la Ley de 1997 y la Ley de 1973, ya que afectan la vida de los trabajadores y sus familias, además de la economía nacional. El retiro de un trabajador de su vida productiva y del mercado de trabajo, ya sea de forma temporal o definitiva, encierra costos para la economía en su conjunto debido a la pérdida del producto potencial con que ese trabajador contribuye a través de su actividad laboral.

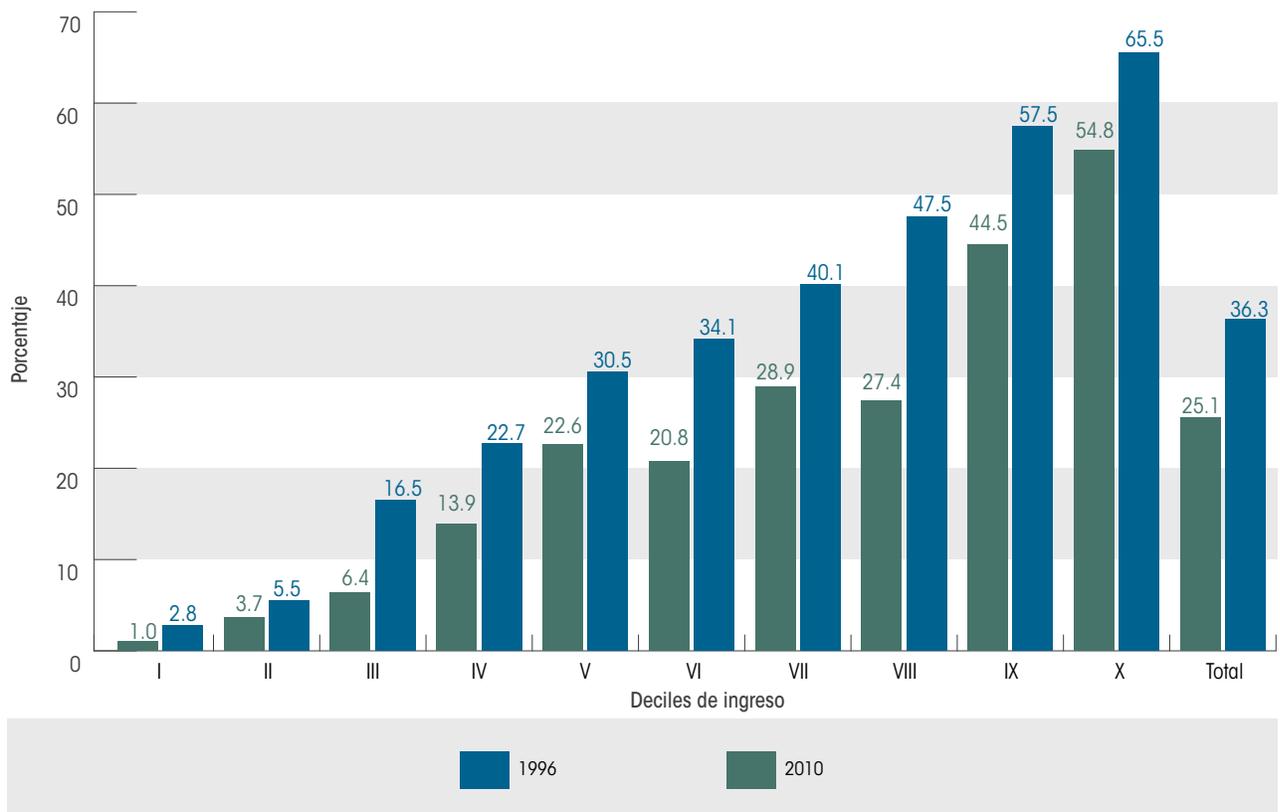
A continuación, se elabora un diagnóstico de los esquemas de pensiones dirigidos a mitigar los riesgos de vejez, discapacidad y muerte de los trabajadores del sector privado.

Pensiones de vejez

Las pensiones de vejez tienen por objeto contribuir a moderar la pérdida o disminución del ingreso de un individuo al final de su vida productiva. En México, aun cuando ha habido avances en los últimos años, 31.3 por ciento de las personas mayores de 65 años no tienen algún tipo de pensión. En lo que se refiere a pensiones de retiro o vejez de la seguridad social, de acuerdo con cifras de la ENIGH, en 2010 sólo 36.3 por ciento de las

personas mayores de 65 años estaban cubiertas, y los deciles más bajos eran los más desprotegidos (gráfica 16). Mientras que 65.5 por ciento de los adultos mayores en el decil 10 cuentan con una pensión, el porcentaje es de sólo 2.8 para el decil con menores ingresos. De estos pensionados, 76 por ciento es del IMSS, 18 por ciento del ISSSTE o regímenes estatales, y el cinco por ciento de Pemex y las Fuerzas Armadas (CONEVAL, 2011).

Gráfica 16. Porcentaje de población de 65 años o más con pensión o jubilación, o ambas, de la seguridad social por decil de ingreso, México, 1996 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 1996 y 2010.

El IMSS es la institución de seguridad social más importante en México. Este organismo otorga pensiones del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez a los trabajadores del sector privado al final de su vida laboral, así como pensiones de muerte para su círculo familiar directo, amparadas tanto en la Ley del IMSS de 1973 (esquema de reparto) como

en la ley reformada en 1997 (esquema de cuentas individuales). Aunque la Ley del Seguro Social de 1997 es la vigente, 46.7 por ciento de los trabajadores afiliados al IMSS al cierre de 2011 cotizaron en la ley anterior y tienen derecho a elegir cualquiera de los dos esquemas. La transición completa a la Ley de 1997 podría durar hasta treinta y cinco años más a partir de 2012 (Rodríguez, 2012). Los pensionados del seguro de retiro, cesantía y vejez también reciben atención médica por parte del IMSS.

En el marco de la Ley del IMSS vigente, las pensiones de cesantía en edad avanzada se otorgan a los trabajadores que quedan privados de trabajo remunerado a partir de los 60 años de edad. El trabajador debe tener 1,250 semanas de cotización (24 años) para tener derecho a la pensión. Si el trabajador no reúne este requisito, tiene la opción de seguir cotizando para cubrir las semanas necesarias o retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición; con ello, declina a la posibilidad de recibir una pensión de vejez en el futuro. El monto de la pensión está en función de los recursos acumulados en la cuenta individual. Si éstos no son suficientes para contratar una renta vitalicia con una aseguradora por un monto igual o mayor a una Pensión Mínima Garantizada, que incluya un seguro de supervivencia que proteja a su círculo familiar en caso de muerte, entonces el importe que falte será financiado por el Gobierno Federal.

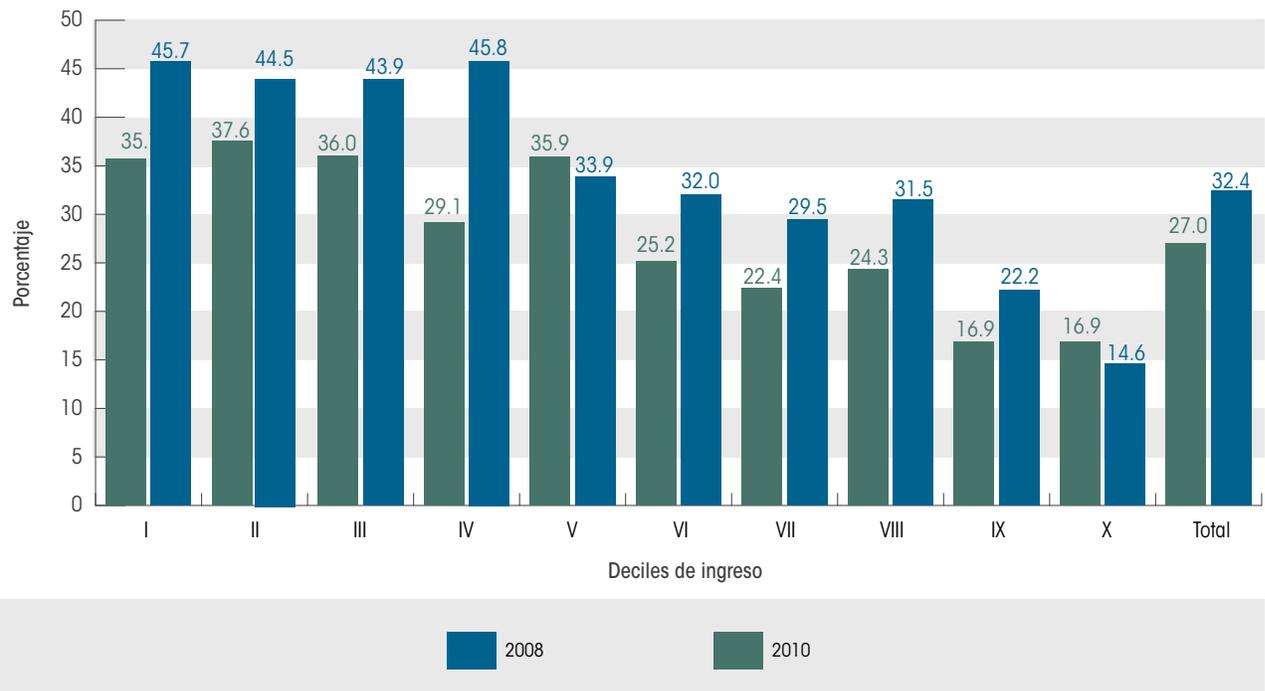
La Pensión de Vejez se otorga a partir de los 65 años de edad a aquellos trabajadores que hayan cotizado por lo menos 1,250 semanas. Al igual que para la Pensión de Cesantía en Edad Avanzada, se debe contratar una renta vitalicia con alguna aseguradora que incluya un seguro de supervivencia, siempre que el monto mensual de la pensión sea mayor a la Pensión Mínima Garantizada. Si fuera inferior, entonces el Gobierno Federal provee los recursos faltantes para pagar la pensión. Asimismo, si el trabajador cumple con el requisito de edad, pero no con el de semanas de cotización, puede retirar los recursos de su cuenta individual en una sola exhibición, y eliminar la posibilidad de recibir una pensión.

En ambos tipos de pensiones, el seguro de supervivencia es para otorgar una pensión a la esposa o concubina del pensionado por cesantía o vejez, así como a los hijos menores de 16 años o menores de 25 años si siguen estudiando después de la muerte del pensionado. En el caso de la viuda, el monto de la pensión es equivalente a 90 por ciento de la pensión que estaba disfrutando el pensionado, de 20 por ciento para cada

uno de los hijos huérfanos de padre, y 30 por ciento para los huérfanos de ambos padres. La suma de las pensiones de la viuda y los hijos no puede ser mayor al monto que recibía el pensionado. De ser el caso, las pensiones de cada uno de los miembros se reducen proporcionalmente para que no supere el cien por ciento de la Pensión de Cesantía o Vejez.

Debido a que no todos los trabajadores del país cotizan al IMSS, o aun para los que sí lo hacen, no todos logran cotizar el tiempo suficiente; muchos de ellos no tienen derecho a esta pensión. Esto ha generado el crecimiento de programas de pensiones no contributivas, tanto de carácter federal como estatal; la primera es la del Distrito Federal. En 2010, 32.4 por ciento de las personas de 65 años y más eran beneficiarias de algún programa de adultos mayores, y cubrían de manera importante los deciles más bajos, con porcentajes de cobertura superiores a 40 por ciento, aunque los deciles más altos también se han visto beneficiados (gráfica 17).

Gráfica 17. Porcentaje de población de 65 años o más beneficiaria de programas de adultos mayores por decil de ingreso, México, 2008 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2008 y 2010.

Actualmente, la pensión de vejez no contributiva más importante, en cuanto a cobertura y presupuesto, es el programa 70 y Más del Gobierno Federal. Asimismo, existe un amplio y diverso conjunto de programas estatales, como los de Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sonora y Veracruz (CISS, 2011).

Hasta 2011, el programa 70 y Más de la Sedesol cubría a todas las personas de 70 años y más que residían en localidades menores de 30,000 habitantes. A partir de 2012, se amplió a todas las localidades del país. El apoyo monetario consta de 500 pesos mensuales, en entregas bimestrales, y un pago de marcha de 1,000 pesos otorgado por única vez a la persona nombrada como representante por el beneficiario cuando éste fallece. A finales de 2011, el programa atendía a 2'149,024 adultos mayores, con un gasto de 12,972 millones de pesos; en 2012 se le aprobó un presupuesto de 18,821 millones de pesos.

En el ámbito estatal, en 2011, fueron al menos 13 entidades federativas las que implementaron pensiones no contributivas para adultos mayores. Los programas estatales son variables en cuanto al tipo de beneficios que otorgan (monetarios o en especie), la edad que deben alcanzar los adultos mayores (entre 60 y 70 años) y los montos de los beneficios (desde 500 pesos mensuales o despensas alimenticias hasta 897.30 pesos mensuales). En general, estos programas exigen una condición de residencia en la entidad durante un número de años que varía entre tres (Distrito Federal) y veinte (Veracruz) y no recibir algún otro beneficio por concepto de pensión (este último requisito se cumple en general por autodeclaración). Los detalles de estos programas, así como el número de beneficiarios y el monto presupuestario estatal asignado en 2011, se presentan en el cuadro 5.

Cuadro 5. Programas de pensiones federal y estatales para adultos mayores, México, 2011

Gobierno	Programa	Requisitos	Tipo de apoyo	Monto mensual	Periodicidad	Beneficiarios	Presupuesto aprobado (MDP)
Federal	70 y Más ³⁰	70 años y más. No ser beneficiario del componente de adultos mayores de Oportunidades	Monetario	500	Bimestral	2,149,024	13.3
Chiapas	Amanecer	64 años de edad y ser residente de Chiapas	Monetario	550	Mensual	240,000	1,438.60
Chihuahua	Vive a Plenitud	65 años	No monetario	---	---	15,000	121
Colima	Pensión alimenticia a adultos mayores	65 años, no percibir ingresos o prestaciones por parte del Gobierno Federal, 10 años de residencia en Colima	---	---	---	3,000	5.1
Distrito Federal	Pensión alimentaria por adulto mayor	68 años y ser residente del DF con una antigüedad mínima de 3 años	Monetario	897.3	Mensual	473,360	5,101.00
Jalisco	Estrategia de atención a los adultos mayores "Vive Grande"	70 años de edad y vivir en condiciones de marginación y/o desamparo	Monetario	1,500.00	Trimestral	94,417	15
Estado de México	Pensión alimenticia para adultos mayores de 60 a 69 años	60 a 69 años de edad y vivir en situación de pobreza alimentaria, marginación, exclusión social o vulnerabilidad	No monetario	Despensa	Mensual	120.00	299.7
	Pensión alimenticia para adultos mayores	70 años de edad y vivir en situación de pobreza alimentaria, marginación, exclusión social o vulnerabilidad	No monetario	Despensa	Mensual	160,912	1,150.00
Nayarit	Pensiones alimenticias para adultos mayores de 70 años	Ser adulto mayor de 70 años	No monetario	Despensa	Mensual	47,988	40
Oaxaca	Pensión estatal alimentaria para adultos de 70 y Más	70 años de edad, residir en localidades mayores a 30 mil habitantes, no contar con beneficios del programa federal de 70 y Más	Monetario	1,000.00	Bimestral	31,000	150.4
Puebla	Setenta y Más urbano	70 años de edad y vivir en localidades de más de 50 mil habitantes	Monetario	500	Mensual	---	---
Querétaro	Programa de apoyo alimentario	60 años	No monetario	Despensa	Bimestral	96,600	9.9
Quintana Roo	Programa de apoyo económico "Abuelito Estoy Contigo"	70 años, vivir en situación de vulnerabilidad, no contar con pensión y/o apoyos de instancias federales y residencia mínima de 5 años	Monetario	850	Mensual	33,611	43.2
Sonora	CreSer con adultos mayores	65 a 69 años y acreditar su residencia en zonas de atención prioritaria	Monetario	1,000.00	Semestral	50,500	50.5
Veracruz	Pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años	70 años de edad, residencia mínima de 20 años y carecer de cualquier sistema de pensiones o de seguridad social	Monetario	La mitad de ISM de Xalapa, Veracruz	Mensual	35,699	350

³⁰ De acuerdo con la metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, se considera como población con acceso a la seguridad social aquella que es beneficiaria de algún programa social de pensiones para adultos mayores (CONEVAL, 2009).

Fuente: Elaboración de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social para el CONEVAL con base en información de la página de Infomex del Distrito Federal, Chiapas, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Chihuahua, Querétaro, Quintana Roo, Nayarit, Nuevo León y Sonora. La información de Colima se obtuvo de la página del Instituto para la Atención de los Adultos en Plenitud (www.iaap.col.gob.mx); la del Estado de México, de la página del Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social (www.edomexico.gob.mx/cemybs/HTM/principal.htm) y la de Veracruz, de la *Gaceta Oficial del Gobierno de Veracruz* (www.difver.gob.mx/transparencia2/FRACC_por_ciento20XIII/13ROPPAAM70.pdf).

En el sistema de pensiones de vejez actual se observan los siguientes problemas (Rodríguez, 2012):

- a) El 63.7 por ciento de los adultos mayores de 65 años no reciben actualmente una pensión de la seguridad social. Este problema se agudizará en el futuro, ya que en las nuevas generaciones hay un porcentaje considerable de la población que no ha cotizado ni cotiza a la seguridad social para su vejez. En 2011, sólo 38.9 por ciento de la población ocupada cotizaba a alguna institución de seguridad social.³¹
- b) Por la movilidad laboral, la densidad de cotización³² es en promedio de 62.0 por ciento para los trabajadores afiliados al IMSS. Ello implica que un porcentaje considerable de los trabajadores afiliados a este instituto no alcanzará a cotizar el número de semanas suficientes (1,250 semanas o 24 años de cotización) para tener derecho a recibir una pensión de retiro de acuerdo con la Ley del Seguro Social. Para los trabajadores en el régimen de la Ley de 1997, distinto al anterior, sólo podrán disponer de lo que tengan acumulado en su cuenta de retiro.
- c) El salario promedio de cotización al IMSS es de 3.4 salarios mínimos, mientras que 55.1 por ciento cotizan con uno y dos salarios mínimos. Aun cuando los trabajadores logran cotizar el número de semanas requerido, el bajo nivel de salarios puede llevar a que no acumulen los recursos suficientes para obtener una pensión financiada totalmente por su cuenta individual, y serán sujetos a recibir una Pensión Mínima Garantizada. Lo anterior ejercerá presión sobre el gasto federal, pues el artículo 170 de la Ley del Seguro Social establece que el Gobierno Federal completará los recursos necesarios para que el pensionado reciba una Pensión Mínima Garantizada.
- d) En los trabajadores de menores ingresos se combinan los dos efectos anteriores, ya que su densidad de cotización es más baja. Las pensiones contributivas y no contributivas tienen diferentes

³¹ Es difícil saber el número total de personas que han cotizado alguna vez a la seguridad social debido a la gran movilidad en el mercado laboral.

³² Cociente del número de semanas efectivamente cotizadas entre el total de semanas posibles en un periodo determinado.

edades de retiro; en el orden mundial ha habido una gran discusión sobre edades de retiro en virtud del aumento en la expectativa de vida.

- e) Los sistemas de pensiones de las paraestatales que aún son de reparto y con pasivos laborales muy significativos y rápidamente crecientes impondrán en el corto plazo retos a la hacienda pública.

Al igual que en otros riesgos, aquí se hace patente que la incapacidad estructural del sistema de pensiones de otorgar beneficios a toda la población crea vacíos y necesidades concretas, los cuales son ocupados por instrumentos federales, estatales e incluso municipales (programas sociales) pequeños, dispersos, inconexos, cuyo presupuesto crece año con año, que no logran solucionar el problema de fondo, pero que, a su vez, podrían estar generando incluso dividendos políticos. Un ejemplo es la multiplicidad de programas de atención a adultos mayores que tienen el mismo propósito.

La coexistencia de pensiones contributivas y no contributivas puede generar incentivos perversos y costos ocultos al sistema; por ejemplo, una persona que llega a cotizar a la seguridad social, pero no cumple con las semanas de cotización, tiene derecho a retirar sus recursos de la cuenta individual en una sola exhibición y puede solicitar una pensión no contributiva. Así, los recursos acumulados en su cuenta, que potencialmente pudieran ser parte del financiamiento de una pensión, no son usados para ello, y el trabajador termina con una pensión contributiva inferior a una Pensión Mínima Garantizada otorgada por la seguridad social.

Pensiones de invalidez y vida

El seguro de invalidez general de la seguridad social protege a los trabajadores afiliados de discapacidades generadas por enfermedades y accidentes no relacionados con su actividad laboral que les imposibilite trabajar. Para tener derecho, se requiere haber contribuido al sistema durante al menos el tiempo determinado en las leyes de seguridad social correspondientes. Este seguro incluye al de sobrevivientes, que es un beneficio garantizado al grupo familiar inmediato en el evento desafortunado de una muerte temprana por parte del asegurado. Asimismo, los pensionados por este seguro pueden tener acceso a los servicios de salud, el cual no está sujeto a ningún requisito de antigüedad en el sistema.

En el caso concreto del IMSS, ante un accidente o enfermedad que genere incapacidad laboral, en primera instancia, los trabajadores incapacitados reciben un subsidio equivalente a 60 por ciento del Salario Base de Cotización, a partir del cuarto día de incapacidad y hasta por un periodo de 52 semanas, prorrogables por 26 semanas más. Esta prestación se financia por medio del Seguro de Enfermedad y Maternidad, y es requisito tener una antigüedad mínima de cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad o, en el caso de trabajadores eventuales, seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a ésta.

Si la condición del asegurado implicara una invalidez –calificada por la ley como aquella que lo imposibilita a realizar su mismo trabajo con una remuneración mayor de 50 por ciento de la percibida durante el último año–, el Seguro de Invalidez y Vida le otorgará una pensión temporal por periodos renovables si existe posibilidad de recuperación, o definitiva cuando el estado de invalidez es irreversible, de acuerdo con la valoración médica del IMSS. Debe resaltarse que el criterio que establece la Ley del Seguro Social para determinar la invalidez se refiere no a la inhabilidad para procurarse un ingreso en cualquier actividad, sino a su trabajo habitual. La declaración de invalidez es formulada sólo por el IMSS. Para tener derecho a la pensión del Seguro de Invalidez y Vida, el trabajador debe cotizar al menos 250 semanas (150 si la incapacidad es de más de 75 por ciento y 150 para el ramo de vida).

El pago de la pensión de invalidez se suspende durante el tiempo en que el pensionado desempeña un trabajo en un puesto igual a aquel que desarrollaba al declararse ésta. Un pensionado por invalidez puede tener también otras pensiones; en caso de que tenga una proveniente del Seguro de Riesgos de Trabajo, la suma de sus cuantías no puede exceder el cien por ciento del salario mayor de los que sirvieron de base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas.

En caso de fallecer el asegurado o pensionado por invalidez, se otorga una pensión a los dependientes del asegurado, la cual es vitalicia para la viuda (o viudo si éste hubiera sido dependiente económico de la asegurada); para los hijos, el beneficio sólo se otorga hasta que éstos cumplan 16 años o los 25 si los huérfanos siguen estudiando, o bien, no hay límite de edad cuando el hijo sufre una discapacidad que le impide mantenerse por su propio trabajo a causa de una enfermedad crónica o un

defecto físico o psíquico. Si no hay viuda ni hijos, se otorga una pensión vitalicia a los ascendientes (padres o abuelos) del asegurado o pensionado por invalidez.

El monto de la pensión, temporal o definitiva, en el régimen de la Ley de 1997, es igual a 35 por ciento del promedio de los salarios base cotizados de las últimas 500 semanas de cotización anteriores, actualizados conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. De igual modo, pueden otorgarse asignaciones familiares y ayuda asistencial. Cuando el monto de la pensión de invalidez, incluyendo las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan, sea menor que la Pensión Mínima Garantizada, el monto se iguala a ésta.

Las pensiones de viudez equivalen a 90 por ciento de la pensión que le hubiera correspondido al asegurado en caso de que se hubiera pensionado por invalidez, o la que ya gozaba el pensionado. Los huérfanos reciben el 20 por ciento si sólo son de padre, y 30 por ciento si son de padre y madre. Al igual que en las pensiones de cesantía y vejez, el monto de las pensiones de la viuda e hijos no debe superar el cien por ciento de la pensión que recibía o hubiera recibido el pensionado por invalidez.

Pensión por riesgo de trabajo

Se considera un riesgo de trabajo los accidentes o enfermedades con motivo del trabajo, incluyendo los que se produzcan cuando el trabajador se traslada al lugar del trabajo y de éste a su domicilio.

En México, los trabajadores del sector privado que cotizan al IMSS están protegidos ante estos riesgos a través del Seguro de Riesgos de Trabajo, que ofrece, además de atención médica y, de ser necesarios, aparatos de prótesis y ortopedia, beneficios económicos. Los beneficios se otorgan independientemente del tiempo que el asegurado haya cotizado en el IMSS. El asegurado que sufra algún accidente o enfermedad de trabajo, para gozar de las prestaciones en dinero, debe someterse a los exámenes médicos y a los tratamientos que señale el IMSS.

Las prestaciones económicas consisten, en primera instancia, en un subsidio al trabajador del cien por ciento de su último salario base de cotización, desde el primer día que se incapacita y hasta por un máximo de 52 semanas. Durante este periodo, de ser necesario, se hace una valora-

ción médica para determinar si el accidente, o la enfermedad de trabajo, ocasionaron una pérdida o disminución permanente de sus facultades para trabajar, o algún daño permanente, aun si este último no afecta su capacidad para trabajar.

En caso de que el asegurado esté imposibilitado para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, se dictamina que existe una incapacidad permanente total, mientras que si se ha afectado su capacidad de trabajo parcialmente, o existe un daño anatómico o funcional permanente, aunque éste no afecte su desempeño laboral, se dictamina un grado de incapacidad permanente parcial, de acuerdo con la tabla de valuación de incapacidades establecida en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo. Ello implica que un trabajador puede solicitar una pensión incluso cuando continúe desempeñando con normalidad su puesto de trabajo, a diferencia de las pensiones del Seguro de Invalidez y Vida.

Cuando se dictamina una incapacidad laboral, se le otorga al asegurado una pensión provisional durante un periodo de dos años, en los cuales tanto el IMSS como el pensionado pueden pedir que se revise el dictamen de incapacidad. Si al finalizar el periodo de adaptación persiste la incapacidad, se otorga una indemnización global o una pensión definitiva, según el grado de incapacidad dictaminado. La indemnización global –que equivale a cinco anualidades de una pensión pagadas en una sola exhibición– procede cuando el grado de incapacidad permanente es igual o menor de 25 por ciento, o si el trabajador tiene una incapacidad entre 25 y 50 por ciento y elige esta forma de compensación, en vez de una pensión. El monto de una pensión por incapacidad permanente total es igual a 70 por ciento del último salario del asegurado registrado en el IMSS, si fue un accidente de trabajo. En caso de enfermedad profesional, este porcentaje se aplica al promedio de los salarios de las últimas 52 semanas cotizadas.

La Ley del Seguro Social también resguarda a los trabajadores y pensionados en caso de muerte por riesgos de trabajo. Ante este evento, se otorga una pensión a los mismos beneficiarios que en el caso de las pensiones de cesantía, vejez e invalidez. Además de las anteriores prestaciones en dinero, los pensionados y sus beneficiarios tienen el beneficio de atención médica durante todo el tiempo que dure la pensión, por cualquier evento, no sólo el relacionado con el riesgo de trabajo.

El Seguro de Riesgos de Trabajo se financia sólo con aportaciones patronales; las primas dependen ante todo del riesgo de la actividad de la empresa, la historia de accidentes y enfermedades de trabajo, y su número de empleados. El carácter contributivo de este seguro es esencial, ya que los riesgos de trabajo son inherentes a las condiciones laborales ofrecidas por las empresas o centros de trabajo. Las primas que pagan las empresas no sólo tienen la función de proporcionar los beneficios a los trabajadores ante un riesgo de trabajo, sino también sirven como un mecanismo para modificar el esfuerzo de las empresas para invertir en prevención y mejorar el ambiente laboral; su forma de cálculo es esencial para disminuir el riesgo moral del sistema. Sin embargo, uno de los retos de este seguro es la inspección de los centros de trabajo para determinar de manera adecuada las primas y la incidencia del riesgo, así como encontrar los mecanismos para que los accidentes y enfermedades de riesgos de trabajo sean declarados como tales y los trabajadores sean debidamente canalizados a los servicios médicos del IMSS.

Por otro lado, aunque en principio las pensiones por riesgos de trabajo se financian por medio del Seguro de Riesgos de Trabajo, en el caso de las pensiones definitivas (al igual que en invalidez y vida), el monto constitutivo que asegura una renta vitalicia se financia, en primera instancia, con los recursos en la cuenta individual del trabajador (que incluye la subcuenta de retiro, a la cual contribuyen el patrón, el asegurado y el Estado a través de la cuota social), y de no ser suficientes, la parte restante queda a cargo del Seguro de Riesgos de Trabajo.

Retos de la regulación de las prestaciones económicas asociadas a invalidez, incapacidad y muerte³³

La discapacidad laboral en los trabajadores producto de un accidente o enfermedad es un asunto crecientemente importante en México para la seguridad social, para los propios trabajadores y para la economía en su conjunto. La protección efectiva de los trabajadores y sus familias ante la ocurrencia de estos eventos, así como, en su caso, su pronta rehabilitación y reincorporación al trabajo impone tres grandes retos sobre la regulación y su implementación. Primero, la necesidad de una definición más precisa de cuáles son los riesgos que deben cubrirse, así como la estructura de incentivos adecuada tanto para trabajadores como para

³³ Esta sección se basa en el capítulo X del *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004-2005*, junio de 2005.

patrones que promueva la reinserción laboral cuando sea posible. Segundo, una aplicación más objetiva de la regulación, que permita alcanzar mayor equidad y certeza y reducir el alto grado de litigiosidad que hoy en día tienen los procesos. Asimismo, que clarifique los riesgos que se cubren y las fuentes de financiamiento. Y tercero, la necesidad de canalizar mayores recursos y esfuerzos en materia de prevención, capacitación y rehabilitación, con objeto de reducir las tasas de incapacidad por enfermedades y accidentes laborales y no laborales, y para reinsertar al mercado laboral a quienes los hayan sufrido.

Debe señalarse que la mayor parte de la regulación respecto a las definiciones y el proceso de otorgamiento de las incapacidades temporales y definitivas por estos riesgos proviene de las leyes del Seguro Social de 1943 y de 1973. Por ello, la aplicación de la ley ha estado sujeta a numerosas interpretaciones, sobre todo en la definición de qué es una invalidez o incapacidad permanente, así como en la determinación de la duración de la incapacidad, ya sea temporal o definitiva. Por otro lado, la definición de beneficiarios en caso de deceso del trabajador o pensionado también es prácticamente igual a la establecida en el origen de la ley. Sin embargo, en ese lapso ha habido cambios significativos, entre otros, en el conocimiento sobre los temas de discapacidad y en el mercado laboral, incluyendo la participación de las mujeres.

A continuación se describen algunos de los principales retos al respecto:

- a) *Definición de la incapacidad.* La definición de discapacidad es diferente entre accidentes y enfermedades laborales y no laborales. En riesgos de trabajo, la Ley del Seguro Social establece que se entenderá por incapacidad lo que establezca la Ley Federal del Trabajo, la cual define como incapacidad temporal “la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar”, y como incapacidad total, “la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida”. La Ley del Seguro Social también establece que la valuación se basa en la tabla correspondiente de la Ley Federal del Trabajo, la cual es una mezcla de deficiencia corporal y pérdida funcional. Así, con base en esa tabla, puede dictaminarse un grado de valuación alto de incapacidad permanente y otorgar una pensión por daño incluso a personas sin pérdida de habilidad laboral y aun cuando continúen con su misma actividad

de trabajo al momento de solicitar una pensión o indemnización global. Como ejemplo, en 2004, alrededor de 25 por ciento de los pensionados por incapacidad permanente trabajaban.

Por otro lado, la Ley del Seguro Social establece que existe invalidez cuando "el asegurado se halle imposibilitado para procurar, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo". De este modo, la definición de invalidez de la Ley del Seguro Social está ligada al ejercicio de un puesto específico; no se consideran las habilidades laborales del individuo que pueden permitirle aún, o posteriormente con capacitación laboral adecuada, su reintegración laboral y percibir un ingreso en algún otro tipo de actividad (Rodríguez, 2012).

- b) *Determinación y medición del estado de invalidez.* El procedimiento es complejo, ya que involucra juicios subjetivos del médico sobre el individuo afectado y su entorno laboral y social difíciles de eliminar. Lo anterior lleva a que la aplicación de la regulación sea complicada y se requiera una supervisión constante para evitar situaciones de inequidad o incumplimiento del propósito de protección, por un lado, o su sobreuso para otros propósitos, por el otro.
- c) *Financiamiento de las pensiones.* La cuenta individual está integrada por las subcuentas: de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; de vivienda y de aportaciones voluntarias. Cuando un trabajador se pensiona por cualquier motivo, incluyendo por riesgos de trabajo e invalidez y vida: a) si elige el régimen de la Ley de 1973, el trabajador puede disponer de sus recursos de retiro de su cuenta individual, mientras que los de cesantía y vejez van al Gobierno Federal; y b) si elige la Ley de 1997, los recursos de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez se utilizan, en primera instancia, para financiar el monto constitutivo de su pensión. Lo anterior, aun cuando, en principio, en las pensiones de riesgos de trabajo la responsabilidad es del patrón y, por tanto, deberían pagarse del Seguro de Riesgos de Trabajo; y las de invalidez y vida del Seguro de Invalidez y Vida. Por otro lado, si se certifica el estado de invalidez, pero el asegurado no cumple con el requisito de semanas de cotización, puede retirar todos los recursos de la cuenta individual.

Ello implica que para un pensionado por incapacidad permanente total o invalidez y vida, ya sea por la Ley de 1973 o la Ley de 1997, los recursos de su cuenta individual que financiarán su pensión de cesantía y vejez serán sólo aquellos que se acumulen después del otorgamiento de su pensión de incapacidad permanente total o invalidez y vida. Considerando la edad promedio a la que se pensiona un trabajador por riesgos de trabajo e invalidez y vida, probablemente los recursos en su cuenta individual no serán suficientes para obtener por lo menos una Pensión Mínima Garantizada y, por tanto, el Gobierno Federal deberá complementar sus recursos, con el consecuente impacto sobre las finanzas públicas.

Conducta y participación de los pensionados en el mercado laboral

Un objetivo del sistema debería ser contar con una política expresa para disminuir la discapacidad laboral y no laboral, fomentar la rehabilitación y tratar de reingresar a un número mayor de personas a la fuerza laboral, áreas en las que en México es necesario avanzar de manera mucho más firme y sostenida. Asimismo, en la actualidad, el sistema enfrenta problemas de conductas³⁴ y tiene pocos incentivos para que los trabajadores pensionados se reintegren al mercado laboral. Debido a la fragmentación actual del mercado laboral y del sistema de pensiones, es difícil verificar si el pensionado vuelve a trabajar en un puesto similar al que tenía, ya sea en el sector formal (cotizando a otras instituciones de seguridad social como el ISSSTE o Pemex) o en el informal. La reincorporación del pensionado al mercado laboral mejoraría sus condiciones económicas y su inclusión social y económica.

Coexistencia de pensiones en una misma persona. La Ley del Seguro Social permite que un pensionado pueda tener varias pensiones; entre otras posibles combinaciones, de cesantía en edad avanzada o de vejez con una de invalidez (cuando esta última se otorga primero); una de cesantía en edad avanzada o de vejez con una o varias por incapacidad permanente; y diferentes pensiones de incapacidad permanente del Seguro por Riesgos de Trabajo. En el caso de que un pensionado tenga dos o

³⁴ En este contexto, las conductas se refieren al riesgo moral, esto es, una vez que se ha certificado la invalidez, si se presenta mejoría, no existen incentivos para que el trabajador lo declare. Tampoco para que un pensionado por invalidez se reincorpore al mercado laboral formal.

más pensiones por riesgos de trabajo e invalidez y vida, ya sea por la Ley de 1973 o la de 1997, la ley establece que el monto máximo que puede recibir es el cien por ciento del salario más alto de los que se hayan utilizado en el cálculo de cualquiera de ellas. Por otro lado, un trabajador afiliado al IMSS antes del 30 de junio de 1997 que se pensione puede solicitar diferentes pensiones con base en los dos regímenes, Ley de 1973 y Ley de 1997; esta última no tiene reglas de coexistencia de pensiones ni de monto máximo que se puede recibir.

La Ley de 1973, a diferencia de la de 1997, establecía que un mismo pensionado en ningún caso podía tener una Pensión de Invalidez y de Cesantía o Vejez al mismo tiempo. De acuerdo con la Ley de 1997, si un pensionado con una o varias pensiones por invalidez y vida o riesgos de trabajo solicita después una de cesantía o vejez, su pensión de riesgos de trabajo o invalidez y vida no se suspende o disminuye al otorgársele la de cesantía o vejez. Esto, a diferencia de otros países donde las pensiones de invalidez y vida se otorgan durante la vida productiva del asegurado, y cuando se alcanza la edad de retiro se sustituyen por una de retiro, con un mecanismo de compensación por el tiempo que dejó de cotizar a la seguridad social.

A manera de ejemplo de la magnitud de esta problemática, en 2004, el 32.8 por ciento del total de pensionados directos por riesgos de trabajo tenían más de una pensión (IMSS, 2005).

Definición de dependencia económica para el otorgamiento de pensiones derivadas. En caso de muerte, el Seguro de Invalidez y Vida y el Seguro de Riesgos de Trabajo protegen a los dependientes de los afiliados o pensionados. Los pensionados de riesgos de trabajo e invalidez pueden incorporar/modificar beneficiarios a la seguridad social de manera ilimitada y en cualquier tiempo. Todos los beneficiarios registrados o los que acrediten los derechos gozan de atención médica y pueden obtener una pensión en la eventualidad de la muerte del pensionado. Así, la Ley del Seguro Social protege a las viudas o concubinas, viudos o concubinarios, así como a los huérfanos y a sus ascendientes. En cuanto a los huérfanos, la ley limita el pago de una pensión mientras sean menores de edad, se encuentren estudiando o sean discapacitados; de modo implícito, se reconoce su inhabilidad transitoria para trabajar y su dependencia económica del asegurado. Respecto a los viudos o concubinarios y los ascendientes, la ley establece en forma explícita que les otorgará pensión sólo si

dependen económicamente del asegurado. Sin embargo, en el caso de las viudas y concubinas, la ley no dispone algún criterio, salvo el requisito de unión legal o de facto con el asegurado, o el haber tenido hijos con éste. El único criterio para la suspensión de la pensión es que la viuda contraiga de nuevo matrimonio o entre en concubinato; ante lo cual, se le pagará una suma global equivalente a tres anualidades de la pensión. Esta regulación contrasta con la de la mayoría de los países, donde la viuda sólo recibe la pensión en caso de dependencia económica, tenga hijos menores de edad, o cuando ésta sea mayor de 60 años.

Al respecto, en consonancia con los acuerdos internacionales sobre derechos humanos y discapacidad y de readaptación de los discapacitados, algunos países de la OCDE han implementado políticas de aprovechamiento de las habilidades de los discapacitados que podrían dar mayor sustentabilidad financiera a los sistemas pensionarios, y brindar oportunidades de empleo remunerado a personas con limitaciones funcionales. Estas políticas incluyen:

- a) Reconocimiento de que el estado de discapacidad no necesariamente debe ser equivalente a la incapacidad de trabajar.
- b) Introducción de una cultura de obligaciones mutuas para apoyar y reintegrar personas con discapacidad tanto para la sociedad como para los discapacitados y los empleadores.
- c) Diseño de paquetes individuales de trabajo y beneficios económicos que eviten su exclusión del mercado laboral, y reconozcan que las personas con discapacidad pueden requerir, entre otros, adaptaciones a sus espacios de trabajo.
- d) Introducción de obligaciones para las personas con discapacidad, como rehabilitación vocacional, búsqueda de empleo y otras medidas de integración.
- e) Involucramiento de los patrones en el proceso para reintegrar a las personas con discapacidad que pueden incluir legislaciones antidiscriminatorias y cuotas de empleo obligatorias.
- f) Promoción de la intervención temprana para la rehabilitación, el reentrenamiento y la búsqueda de trabajo.

- g) Y flexibilización de las prestaciones económicas para proveer incentivos para regresar a trabajar.

Algunas reformas legislativas han incluido una definición de los responsables de los diferentes elementos de la función del seguro, como son: el manejo de las solicitudes para la evaluación y rehabilitación médica y vocacional; la recaudación (cálculo y cobro de las primas); el cálculo y pago de los beneficios; y la prevención, incluyendo la proporción del gasto asignado a cada una de estas funciones (Rodríguez, 2012).

3. DIAGNÓSTICO DE RIESGOS ASOCIADOS AL TRABAJO

El desempleo y subempleo son un problema concerniente al desarrollo social, porque el nivel de vida de la mayoría de los hogares mexicanos depende de las remuneraciones por trabajo, que son su principal fuente de ingreso. Los ingresos por trabajo subordinado, independiente y por otros ingresos provenientes del trabajo representaron 76.5 por ciento del ingreso total de los hogares en 2010. La importancia del ingreso laboral era mayor en áreas urbanas (77.1 por ciento del total) que en las rurales (71.1 por ciento), dada la relevancia de las transferencias en el sector rural (cuadro 6). La relevancia del salario es creciente en ambos contextos a corto y mediano plazo, lo cual significa que es responsable de la mayor parte de las variaciones en la pobreza, en particular durante una crisis como la de 2009.

Cuadro 6. Porcentaje de los rubros de ingreso respecto al ingreso corriente total mensual por persona. Nacional, rural y urbano, México, 2008-2010

Rubro de ingreso	Nacional		Rural		Urbano	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Ingreso corriente monetario	93.7	93.7	92.7	92.7	93.8	93.8
Remuneraciones por trabajo subordinado	61.1	63.9	47.8	51.5	62.6	65.4
Ingreso por trabajo independiente	10.7	9.6	16.4	14.8	10.1	8.9
Ingreso por renta de propiedad	8.5	5	5.2	1.7	8.9	5.4
Otros ingresos provenientes del trabajo	2.9	3	4.8	4.8	2.7	2.8
Transferencias	10.5	12.2	18.5	19.8	9.6	11.2
Ingreso corriente no monetario	6.3	6.5	7.3	7.4	6.2	6.3
Pago en especie	2.4	2.8	2.6	2.9	2.4	2.8
Transferencias en especie	3.9	3.6	4.7	4.5	3.8	3.5

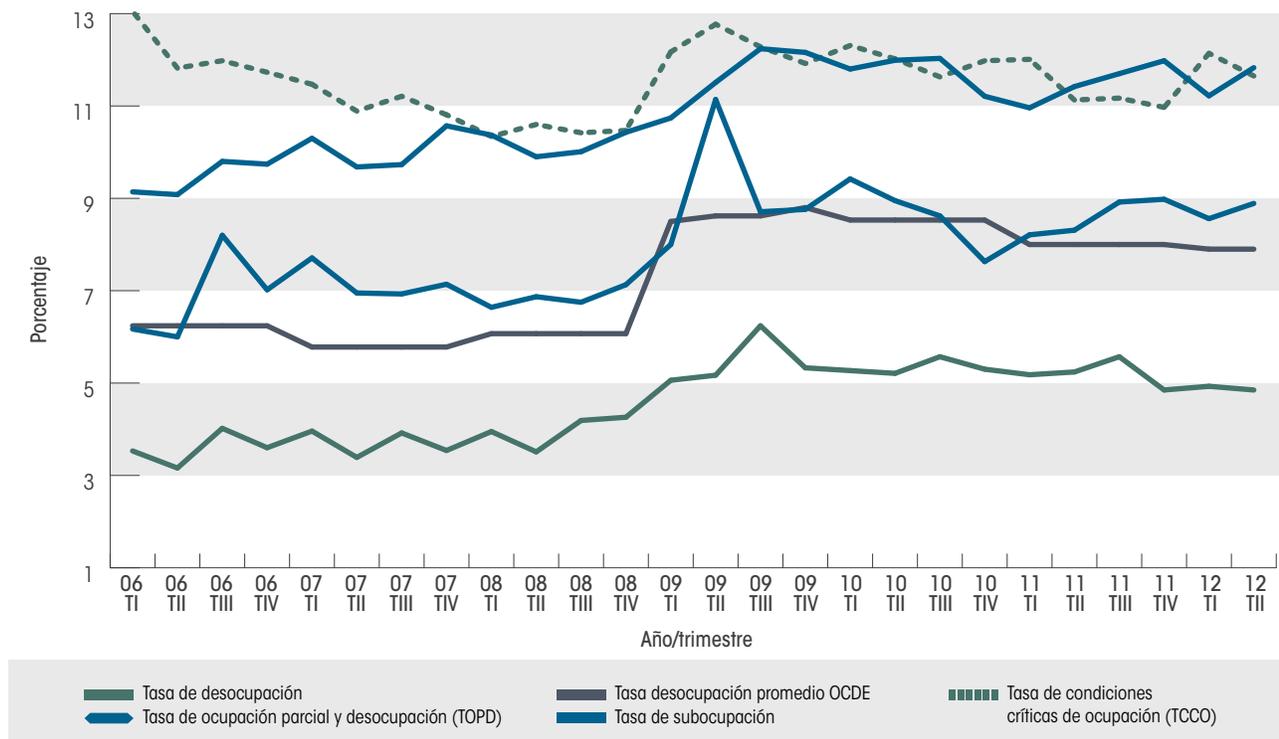
Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Desocupación

La desocupación promedio en México entre 2006 y 2012 fue de 4.6 puntos porcentuales. Alcanzó su nivel más alto en el tercer trimestre de 2009 cuando llegó a 6.2 por ciento y se mantuvo por arriba de los cinco puntos a lo largo de 2009, 2010 y los tres primeros trimestres de 2011.

El nivel de esta tasa, no obstante su aumento durante la crisis, podría ser calificado como bajo si se contrasta con el registrado en el mismo periodo en los países de la OCDE. La desocupación promedio del conjunto de los países miembros de la OCDE en 2006-2012 fue de 7.3 puntos porcentuales, 1.1 más que el nivel más alto alcanzado en México en los últimos años. Entre los países con la tasa de desocupación más alta, puede mencionarse a España (18 por ciento en 2009 y 20.1 en 2010), Estonia (13.8 en 2009 y 16.8 en 2010), Eslovaquia (12 por ciento en 2009 y 14.4 en 2008), Irlanda (11.8 en 2009 y 13.7 en 2010) y Grecia (9.5 en 2009 y 12.6 en 2010). Sin embargo, este contraste con los países de la OCDE oculta algunas de las restricciones y los riesgos que enfrentan muchos trabajadores en el mercado de trabajo mexicano.

Gráfica 18. Tasas de desocupación complementarias, México, 2006-2012



Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en la ENOE y la OCDE, 2012.

Si se consideran indicadores de desocupación complementarios como la tasa de subocupación,³⁵ de ocupación parcial y desocupación,³⁶ así como de condiciones críticas de ocupación,³⁷ el panorama cambia y México alcanza niveles similares al promedio de países de la OCDE e incluso por arriba de éstos (gráfica 18). En el periodo considerado, la tasa de subocupación nunca bajó de 6.5 puntos, la de ocupación parcial y desocupación de 9.5 puntos y la de condiciones críticas de la ocupación de diez puntos porcentuales. Esta diferencia entre la tasa de desocupación y las medidas complementarias puede deberse a que la primera tiende a estimar a la baja diversas manifestaciones de subempleo y desempleo en mercados de trabajo como el mexicano, que se distinguen por una rotación elevada y en el que las personas tienden a tomar trabajos temporales o de tiempo parcial con frecuencia; es decir, las medidas complementarias serían un mejor instrumento para valorar en forma adecuada la desocupación en el mercado de trabajo nacional y ubicar al país en contraste con los demás miembros de la OCDE.

Estas diferencias entre niveles de desocupación no son meramente de medición estadística; también influye la manera en que están organizados los mercados de trabajo nacionales y la forma en que el Estado interviene en éstos. El desempleo puede parecer bajo en México porque cuando el o los proveedores económicos de un hogar pierden su empleo y, en consecuencia, enfrentan problemas de liquidez monetaria para financiar su consumo diario, pueden preferir tomar empleos precarios y desempeñar actividades que en otra circunstancia no realizarían antes que enfrentar disminuciones pronunciadas en su nivel de vida. Un fenómeno de esta naturaleza, a nivel agregado, sería el origen de la existencia de tasas de desocupación bajas. Esto refleja la ausencia de un seguro de desempleo, en contraste con la mayoría de los países de la OCDE. En una circunstancia de este tipo, la participación del Estado a través de la creación de un programa de seguro de desempleo bien diseñado puede ser deseable, al permitir a los desempleados financiar la transición hacia un empleo más productivo, aun cuando como efecto secundario pueda aumentar el nivel de las tasas de desempleo.

³⁵ Porcentaje de la población ocupada que tiene la necesidad y disponibilidad de ofertar más horas de trabajo de lo que su ocupación actual les permite (INEGI, 2011).

³⁶ Porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra desocupada, más la ocupada que trabajó menos de 15 horas en la semana de referencia (INEGI, 2011).

³⁷ Porcentaje de la población ocupada que se encuentra trabajando menos de 35 horas a la semana por razones de mercado, más la que trabaja 35 y más horas semanales con ingresos de hasta un salario mínimo y la que labora más de 48 horas semanales ganando más de uno y hasta dos salarios mínimos (INEGI, 2011).

Otras opciones de los trabajadores mexicanos frente al desempleo son:

- a) Indemnización por despido de conformidad con lo establecido en los artículos 48, 49 y 50 de la Ley Federal del Trabajo.
- b) Ahorro de la AFORE o de la cuenta de retiro, cesantía y vejez de conformidad con lo establecido en la Ley del Seguro Social. Los trabajadores pueden retirar, por motivo de cesantía, entre 30 y 90 días de salario base de cotización de su AFORE o 11.5 por ciento del saldo en la cuenta de retiro, cesantía y vejez (lo que resulte menor) cada cinco años. En 2011-2012, alrededor de un millón de trabajadores hicieron uso de este beneficio y retiraron 3,631 pesos en promedio. No obstante, es preciso resaltar que su uso mengua el monto de su pensión futura.
- c) Programa de Empleo Temporal. La población objetivo del programa es la población vulnerable mayor de 16 años que fue afectada por la pérdida o disminución temporal de su ingreso y que está dispuesta a participar en los proyectos que impulsa el programa. El beneficio consiste en una transferencia en efectivo correspondiente a 99 por ciento de un salario mínimo por un máximo de dos jornales diarios y 132 jornales al año por beneficiario. En 2010, el programa ejerció un presupuesto de 3,028.35 millones de pesos (monto expresado en pesos constantes de enero de 2011) y atendió a 582,044 personas.
- d) Seguro de desempleo en el Distrito Federal. La población objetivo son los trabajadores mayores de 18 años de edad que perdieron su empleo y son habitantes en el Distrito Federal. El lugar en el que laboraban debe tener domicilio fiscal en el Distrito Federal. El beneficio consiste en la entrega de 30 días de salario mínimo y su duración es hasta por seis meses.

Se debe resaltar que el seguro de desempleo es una pieza fundamental dentro de los esquemas nacionales de seguridad social de muchos países; México es uno de los países de América Latina³⁸ y de la OCDE que no cuenta con un instrumento de este tipo (CISS, 2011).

³⁸ Países de América Latina con seguro de desempleo son: Brasil (desde la década de 1980), Argentina, Barbados, Chile y Uruguay (desde la década de 1990), así como Colombia (con un programa reciente y más pequeño en términos de trabajadores beneficiados).

Políticas activas de empleo

Entre los programas federales que tienen por objeto enfrentar riesgos como la pérdida de ingreso laboral o la dificultad para encontrar trabajo por falta de habilidades, pueden mencionarse los programas de Apoyo al Empleo, de Apoyo a la Productividad, de Atención a Situaciones de Contingencia Laboral y de Coordinación de Acciones de Vinculación entre los Factores de la Producción para Apoyar al Empleo. Estos programas pueden clasificarse entre las políticas activas de empleo, pues consisten en actividades de capacitación y entrenamiento, subsidios al empleo y acciones de “empate” entre empresas y trabajadores (cuadro 7).³⁹

Cuadro 7. Programas de políticas activas de empleo, México, 2011

Programa	Beneficio	Población atendida (personas)	Presupuesto ejercido (millones de pesos de 2011)
Programa de Apoyo al Empleo	Acciones de capacitación, apoyos monetarios para traslado y capacitación	421,464	1,286.30
Programa de Apoyo a la Productividad	Apoya a empresas para capacitación de trabajadores	5,330	0.37
Programa de Atención a Situaciones de Contingencia Laboral	Apoyos monetarios en contingencias laborales	22,320	49.99
Coordinación de Acciones de Vinculación entre los Factores de la Producción para Apoyar al Empleo	Vinculación laboral (bolsa de trabajo, <i>call center</i> y feria de empleo, entre otras)	3,671,666	111

Fuente: *Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011* de cada programa.
Nota: Los cuatro programas son operados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Entre éstos, el programa más importante es el de Apoyo al Empleo, que ejerció 1,286.3 millones de pesos en 2011. La población que el programa atendió ascendió a 421,464 personas, no obstante que de éstas aproximadamente la mitad lograron colocarse en un empleo. Si esta población se contrasta con el número de trabajadores desocupados (2.6 millones) y subocupados (3.9 millones) en dicho año, se identifica el tamaño del área de oportunidad existente para la implementación de políticas activas de empleo en México.

³⁹ El Programa de Apoyo al Empleo no está dirigido a la atención de personas desempleadas o subempleadas.

Vale la pena resaltar por último que México es uno de los países de la OCDE que menos gastan en políticas activas de empleo (cuadro 8).

Cuadro 8. Gasto público en programas de mercado de trabajo en países de la OCDE (porcentaje del PIB en 2005)

	Canadá	Corea	México	Estados Unidos	Polonia	Francia
Servicio Público de Empleo y Administración	0.15	0.03	---	0.03	0.09	0.24
Entrenamiento	0.08	0.05	0.01	0.02	0.1	0.29
Incentivos al empleo	0.17	0.03	---	---	0.05	0.12
Empleo subsidiado	---	---	---	0.03	0.16	0.07
Creación directa de empleo	0.02	0.01	---	0.01	0.02	0.19
Incentivos de inicio	0.01	---	---	---	0.04	0.01
Mantenimiento de ingreso y apoyo	0.6	0.24	---	0.24	0.27	1.35
Retiro temprano	---	---	---	---	0.45	0.05
Total	0.9	0.37	0.01	0.38	1.18	2.32

Fuente: Elaborado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social para el CONEVAL con base en la OCDE, 2009. *Employment Outlook 2008*.

Servicios de cuidado infantil

Un tercer riesgo asociado al mercado de trabajo es el de la disminución del ingreso familiar, en virtud de que uno o más miembros que trabajaban, mujeres en particular, requieran permanecer en casa atendiendo a niños, personas con alguna discapacidad o adultos mayores con dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana. Este riesgo es cada vez más importante en las sociedades contemporáneas por la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo, quienes tradicionalmente desempeñan el papel de "cuidadoras", y por el tamaño menor de las unidades domésticas, lo que reduce la cantidad de "cuidadores" potenciales por hogar; no obstante, también se debe al incremento de la proporción de la población anciana, fenómeno que responde en parte a un aumento de la longevidad promedio de la población, así como de la disminución de la fecundidad (Montes de Oca, 1998; Robles Silva, 2001 y 2007).

El aumento de la participación económica de las mujeres ha sido posible por la incidencia de un conjunto de factores de mediano y largo

plazo. Entre los factores de largo plazo pueden mencionarse la creciente urbanización y el consecuente traslado masivo de población del campo a la ciudad; el incremento generalizado del nivel educativo, en particular de ellas, así como el descenso de la fecundidad con su efecto sobre el tamaño de los hogares y la composición de la población. Entre los factores de mediano plazo que han tenido incidencia en la mayor participación de las mujeres a partir de la década de 1980 pueden citarse los cambios en la estrategia de crecimiento y la flexibilización del mercado de trabajo, el incremento en el número de perceptores como una respuesta estratégica de los hogares frente a la reducción del poder adquisitivo del ingreso (González de la Rocha y Escobar, 1990), así como un pronunciado cambio sectorial en el mismo mercado, que implica la creación de numerosas posiciones ocupacionales en actividades relacionadas con el sector servicios y comercios, en detrimento de posiciones en los sectores primario y secundario (Oliveira, Ariza y Eternod, 2001: 882-883). Entre 2005 y 2011, la tasa de participación laboral de las mujeres pasó de 39.6 a 41.8 por ciento, en tanto que la de los hombres descendió de 77.7 a 76.8 por ciento (INEGI, 2012). Sin embargo, hay que precisar que la participación de las mujeres más pobres es mucho menor y se ha rezagado en las últimas décadas: en 2010 la participación laboral de las mujeres era de 50.8 por ciento entre quienes no eran ni pobres ni vulnerables, pero apenas 33.5 por ciento entre quienes eran pobres (cuadro 9).

Cuadro 9. Tasa de participación laboral de las mujeres según situación de pobreza, México, 2010

Tasa de participación laboral de las mujeres según situación de pobreza, 2010		
Pobreza	Porcentaje	Personas
Mujeres en situación de pobreza	33.5	6,185,468
Mujeres en situación de pobreza moderada	28.1	1,114,102
Mujeres en situación de pobreza extrema	34.9	5,071,366
Mujeres vulnerables por carencias sociales	48.3	6,197,438
Mujeres vulnerables por ingresos	32.8	768,450
Mujeres no pobres y no vulnerables	50.8	4,607,962
Total	41.6	17,759,318

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH 2010.

Para las mujeres que precisan suspender temporalmente su vida laboral debido a decisiones reproductivas y al correspondiente periodo de puerperio, la Ley Federal del Trabajo prevé la licencia de maternidad, que establece un lapso de doce semanas (seis antes del parto y seis después) de descanso para la madre trabajadora con goce de sueldo. Además, existe una variada oferta pública de servicios de cuidado infantil.

Dicha oferta está compuesta por servicios contributivos y no contributivos. Los primeros incluyen al ISSSTE, a través de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil, al IMSS y a la Secretaría de Educación Pública con los Centros de Desarrollo Infantil y Centros de Educación Inicial. Los servicios no contributivos están conformados por los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil y los Centros de Asistencia Infantil Comunitarios del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como por las Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras de la Sedesol (cuadro 10).

La oferta pública de servicios de cuidado infantil atendía en 2007-2008 a más de medio millón de niños con diversos tipos de servicios y para diferentes rangos de edad. Los servicios contributivos más importantes, por el número de niños atendidos, eran los del IMSS con 214,034, mientras que entre los no contributivos las estancias infantiles de la Sedesol atendían a 125,359 niños en 2007.

Cuadro 10. Servicios de cuidado infantil, México, 2007-2008

Institución	Nomenclatura	Modalidad	Nivel	Población objetivo	Niños atendidos	Número de centros
ISSSTE	Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (propias y subrogadas)	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Hijos de trabajadores afiliados	34,047 [2007]*	275
				2 meses a 6 años		
IMSS	Guarderías: propias y subrogadas	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Hijos de trabajadores afiliados	214,034 [Inscritos a diciembre de 2008]**	1,554
				43 días a 4 años		
DIF	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Población infantil	51,492	559
				45 días a 5 años 11 meses	[ciclo 2008-2009]	
	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios	Semiescolarizado (comunitario)	Educación inicial y preescolar	Población infantil	88,751	2,195
				45 días a 5 años 11 meses	[ciclo 2007-2008]	
SEP	Centros de Desarrollo Infantil	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Población infantil	71,186	ND
				0 a 5 años 11 meses	[ciclo 2007-2008]	
	Centros de Educación Inicial	Semiescolarizado	Educación inicial	Población infantil	ND	ND
				2 a 4 años (sólo DF)		
SEDESOL	Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	Escolarizado	Educación inicial	Población infantil	125,359	5,504
				1 a 3 años 11 meses	[2007]	[2007]
				1 a 5 años 11 meses (niños con discapacidad)	264,164	9,587
					[2010]	[2010]
Total					565,583 [2007]	10,087 [2007]

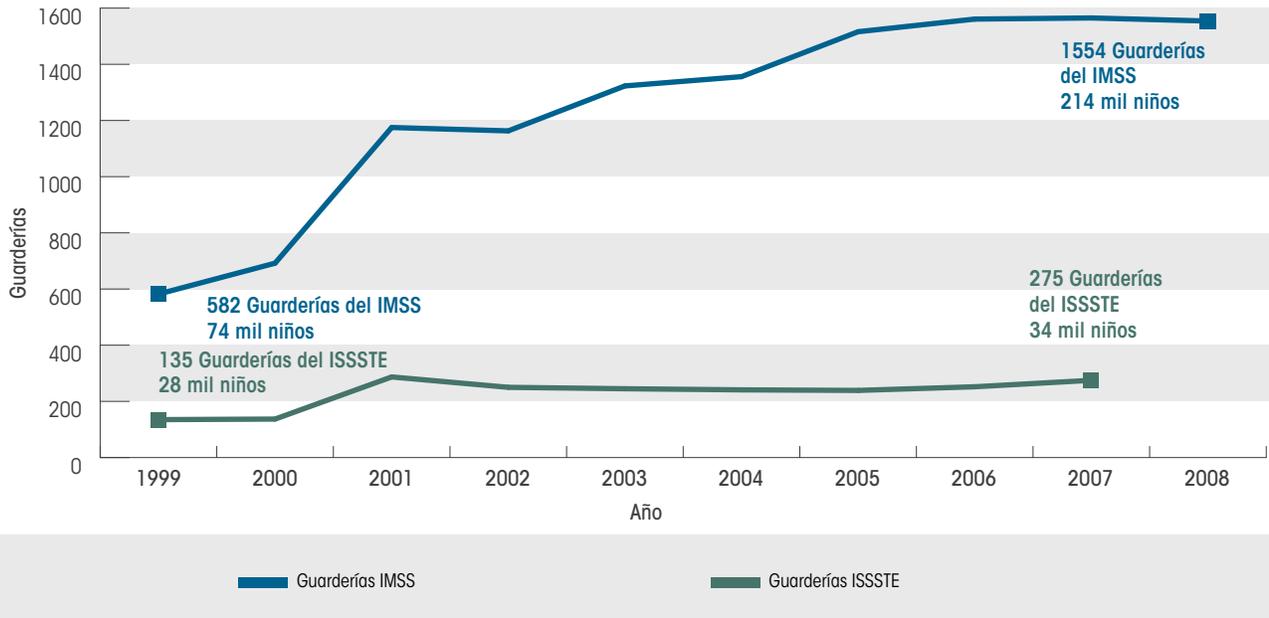
Fuente: Elaboración propia con base en Sedesol (2011). *Diagnóstico de la problemática de las madres con hijos pequeños para acceder o permanecer en el mercado laboral*. México: Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Análisis y Prospectiva.

* Fuente: Área de Planeación y Evaluación del Desempeño Institucional, ISSSTE.

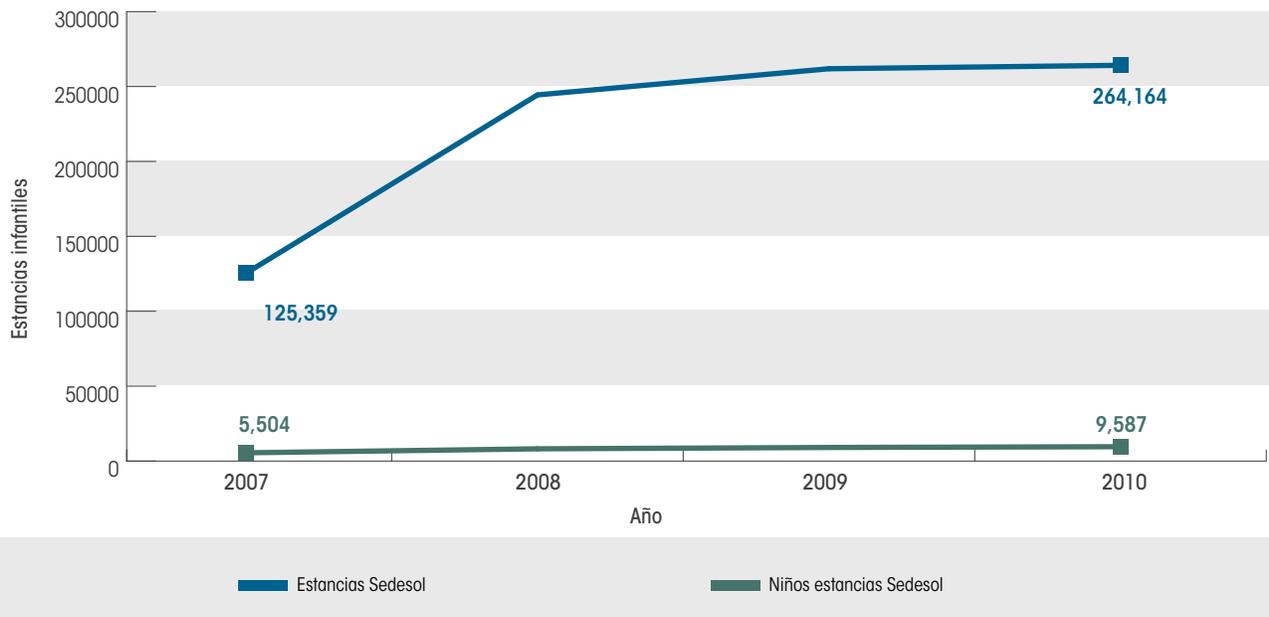
** Fuente: Coordinación del Servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil, IMSS.

En el largo plazo, los servicios que crecieron más fueron los del IMSS, pues entre 1999 y 2008 el número de niños atendidos ascendió a 158 por ciento (al pasar de 82,870 a 214,034; gráfica 19). El número de niños atendidos por estancias infantiles de la Sedesol, por su parte, creció en 110 por ciento entre 2007 y 2010 (al pasar de 125,359 a 264,164; gráfica 20).

Gráfica 19. Servicios de guarderías del IMSS e ISSSTE y niños atendidos, México, 1999-2008



Gráfica 20. Estancias infantiles de la Sedesol y niños atendidos, México, 2007-2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en Sedesol (2011). *Diagnóstico de la problemática de las madres con hijos pequeños para acceder o permanecer en el mercado laboral*. México: Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Análisis y Prospectiva.

Como en los otros componentes de la seguridad social, existe una brecha amplia entre el costo y la calidad de los beneficios otorgados por las instituciones de seguridad social contributiva y los programas no contributivos: el gasto promedio por niño en 2010 fue de 2,921 pesos al mes en el IMSS, y 761 pesos mensuales en las estancias de la Sedesol (Anexo estadístico, *Quinto Informe de Gobierno*).

Entre los resultados de estos programas, los evaluados son los del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, que aumentó en cinco por ciento el número de madres con trabajo respecto de las no apoyadas. Asimismo, en la evaluación de impacto se identificó que una madre beneficiaria tiene mayores probabilidades (18 por ciento) de encontrar empleo en relación con las que no reciben el apoyo. Además, reduce, a las madres o padres beneficiarios, el cuidado infantil en cerca de media hora diaria. Es necesario continuar con las acciones de seguridad de las estancias.

En cuanto a incidencia distributiva, el programa de Guarderías del IMSS resulta regresivo en términos absolutos, dada la baja cobertura del IMSS en los estratos pobres. En el caso de las estancias infantiles de la Sedesol, si bien concentra el 70 por ciento de sus beneficiarios en población no pobre ni vulnerable por ingresos, resulta menos regresivo que el de Guarderías del IMSS.⁴⁰ En comparación con este último, el de Estancias Infantiles es el instrumento más progresivo de política pública destinado a este tipo de servicios (al respecto, véase el *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012*).

Finalmente, entre los retos que enfrentan los servicios de cuidado infantil destacan: hacer esfuerzos para lograr armonizar los horarios de las guarderías y las actividades laborales de los padres y conseguir que un importante segmento de población que no puede pagar la oferta de cuidado infantil existente acceda a ésta, tanto por reducción del costo como por una ampliación de la cobertura.

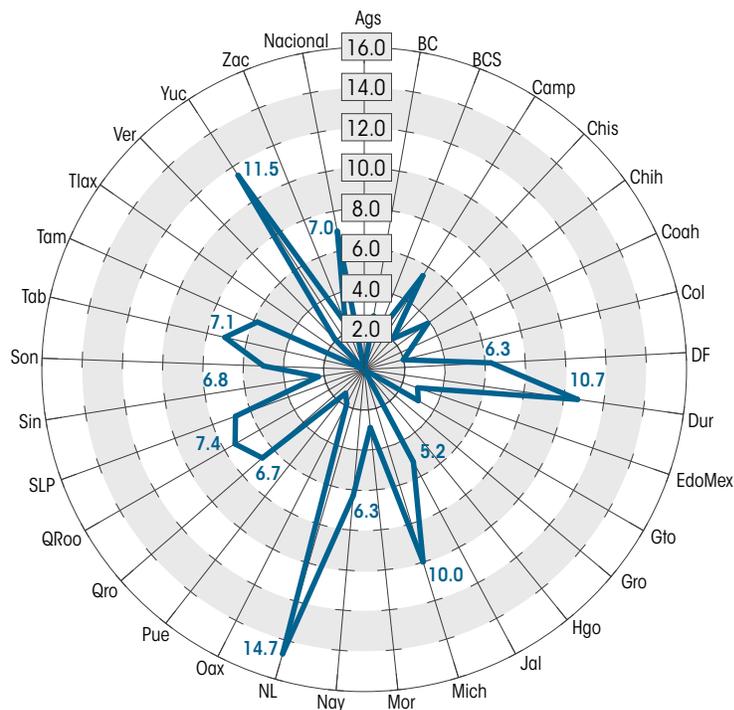
⁴⁰ Los resultados provienen del *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012* en su apartado "Incidencia distributiva y equidad del gasto social: 2008-2010". La metodología utilizada en dicho análisis fue desarrollada por John Scott, que utilizó información proveniente del Módulo de Programas Sociales de la ENIGH 2010 y la Cuenta Pública 2010, por lo que no se analizaron registros administrativos del programa de Estancias Infantiles. Dado el diseño muestral del Módulo de Programas Sociales 2010 (MPS-2010), es posible que la información reportada no sea representativa de la población beneficiaria de los programas. Asimismo, es importante señalar que a partir de 2010 la Secretaría de Desarrollo Social cuenta con un Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIIS), el cual permite identificar la condición de elegibilidad de los individuos de acuerdo con lo establecido en las reglas de operación; esto ha permitido reducir de modo significativo los errores de inclusión de los programas sociales de la Sedesol. En el caso del programa de Estancias Infantiles, de acuerdo con sus reglas de operación 2012, la población beneficiaria del programa son madres y padres solos que trabajan, buscan trabajo o estudian, cuyo ingreso por persona no rebasa la Línea de Bienestar Económico.

Dispersión de programas federales y estatales de trabajo

De acuerdo con el *Inventario Federal* y el *Inventario Estatal*, en 2010 existían 125 programas y acciones de desarrollo social vinculados al derecho social al trabajo. De éstos, 106 eran estatales⁴¹ y 19, del Gobierno Federal (gráfica 21).

Los estados con el mayor número de programas de trabajo respecto al total de sus programas sociales son: Nuevo León (14.7 por ciento), Yucatán (11.5 por ciento) y Durango (10.7 por ciento). En contraste, los que tienen un menor número son: Puebla (1.5 por ciento), Baja California Sur (1.9 por ciento) y Oaxaca (1.9 por ciento).

Gráfica 21. Porcentaje de programas y acciones de trabajo estatales y federales respecto al total de programas en la entidad y el Gobierno Federal, México, 2010



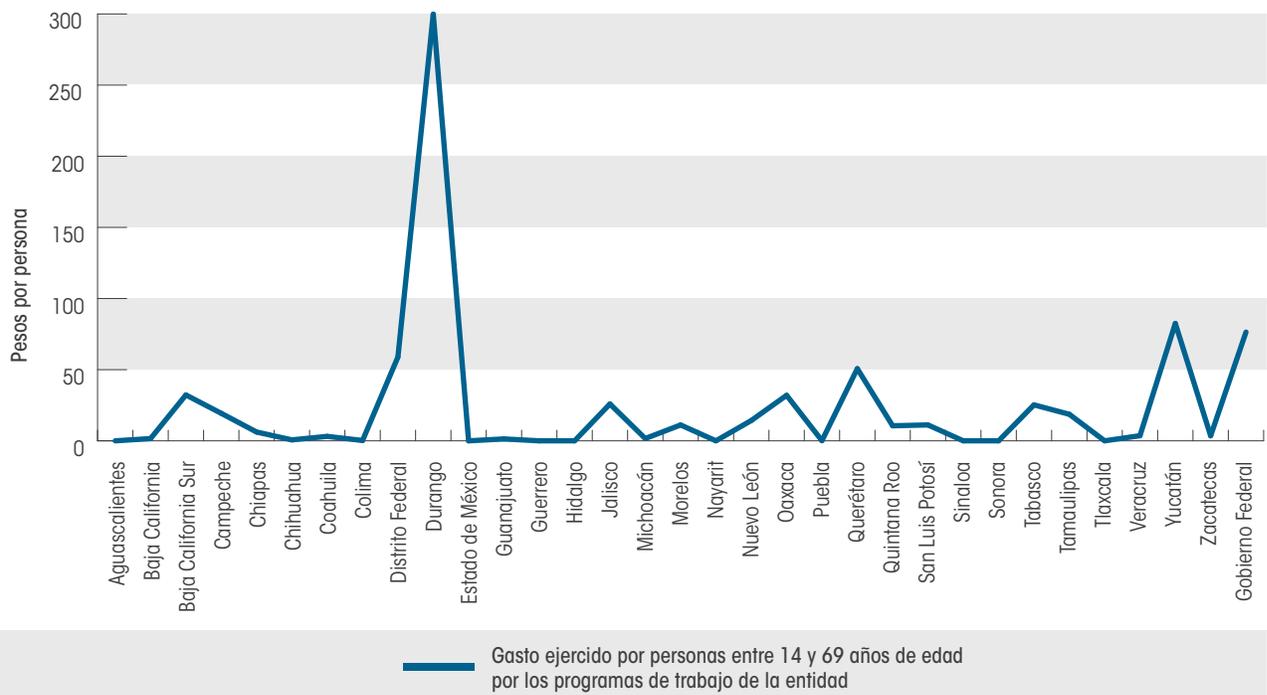
Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; posteriormente, se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IFE/Paginas/default.aspx>

⁴¹ 28 de las 32 entidades federativas cuentan con información en sus portales de internet de programas y acciones vinculados a este derecho social. No se obtuvo información de Aguascalientes, Guerrero, Hidalgo y Tlaxcala.

El presupuesto ejercido por este grupo de programas y acciones ascendió a 1,802.33 millones de pesos en las entidades y a 8,584.8 millones de pesos en el Gobierno Federal. El gasto promedio por persona llegó a 20.9 pesos en el conjunto de las entidades y a 451.8 pesos en el Gobierno Federal en 2010. Una aproximación más precisa considera sólo el gasto por persona en edad de trabajar (entre los 14 y los 69 años de edad).⁴² La distribución de esta medida por entidad muestra que en Durango los programas de trabajo ejercieron el gasto anual más alto por persona en edad de trabajar (315.7 pesos por persona), seguido por Yucatán (119.1 pesos por persona) y el Distrito Federal (81.60 pesos por persona). El Gobierno Federal ejerció 115.6 pesos por persona (gráfica 22).

Gráfica 22. Gasto anual por persona de los programas y acciones estatales y federales de trabajo, México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010*, el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010* y los *tabulados básicos del Censo de Población y Vivienda 2010*.
Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; posteriormente, se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

⁴² El cálculo es el cociente "bruto" del presupuesto que ejercieron los programas de trabajo en 2010 en cada entidad en relación con el número de personas entre los 14 y 69 años de edad en la misma entidad, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010; esto es, sólo se considera a la población potencial de los programas, y no a la población objetivo.

Asimismo, se realizó un ejercicio de análisis para identificar aquellas intervenciones alineadas, por un lado, con las políticas activas del empleo y orientadas, por el otro, a brindar seguros de desempleo.⁴³ Como resultado de dicho ejercicio,⁴⁴ se identificaron 55 programas y acciones vinculados a los derechos sociales de trabajo, alimentación, medio ambiente sano y dimensión de bienestar económico.

De este subconjunto de programas y acciones, por ejemplo, se identificaron en Chiapas y en el Distrito Federal los siguientes programas orientados a la población desempleada: Capacitación a Población Desempleada y Programa Red Ángel (Seguro de Desempleo), respectivamente. Algunos ejemplos de programas y acciones alineados con las políticas activas de empleo son: Vinculación Universidad Empleo (Chiapas), Fomento al Empleo Indígena (Durango), Programa Empleo Juvenil de Verano (Distrito Federal) y Programa de Apoyo al Emprendedor (Guanajuato).

Se desconocen los efectos de estos programas estatales. En el Gobierno Federal, la evaluación de impacto 2010 del Programa de Apoyo al Empleo muestra que para todas las modalidades de Bécate se encuentran efectos positivos en el ingreso para los beneficiarios. Los más pronunciados radican en las modalidades de capacitación mixta y capacitación en la práctica laboral. Los impactos en ingreso para las otras dos modalidades, vales de capacitación y capacitación al autoempleo, son positivos, pero moderados. La atención del programa es principalmente en zonas urbanas.

Lo anterior sugiere que existe un espacio en que la mejora de la coordinación no sólo incidiría en la eficiencia del gasto público, sino en el aumento de la población desempleada, desocupada o subocupada atendida.

⁴³ Para tal análisis, sólo se consideraron aquellos programas y acciones que contaran con dos o más fuentes de información (Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno).

⁴⁴ El ejercicio de análisis se llevó a cabo considerando los nombres de las intervenciones, los objetivos y la dependencia o entidad responsable de la operación. En este sentido, el estudio no se limitó a los programas y las acciones que tienen que ver directamente con el derecho social de trabajo.

4. DIAGNÓSTICO DE RIESGOS ASOCIADOS A INGRESOS INSUFICIENTES

En el mapa de riesgos que conforman el ámbito de la política de protección social, además de los riesgos tradicionalmente previstos por la seguridad social (salud, trabajo, vejez, discapacidad, orfandad), esta evaluación supone el riesgo general de contar con ingresos bajos (figura 1). La protección ante éste se considera independientemente de sus causas.

Diagnóstico de la población con ingresos bajos

Para determinar la evolución y las características de la población que obtiene ingresos bajos o insuficientes, es primordial definir qué son o cómo se pueden definir éstos.

Es posible que nunca exista consenso sobre qué significan ingresos bajos, pues el umbral siempre será de alguna manera arbitrario. Hay quienes recurren a la proporción del ingreso promedio o mediano de la distribución total (una cuarta parte del ingreso mediano de toda la población); hay quienes prefieren un dólar o dos dólares diarios; también se ha tomado como referencia el valor de una canasta alimentaria o el de una canasta alimentaria más otra no alimentaria. En este documento se utilizarán dos definiciones de ingresos bajos: aquellos que son menores que el valor de una canasta alimentaria (Línea de Bienestar Mínimo, LBM) y aquellos que son menores que el valor de una canasta alimentaria más otra no alimentaria (Línea de Bienestar, LB).⁴⁵ La población con ingresos bajos o insuficientes es la que cuenta con un ingreso corriente total por persona menor del valor de una canasta alimentaria más una no alimentaria; un subconjunto de esta población está constituido por quienes tienen un ingreso corriente total por persona menor del valor exclusivamente de la canasta alimentaria. Éste fue el consenso que se generó entre diversos especialistas nacionales e internacionales al definir la Metodología de Pobreza Multidimensional que el CONEVAL determinó con base en la Ley General de Desarrollo Social en 2009.

⁴⁵ La Línea de Bienestar Mínimo permite identificar a la población que, aun al hacer uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no puede adquirir lo indispensable para tener una nutrición adecuada. Al tomar como referencia el mes de julio de 2012, la Línea de Bienestar Mínimo fue calculada en 1,120 pesos por persona para las zonas urbanas y en 799 pesos por persona para las rurales. La Línea de Bienestar hace posible identificar a la población que no cuenta con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades (alimentarias y no alimentarias). Ésta fue calculada para el ámbito urbano en 2,318 pesos por persona y en 1,485 pesos para el rural.

Cuadro 11. Número de personas por tamaño de localidad y condición de ingresos insuficientes, México, 2008-2010

Año	Porcentaje			Número de personas		
	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Nacional						
2010	19.4	52.0	100.00	21,832,317	58,519,184	112,563,979
2008	16.7	49.0	100.00	18,355,060	53,733,167	109,635,702
Urbano						
2010	14.7	47.7	76.8	12,683,796	41,264,450	86,430,991
2008	11.9	44.7	76.8	10,005,032	37,670,476	84,183,011
Rural						
2010	35.0	66.0	23.2	9,148,521	17,254,734	26,132,988
2008	32.8	63.1	23.2	8,350,028	16,062,691	25,452,691

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Como se muestra en el cuadro 11, en 2010 el 52 por ciento de la población tenía ingresos menores del valor de la suma de una canasta alimentaria y una no alimentaria. Asimismo, 19.4 por ciento de la población tenía menores ingresos de los equivalentes al valor de una canasta alimentaria. El 66 por ciento de la población que habitaba en zonas rurales, es decir, 17.3 millones de personas, no contaba con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades (canasta no alimentaria) utilizando todos sus ingresos.

En 2010, la población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria que habitaba en zonas urbanas aumentó 26.8 por ciento en comparación con 2008, a diferencia del 9.6 por ciento de la población que habitaba en localidades rurales.

El tamaño de los hogares a los que pertenecían las personas con ingresos bajos –es decir, que se encontraban por debajo de la Línea de Bienestar– era de 5.3 personas, un poco mayor que el de la población total (4.9 miembros) (cuadro 12). En conjunto, la población con ingresos bajos era menor que la población total (edad mediana de 23 frente a 26 años). No había diferencias importantes en la proporción que representaba la población menor de cinco años de edad, ni en la de 15 a 24 años, ni tampoco en la de 65 y más años de edad entre la población con ingresos bajos y la población total, pero el grupo de población de 6 a 15 años era

más grande entre quienes tenían ingresos bajos que en la población total, y la proporción de población de 25 a 64 años era menor entre quienes tenían ingresos bajos.

Cuadro 12. Indicadores demográficos básicos por condición de ingresos insuficientes, México, 2010

Indicadores demográficos	Población con ingresos menores que el valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Porcentaje de población menor o igual a 5 años	14.6	13.3	11
Porcentaje de población de 6 a 15 años	26.4	24.0	20.2
Porcentaje de población de 16 a 24 años	13.8	15.2	16.5
Porcentaje de población de 25 a 64 años	38.5	40.6	45.5
Porcentaje de población de 65 años y más	6.7	6.6	6.8
Edad mediana	21	23	26
Tamaño promedio del hogar	5.6	5.3	4.9

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y 2010.

En cuanto a las carencias sociales, las diferencias más importantes entre la población con ingresos bajos y la población total se encontraban en el acceso a la seguridad social (diferencia de 15 puntos porcentuales) y a la alimentación (diferencia de 10 puntos porcentuales). La brecha menos pronunciada era el acceso a los servicios de salud (diferencia de 3.6 puntos porcentuales) (cuadro 13).

Cuadro 13. Incidencia en los indicadores de carencia social de la medición de la pobreza por condición de ingresos insuficientes, México, 2010 (porcentajes)

Indicadores demográficos	Población con ingresos menores que el valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores que el valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Rezago educativo	32.3	26.6	20.6
Carencia por acceso a los servicios de salud	39.0	35.4	31.8
Carencia por acceso a la seguridad social	88.4	76.1	60.7
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	33.0	23.7	15.2
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	34.6	24.1	16.5
Carencia por acceso a la alimentación	43.4	34.8	24.9

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010.

En lo que se refiere a las prestaciones laborales, 41.5 por ciento de la población con ingresos insuficientes carecía de cualquier tipo de prestaciones, mientras que esto sucedía con 33 por ciento de la población total (cuadro 14). Entre quienes sí contaban con alguna prestación, la más importante tanto para la población por debajo de la Línea de Bienestar como para la población total fue el servicio médico.

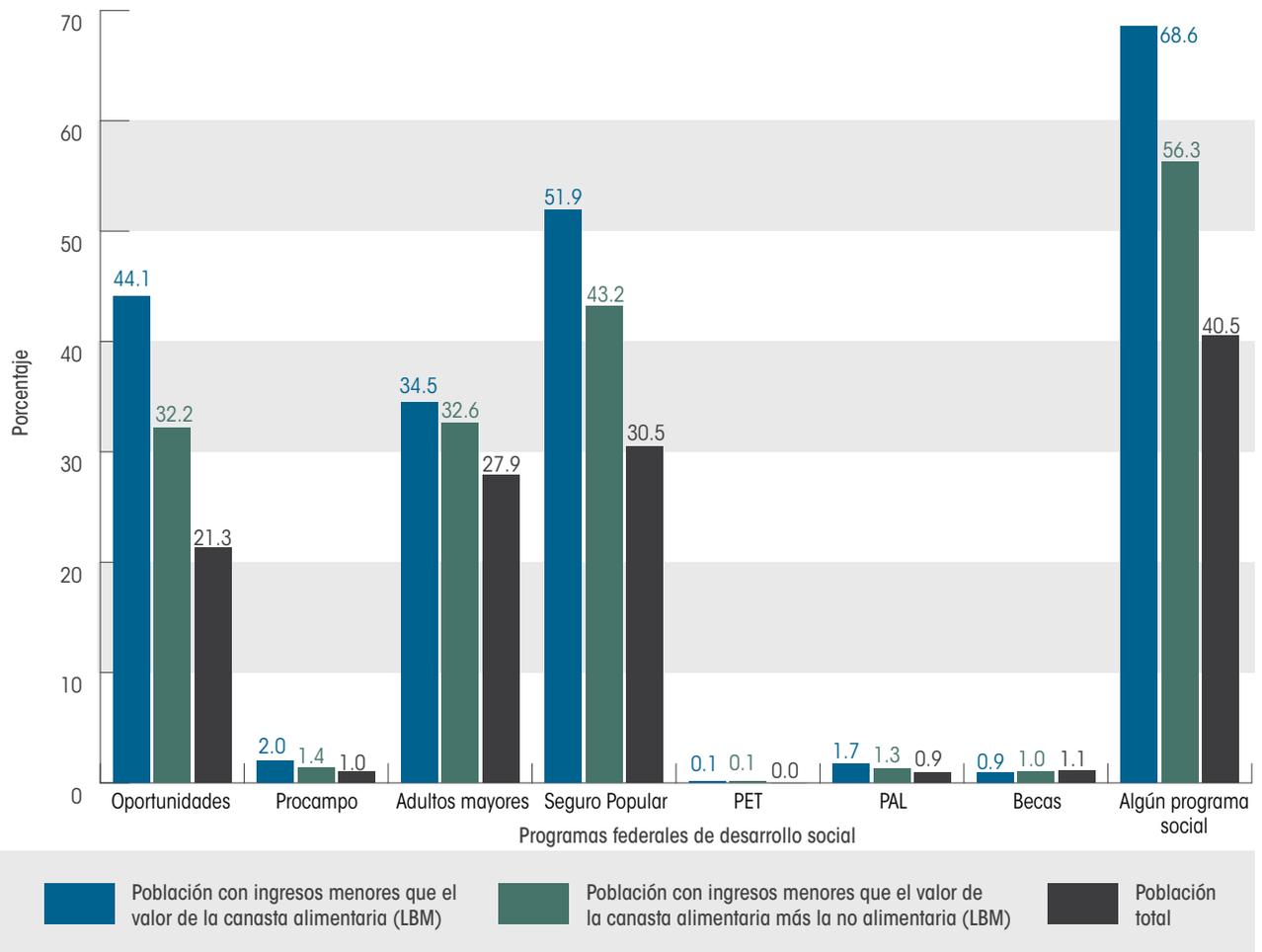
Cuadro 14. Porcentaje de personas de la población ocupada con prestaciones laborales por condición de ingresos insuficientes, México, 2010

Indicadores demográficos	Población con ingresos menores que el valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores que el valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Derecho a incapacidad con goce de sueldo	5.7	16.5	33.4
SAR o AFORE	4.3	13.2	28.1
Servicios médicos por parte del trabajo	6.9	18.5	35.6
Sin prestaciones	38.1	41.5	32.8

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010.

Por último, en lo referente a la distribución de la cobertura de los programas de desarrollo social entre la población con ingresos insuficientes y la población total, en la gráfica 23 se observa que la proporción más importante de la población beneficiaria de estos programas corresponde a la que tiene un ingreso insuficiente.

Gráfica 23. Porcentaje de cobertura de programas sociales por condición de ingresos bajos, México, 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010.

Ingresos bajos y protección social

Con el panorama antes presentado, es evidente el reto que representan los ingresos bajos en el país. Ni el crecimiento económico, ni la creación de empleos, ni la productividad, ni los salarios han sido suficientes para que en México el número de personas con ingresos bajos disminuya.

Por esta razón, tiene sentido que el país cuente con un sistema de protección social que incluya entre sus componentes instrumentos para

fortalecer el ingreso de la población, ya sea por un problema estructural o uno de coyuntura. En el mapa de riesgos que conforman el ámbito de la política de protección social, además de los tradicionalmente previstos por la seguridad social (salud, trabajo, vejez, discapacidad, orfandad), esta evaluación considera el riesgo general de no contar con un ingreso suficiente para adquirir una canasta básica alimentaria. La protección ante este riesgo se considera con independencia de sus causas.

Las causas posibles de ingresos insuficientes en un hogar se pueden dividir en dos grandes grupos: a) insuficiencia crónica (no contingente a riesgos específicos o el ciclo de vida) dada la dotación, el uso, los retornos y el acceso a mecanismos para acumular activos productivos, y b) las caídas de ingresos vinculadas a las contingencias específicas identificadas en la matriz de riesgos y ciclo de vida

A estos dos grupos de causas se asocia con frecuencia una división de políticas. La insuficiencia crónica de activos define el ámbito de las políticas para la superación de la pobreza, mientras que las caídas contingentes de ingresos ocurren en el terreno de las políticas de protección social. Existen, sin embargo, varias razones para considerar estas dos políticas con base en una concepción integral:

- a) *El derecho a un ingreso mínimo es independiente de las causas de la insuficiencia de ingresos.* Si estas causas son crónicas o contingentes, es importante para las políticas específicas que se apliquen, pero no para el objetivo final de estas políticas, ni para su fundamentación ética.
- b) *Complementarias.* Las políticas para incrementar el ingreso de manera permanente y las de protección social son complementarias en sus efectos sobre la insuficiencia del ingreso: las primeras también contribuyen a reducir la vulnerabilidad ante riesgos, mientras que las transferencias de las segundas ayudan a reducir la pobreza por ingresos de largo plazo, además de la coyuntural, al evitar que los hogares se vean obligados a enfrentar contingencias severas mediante la disminución en la acumulación de activos (como la venta de activos físicos, sacar a los niños de la escuela o dejar de asistir a servicios de salud).

- c) *Población objetivo*. La población objetivo de la política para reducir la pobreza por ingreso —la población con insuficiencia de activos— es también la de atención prioritaria para la política de protección social. Si bien el derecho a la protección social se asume como un derecho universal, y una pérdida de ingresos puede darse a lo largo de toda la distribución del ingreso, la probabilidad y gravedad de esta pérdida para la población aumenta con la cercanía al umbral de ingresos bajos. Por ello, es claro que la población de atención prioritaria para las políticas de protección social, en este riesgo en particular, debe ser la población con ingresos bajos y la que podría caer por debajo del umbral de ingresos.

Si estos principios se tomaran en cuenta, no sólo se podría tener un sistema de protección social efectivo ante la problemática de que un porcentaje importante de la población tiene ingresos bajos, incluso se reduciría de manera drástica el número de quienes se encuentran en esta situación. De acuerdo con las cifras de 2012, el costo mínimo para lograr esto por medio de transferencias individualizadas iguales a la brecha de pobreza de cada persona pobre sería del orden de apenas 0.5 por ciento del PIB (calculado a partir de la ENIGH), que representa menos de la mitad del monto que en la actualidad se ejerce en transferencias directas para los programas conocidos como “programas para la superación de la pobreza”.

El problema radica en que esta solución no sólo requeriría otorgarle a la población con ingresos bajos un monto diferenciado para cada individuo o familia, sino también enfrentar problemas logísticos concretos. Esto explica por qué los programas de transferencias actuales, a pesar de ejercer recursos superiores a este monto, sólo logran un ingreso suficiente para desplazar alrededor de 15 por ciento de la población con insuficiencia de ingresos sobre la Línea de Bienestar Mínimo (véase la gráfica 1).

Dada la magnitud, heterogeneidad y dispersión de la población objetivo, así como las limitaciones prácticas de los instrumentos de transferencias focalizadas disponibles, es importante reconocer que asegurar la suficiencia de ingresos para toda la población con ingresos bajos representa un reto muy complejo técnica y presupuestariamente. Puede ser factible

adoptar este objetivo como guía global para identificar una estrategia clara, coordinada e integral, que sería necesario implementar para poder acercarnos de la mejor forma posible a este fin.

De entre las posibles opciones, se puede considerar:

- a) *Coordinación de políticas enfocadas a la insuficiencia de ingresos.* Es importante reconocer que este reto, por su magnitud y complejidad, no se puede enfrentar con un solo instrumento, sino que requiere un conjunto amplio de reformas y acciones coordinadas, que incluiría las políticas de ingresos bajos y protección social, así como el ámbito de la política económica más ampliamente. Un antecedente internacional de este tipo fue la estrategia Hambre Cero, implementada en Brasil desde 2001, que representó un esfuerzo coordinado e intenso de focalización de las políticas públicas sobre este objetivo.
- b) *Priorización de la población con mayor insuficiencia de ingresos.* Reconociendo las dificultades de asegurar un ingreso suficiente en el corto plazo para toda la población que no cuenta con él, y las diferencias en ingresos aun dentro de esta población, es conveniente que la estrategia busque atender a los hogares con mayores necesidades (mayor brecha respecto a la Línea de Bienestar Mínimo). Por ello, la medida relevante de avance en este objetivo debe ser sensible a la brecha y distribución de la pobreza por ingresos, y no sólo al número de personas que crucen la Línea de Bienestar Mínimo.
- c) *Desarrollos institucionales.* Para posibilitar esta coordinación, es necesario desarrollar sistemas de identificación e información comunes para todos los programas dirigidos a la población de bajos ingresos, además de mecanismos de coordinación institucional efectivos (en el ejemplo de Brasil se creó un nuevo ministerio responsable del objetivo).
- d) *Desarrollo de nuevos instrumentos.* Además de la coordinación y profundización en la cobertura de los instrumentos existentes, el reto demanda la búsqueda de nuevos instrumentos y estrategias para proteger a la población más vulnerable. El diag-

nóstico muestra que hay algunos vacíos de consideración en las políticas actuales para asegurar la suficiencia del ingreso, incluyendo la protección contra crisis económicas para las poblaciones pobres urbanas, y apoyos productivos efectivos a las poblaciones más pobres en el sector rural.

- e) *Autoidentificación de beneficiarios y sus necesidades a partir de derechos claros.* Ante el reto que representa reconocer a la población con mayores necesidades por medio de sistemas administrativos de identificación, es importante buscar instrumentos de asignación de transferencias que puedan ser solicitados por la población con insuficiencia de ingresos ante necesidades y contingencias específicas fácilmente verificables.

- f) *Transferencias universales.* Entre las posibles innovaciones de instrumentos a evaluar, se pueden considerar y estimar las ventajas y desventajas de las transferencias universales. Éstas tienen la ventaja de que no requieren aplicar criterios de identificación, no implican los desincentivos económicos de las transferencias condicionadas al ingreso, y aseguran en principio la inclusión de toda la población con insuficiencia de ingresos, independientemente de sus características. Aunque tienen la desventaja evidente de transferir recursos públicos escasos a poblaciones sin insuficiencia de ingresos, limitando los recursos disponibles a la población objetivo, una proporción mayoritaria de los recursos públicos que se ejercen para proteger el ingreso de la población se concentra en los estratos de mayores ingresos, por lo que una reasignación de estos recursos en forma universal aumentaría de modo significativo su progresividad e impacto en la población con insuficiencia de recursos. Las opciones que se pueden evaluar incluyen una transferencia universal básica (o renta básica) o transferencias universales asociadas a contingencias específicas: pensión universal y transferencia universal por niño.

Dispersión de programas federales y estatales dirigidos a la población con ingreso insuficiente

A pesar de la lógica previa para la existencia de programas, acciones o estrategias para la población con ingresos bajos, la realidad es que, como en los otros riesgos, se puede ver que hay una gran dispersión de programas con lógicas diferentes y, por tanto, una descoordinación entre instancias federales y locales. Como se mencionó en la introducción, la pobreza aumentó de 2008 a 2010 principalmente porque el número de hogares con ingreso inferior a la Línea de Bienestar y con carencia en alimentación aumentaron;⁴⁶ es decir, la multiplicidad de instrumentos de protección al ingreso no fue suficiente para restablecer el ingreso real ante la crisis económica, y ésta hizo caer en la pobreza a familias en todas las entidades de la república.

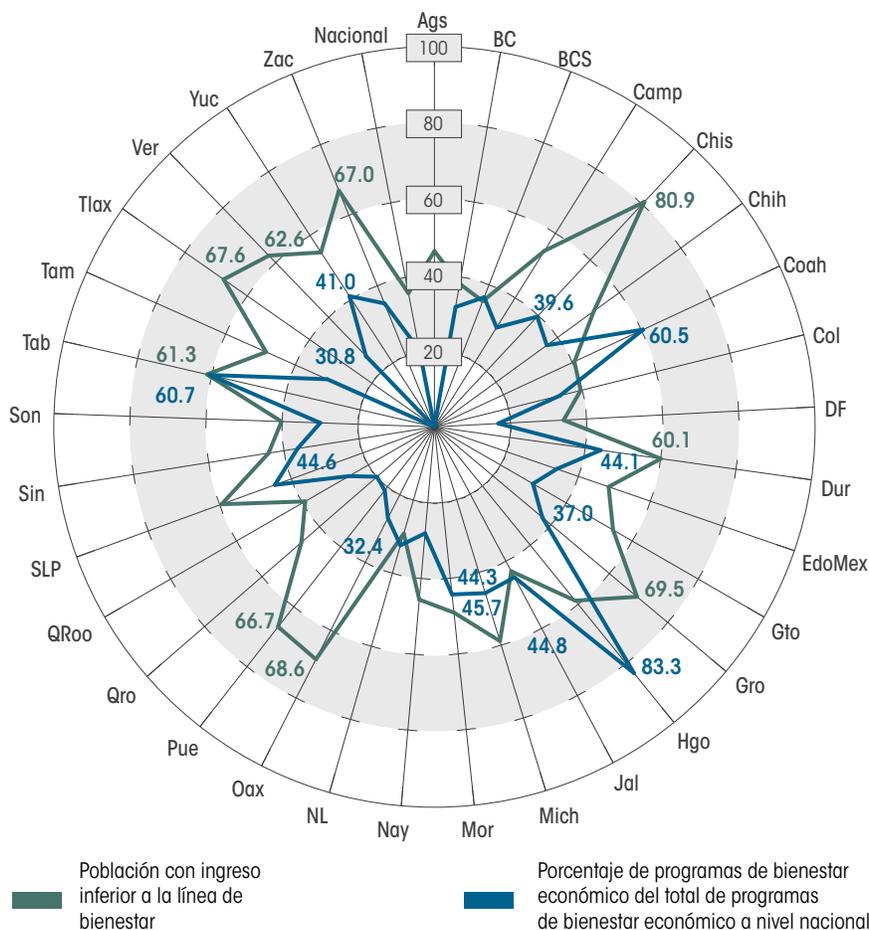
De acuerdo con el *Inventario CONEVAL Federal* y el *Inventario CONEVAL Estatal*, en 2010 existían 631 programas y acciones de desarrollo social vinculados a la dimensión de bienestar económico y generación de ingresos. De éstos, 575 eran estatales y 56 del Gobierno Federal (gráfica 24).

Las entidades con el mayor número de programas de bienestar económico y generación de ingreso respecto al total de sus programas sociales eran Hidalgo (83.3 por ciento), Tabasco (60.7 por ciento) y Coahuila (60.5 por ciento). Por el contrario, las que presentaban el menor número de intervenciones eran el Distrito Federal (16.8 por ciento), Querétaro (20 por ciento) y Puebla (21.2 por ciento).⁴⁷ Llama la atención que entidades con una alta proporción de población con ingreso inferior a la Línea de Bienestar (Oaxaca y Puebla, por ejemplo) contaban con porcentajes comparativamente menores de programas de bienestar económico.

⁴⁶ Véase el *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012* para una discusión detallada.

⁴⁷ Hay que recordar que no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala debido a que el *Inventario CONEVAL Estatal* se integra exclusivamente con información pública.

Gráfica 24. Porcentaje de programas de bienestar económico estatales y federales respecto al total de programas en la entidad y el Gobierno Federal frente a la población con ingreso menor que la Línea de Bienestar, México, 2010

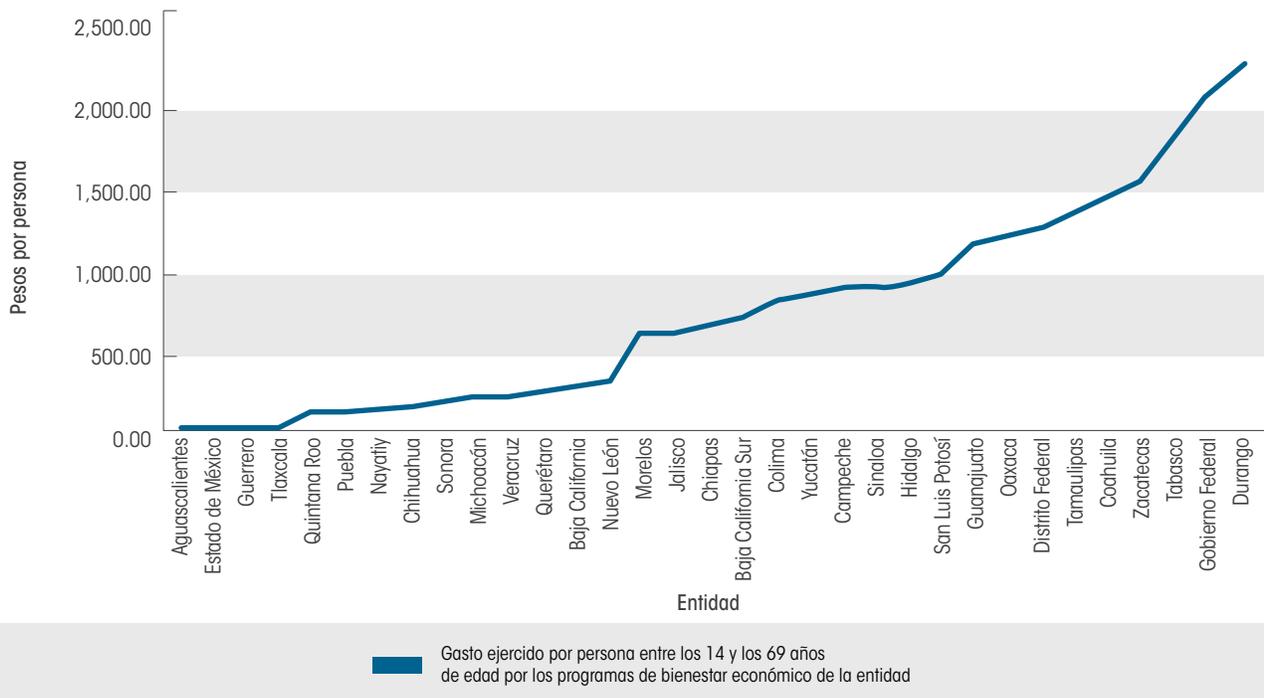


Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*, así como resultados de la Medición de la Pobreza 2010. Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra a partir de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; posteriormente, se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

El presupuesto ejercido por este grupo de programas y acciones ascendió a 43,260 millones de pesos en las entidades y a 147,584.8 millones de pesos en el Gobierno Federal. El gasto promedio anual por persona fue de 75.2 pesos en los estados y de 2,635.4 pesos a nivel federal. Otra forma de aproximarse a la relevancia de los programas es considerar sólo el gas-

to por persona en edad de trabajar (entre los 14 y 69 años de edad).⁴⁸ La distribución de esta medida por entidad muestra que Durango es donde los programas de bienestar económico y generación de ingreso ejercieron el gasto anual más alto por persona en edad de trabajar (2,176 pesos), seguido por Tabasco (1,744.6) y Zacatecas (1,473.9). El Gobierno Federal ejerció 1,987.1 pesos por persona (gráfica 25).

Gráfica 25. Gasto anual por persona de los programas y acciones estatales y federales de bienestar económico y generación de ingreso, México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010*, el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010* y los tabulados básicos del Censo de Población y Vivienda 2010. Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra a partir de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; posteriormente, se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

⁴⁸ El cálculo es el cociente "bruto" del presupuesto que ejercieron los programas de bienestar económico y generación de ingreso en 2010 en cada entidad en relación con el número de personas entre los 14 y 69 años de edad en la misma entidad, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010. Sólo se considera a la población potencial de los programas y no se toma en cuenta a la población objetivo.

La dispersión y multiplicidad de programas asociados al ingreso, así como el hecho de que alrededor de 19.4 por ciento de la población tenía ingresos menores de 1,120 pesos en áreas urbanas y 799 pesos en áreas rurales por persona al mes, indican que, al igual que en otros riesgos, la protección social y la solución estructural al problema del ingreso no han sido solucionados en el país. El lento crecimiento del empleo y el muy poco avance en los ingresos reales de los últimos años han reproducido los programas sociales estatales y federales, que han crecido con poco orden (véase *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012*).

5. DISPERSIÓN DE LA OFERTA GUBERNAMENTAL Y DIFICULTADES EN EL ACCESO A LA PROTECCIÓN SOCIAL

El diagnóstico sobre la política de protección social no podría estar completo sin hacer un análisis sobre dos dimensiones transversales del quehacer de la política pública: la dispersión poblacional y la dispersión de instrumentos de protección social.

Si bien ya se ha abordado la dispersión de programas de protección social en cada uno de los riesgos, aquí se hará un análisis más completo sobre este fenómeno utilizando la totalidad de los programas de los inventarios federales y estatales de programas de desarrollo social que el CONEVAL finalizó durante 2012. Este análisis refuerza la idea de que la problemática de la protección social se ha traducido, posiblemente con buenas intenciones, a una multiplicidad de programas dispersos.

El segundo elemento que se analizará será la dispersión de la población, lo cual hace difícil la acción de cualquier política pública. De ahí la necesidad de hacer evidente esta realidad.

En la primera parte de esta sección se hace uso del *Inventario Federal* y el *Inventario Estatal*,⁴⁹ que integran información de 273 programas y acciones sociales federales y de 2,391 programas y acciones estatales para

⁴⁹ El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra a partir de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; posteriormente, se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

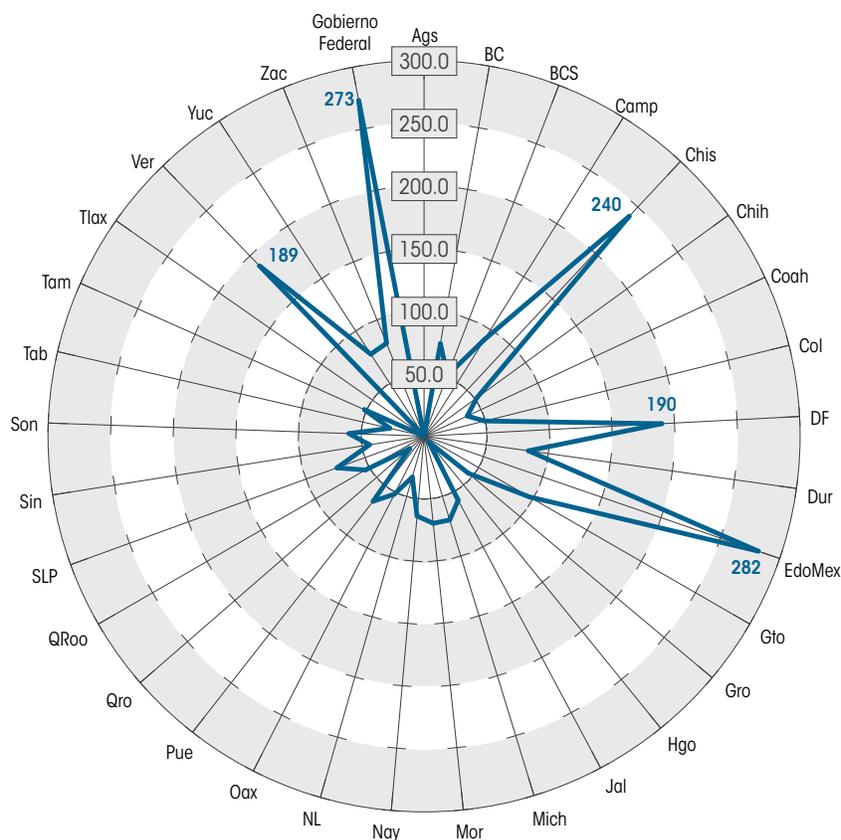
describir el número, la distribución y algunas características de los programas de desarrollo social existentes en ambos órdenes de gobierno. En las secciones anteriores se examinó la dispersión de los instrumentos de política pública relevantes para los riesgos asociados a la salud, la vejez, discapacidad y orfandad, el trabajo y los ingresos insuficientes. Ahora, el análisis es global y tiene por objeto identificar la posible dispersión y las duplicidades de esfuerzos entre el conjunto de programas existentes en el país. En la segunda parte se reflexiona sobre algunas de las barreras referentes a la dispersión poblacional que obstaculizan el acceso a los beneficios de la protección social; entre otros, se considera la ubicación geográfica de las localidades rurales y los rasgos de la población indígena.

Dispersión de la oferta gubernamental en las entidades federativas y el Gobierno Federal

Uno de los efectos de la cobertura parcial de la seguridad social es la creación de numerosos programas y acciones tanto estatales como federales no contributivos para prevenir, atender y mitigar la materialización de riesgos asociados a la vejez, enfermedad, orfandad, desempleo e insuficiencia de ingresos.

En 2010 se llevaron a cabo 2,664 intervenciones en el país en materia de desarrollo social. Las entidades federativas con el mayor número de programas y acciones son Estado de México (282), Chiapas (240), Distrito Federal (190) y Veracruz (189) (gráfica 26). El número de programas en las dos primeras entidades es similar al del Gobierno Federal, que representan alrededor de diez por ciento del total de los existentes en el país (10.6, 9.0 y 10.2 por ciento, respectivamente).

Gráfica 26. Número de programas estatales y federales de desarrollo social por entidad federativa, México, 2010



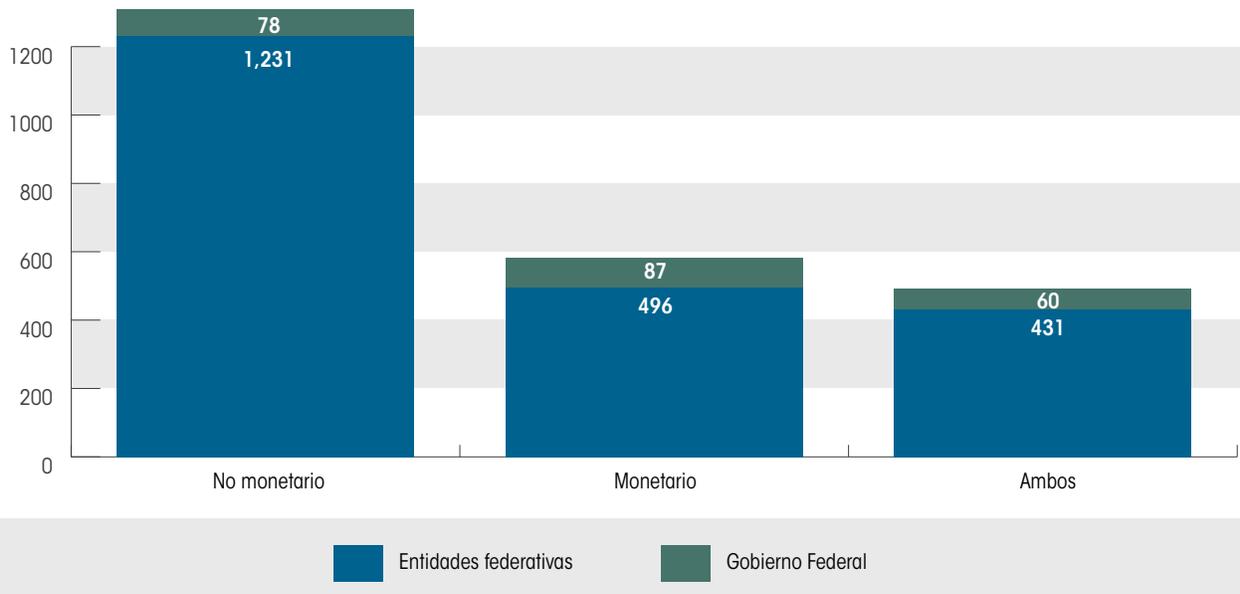
Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. La lista se integra a partir de tres fuentes principales: Presupuesto de Egresos, Cuenta Pública e Informe de Gobierno; posteriormente, se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

En contraste, las entidades con el menor número de intervenciones son Hidalgo (6 programas, 0.2 por ciento de la suma total de todas las entidades y el Gobierno Federal) y Querétaro (15 programas, 0.6 por ciento).⁵⁰ Los estados con un porcentaje de programas que representan menos de dos por ciento del total nacional son ocho: Hidalgo, Querétaro, Tabasco (1.1 por ciento), Nuevo León (1.3 por ciento), Coahuila (1.4 por ciento), Sinaloa (1.7 por ciento), Guerrero (1.7 por ciento) y Colima (1.9 por ciento).

En la manera en que los programas entregan sus apoyos se observa una marcada diferencia entre las entidades y el Gobierno Federal: en los estados, 57 por ciento de los beneficios son no monetarios (1,231 programas), mientras que en el nivel federal esto sucede en menos de una tercera parte de los casos (78 programas, 29 por ciento; véase la gráfica 27). Así, 87 de los programas federales entregan transferencias monetarias (31.9 por ciento).

Gráfica 27. Programas estatales de desarrollo social por tipo de apoyo (monetario-no monetario), México, 2010



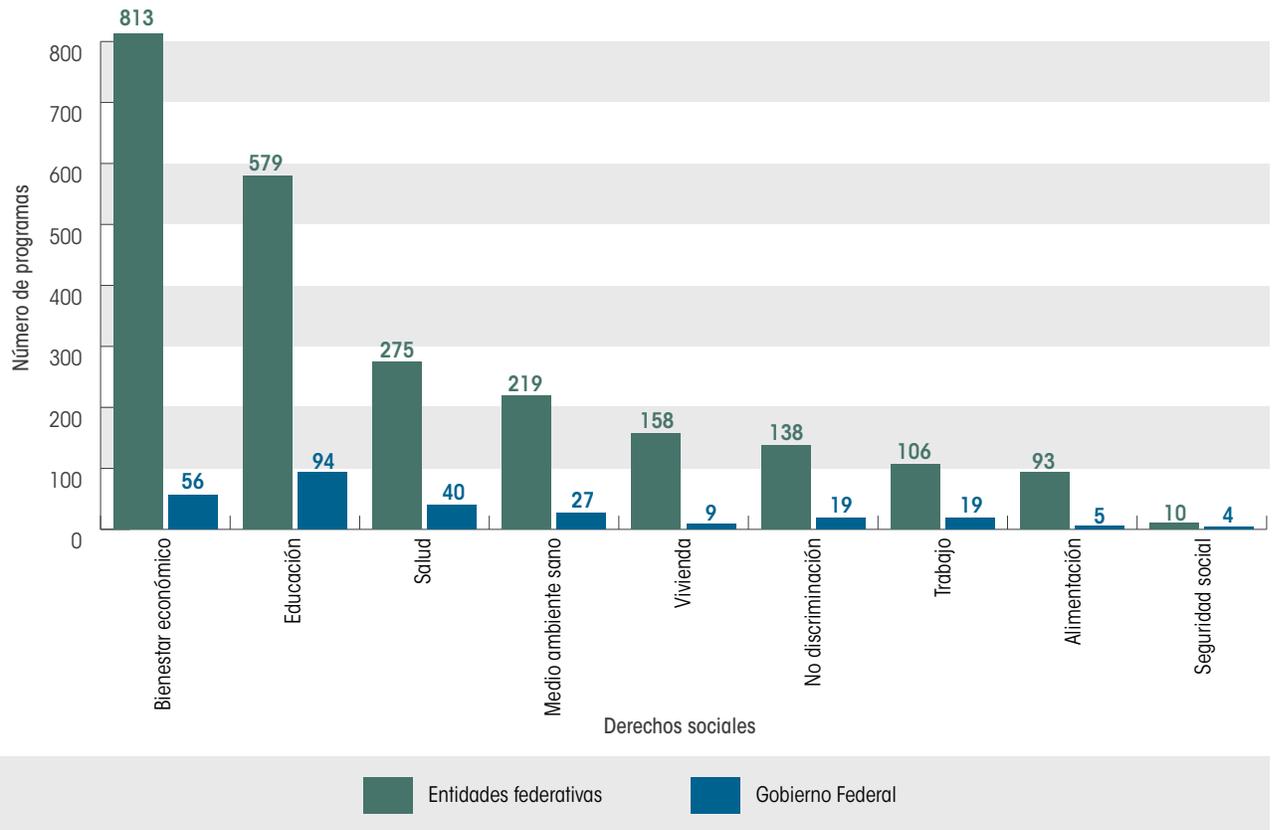
Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: No se consideran 233 intervenciones estatales y 48 del Gobierno Federal que no especificaron la manera en que entregan sus apoyos.

⁵⁰ No se cuenta con información de los programas de Aguascalientes y Tlaxcala.

La distribución por derecho social muestra que la proporción más importante de los programas y acciones, tanto en los estados como en el Gobierno Federal, se dirige a la dimensión de bienestar económico y al derecho a la educación (gráfica 28). En cambio, el derecho con el menor número de intervenciones en ambos órdenes de gobierno es el de seguridad social.

Gráfica 28. Número de programas estatales y federales de desarrollo social por derecho social, México, 2010



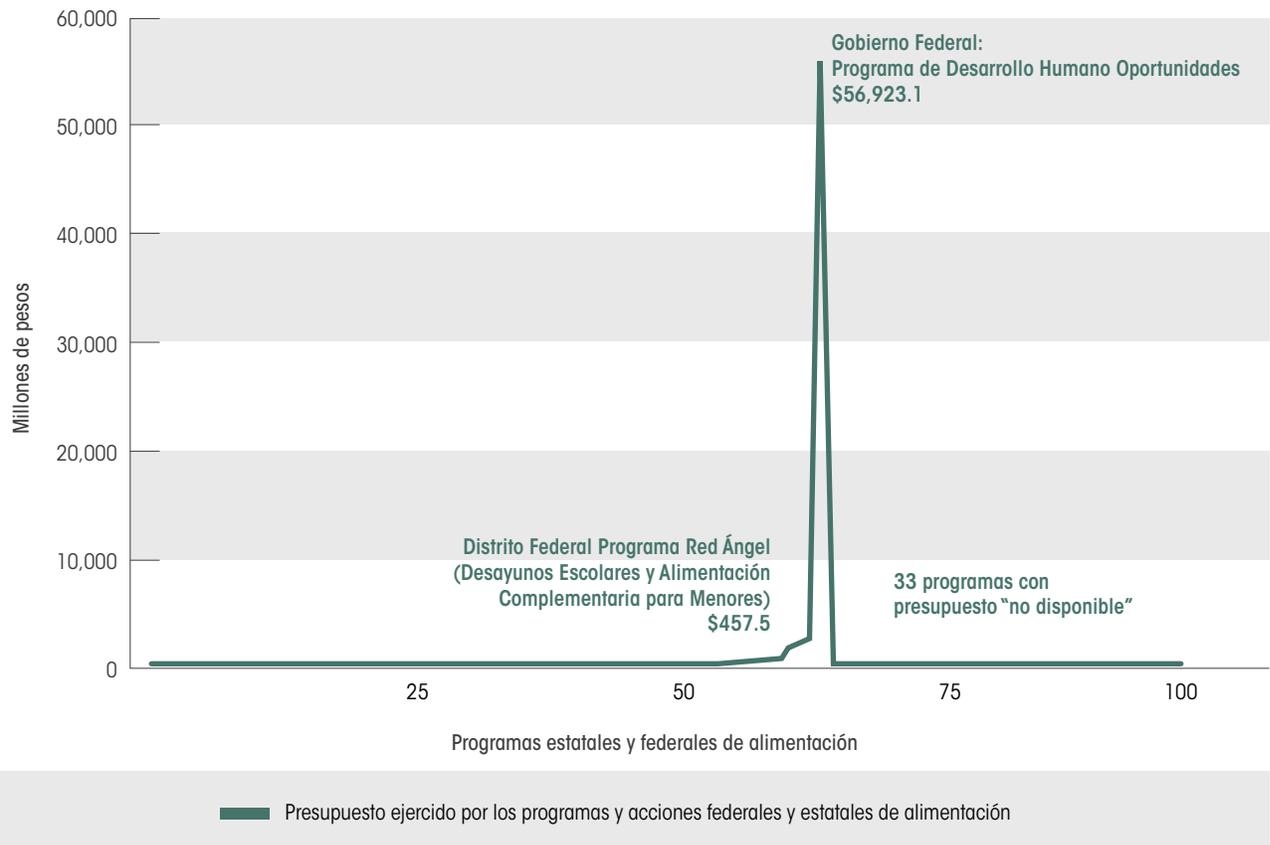
Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

En el caso de las entidades, el orden de las intervenciones es así: la dimensión con mayor número de programas es la de bienestar económico (813 programas, 34 por ciento del total de las intervenciones estatales), seguida por la educativa (579 programas, 24.2 por ciento) y la de salud (275 programas, 11.5 por ciento); mientras que en el Gobierno Federal la distribución se invierte: el derecho con más intervenciones es el educativo (94 programas, 34.4 por ciento), seguido por la dimensión de bienestar económico (56 programas, 20.5 por ciento) y salud (40 programas, 14.7 por ciento).

A continuación se representa el gasto ejercido por cada uno de los programas estatales y federales en 2010, que se distingue por derecho. De los 98 programas estatales y federales dirigidos al derecho a la alimentación (gráfica 29), 50 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 33 se reportaron como existentes, pero sin especificar su presupuesto. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Red Ángel (Desayunos Escolares y Alimentación Complementaria para Menores del Distrito Federal), con 457.5 millones de pesos, mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue Oportunidades, con 56,923.1 millones,⁵¹ seguida por el programa Apoyo Alimentario, con 3,545.9 millones.

⁵¹ No se muestra en la gráfica 29 por ser un valor extremo.

Gráfica 29. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de alimentación, México, 2010

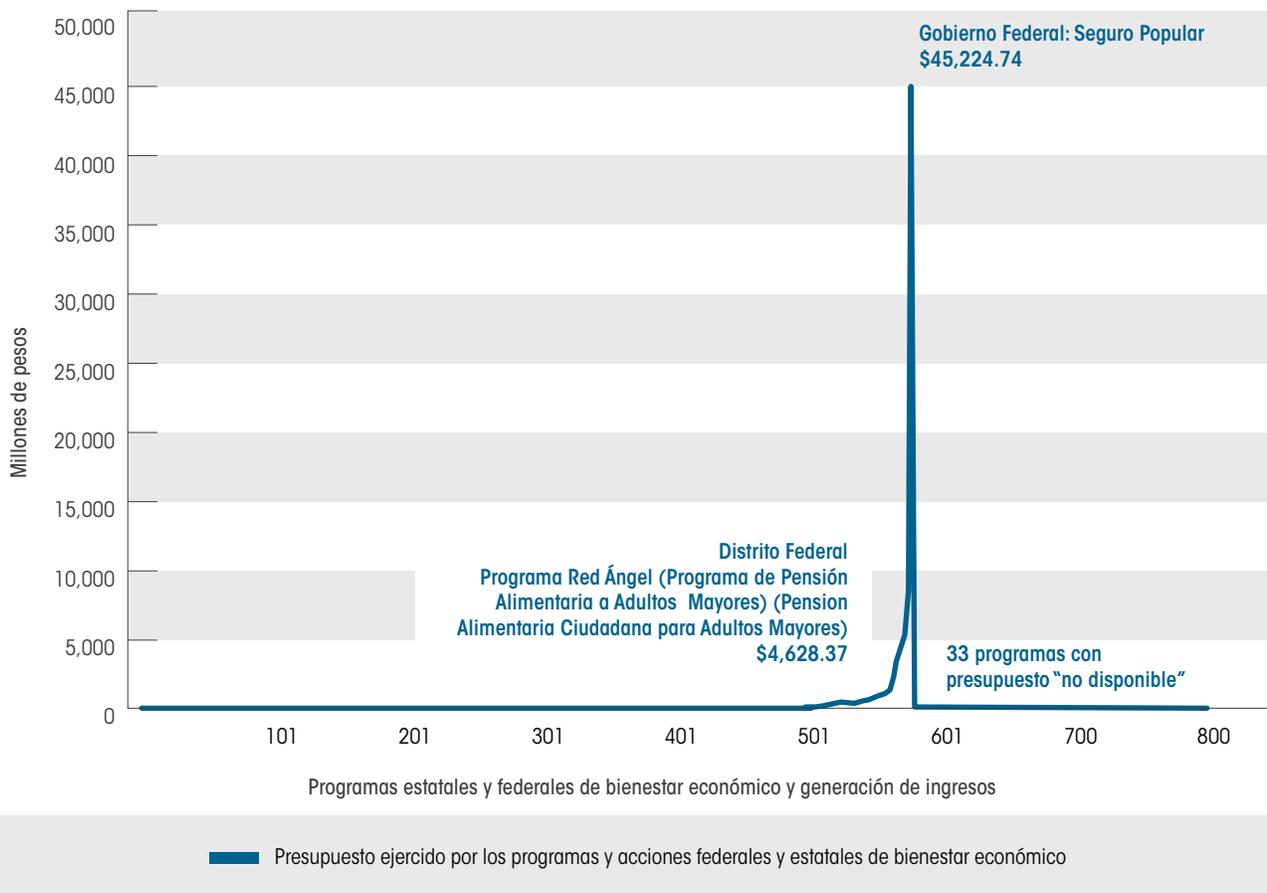


Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

De los 869 programas dirigidos a la dimensión de bienestar económico y generación de ingresos (gráfica 30), 519 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 238 se reportaron como existentes, pero sin especificar tampoco su presupuesto. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Red Ángel (Programa de Pensión Alimentaria a Adultos Mayores y Pensión Alimentaria Ciudadana para Adultos Mayores) del Distrito Federal (4,628.4 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el Seguro Popular (45,224.8 millones).

Gráfica 30. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de bienestar económico y generación de ingresos, México, 2010

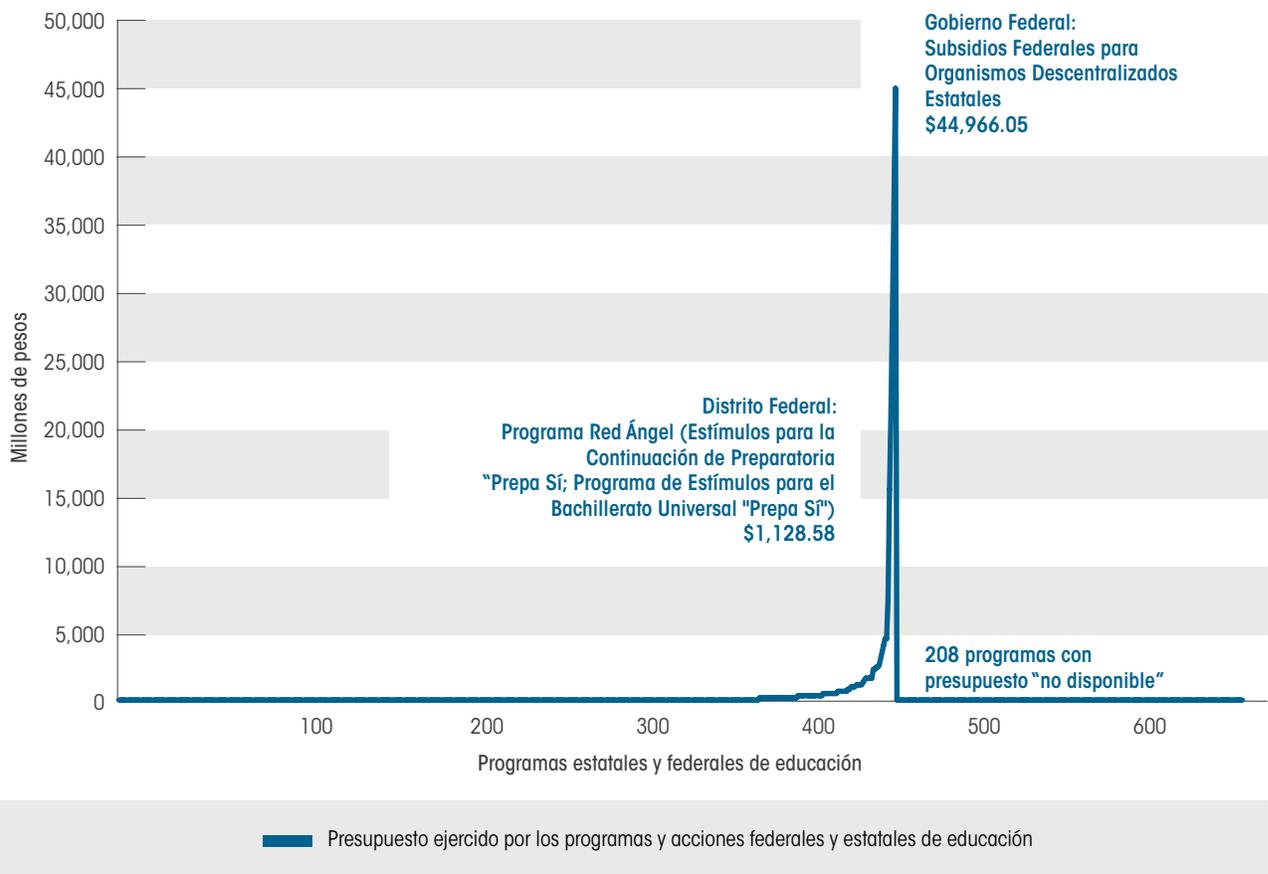


Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

De los 673 programas educativos (gráfica 31), 363 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 208 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Red Ángel (Estímulos para la Continuación de Preparatoria "Prepa Sí"; Programa de Estímulos para el Bachillerato Universal "Prepa Sí") del Distrito Federal (1,128.6 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Subsidios Federales para Organismos Descentralizados Estatales (44,966.8 millones).

Gráfica 31. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de educación, México, 2010

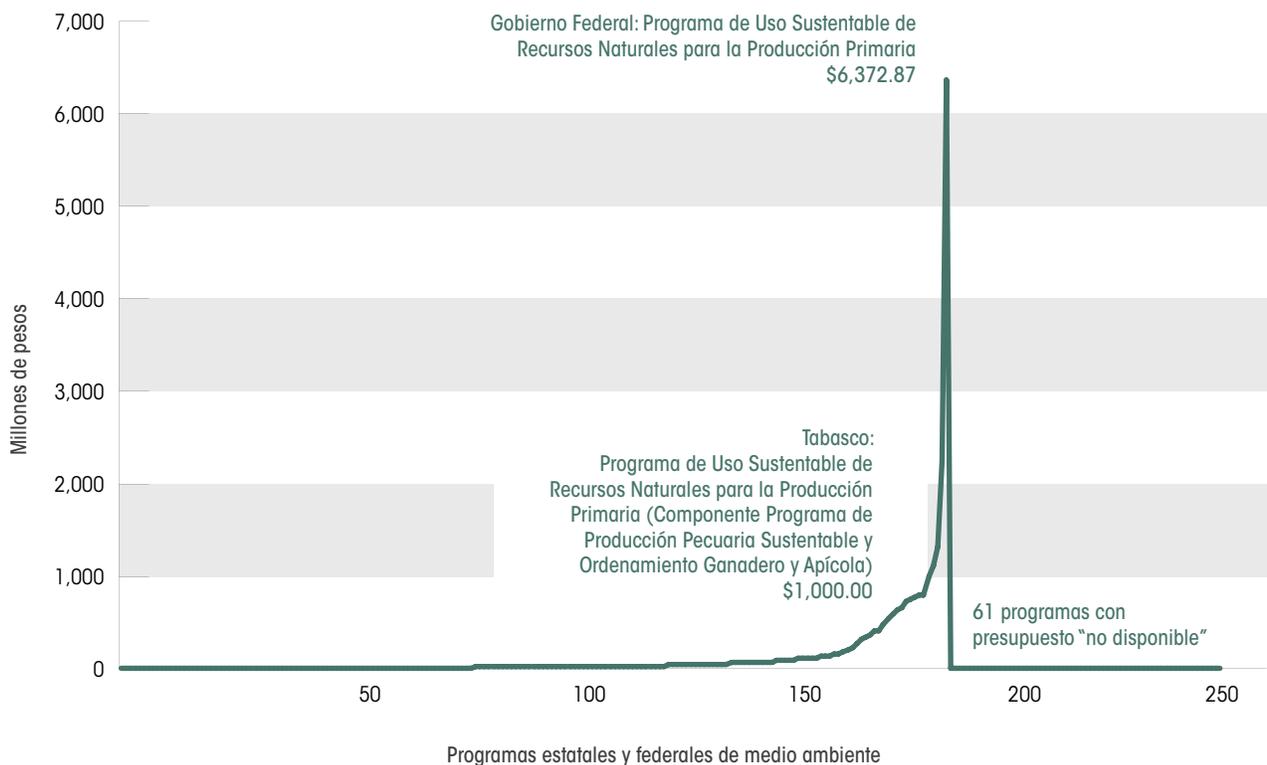


Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

Del total de los 246 programas dirigidos al medio ambiente (gráfica 32), 152 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 61 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa de Uso Sustentable de Recursos Naturales para la Producción Primaria (Componente Programa de Producción Pecuaria Sustentable y Ordenamiento Ganadero y Apícola) de Tabasco (1,000 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el Programa de Uso Sustentable de Recursos Naturales para la Producción Primaria (6,372.9 millones).

Gráfica 32. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de medio ambiente, México, 2010



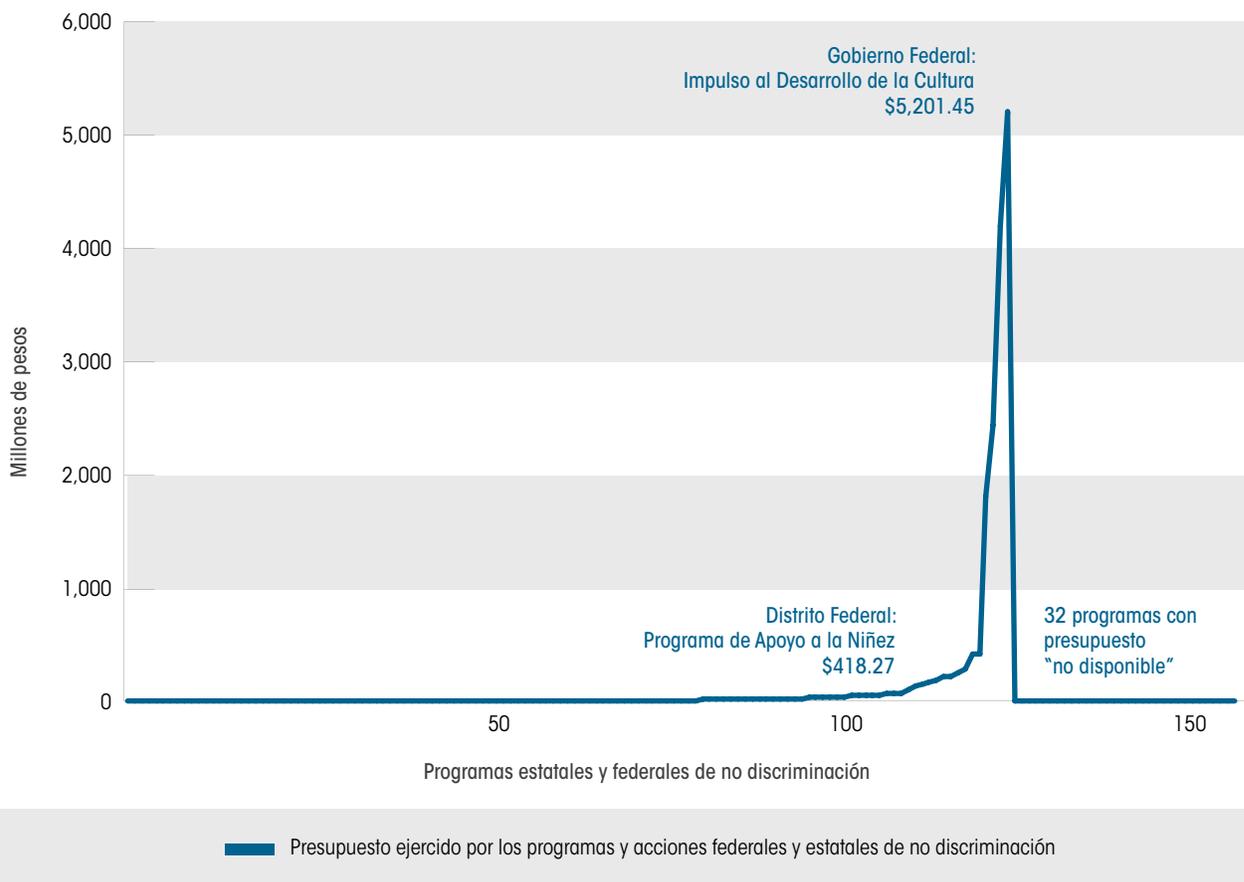
■ Presupuesto ejercido por los programas y acciones federales y estatales de medio ambiente sano

Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

Del total de los 157 programas dirigidos a la no discriminación (gráfica 33), 111 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 32 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa de Apoyo a la Niñez del Distrito Federal (418.3 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa al Impulso al Desarrollo de la Cultura (5,201.4 millones).

Gráfica 33. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de no discriminación, México, 2010

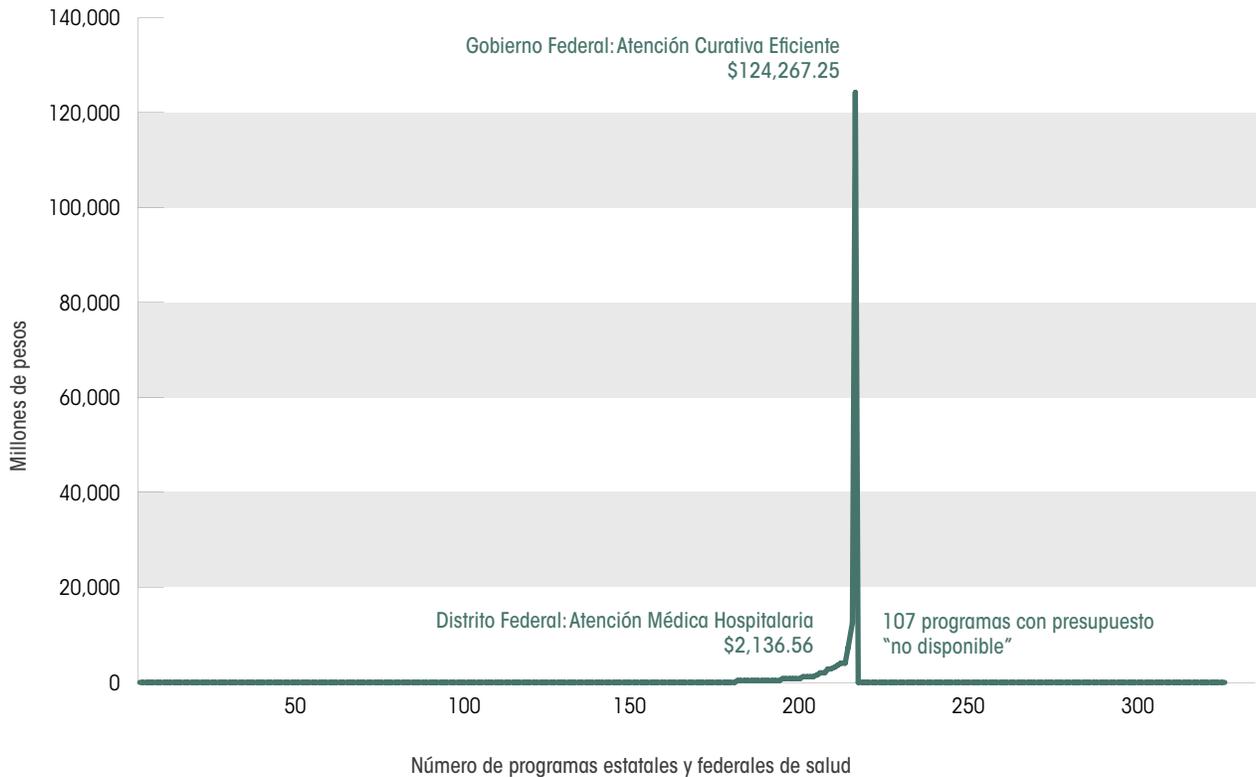


Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

Del total de los 157 programas dirigidos a la salud (gráfica 34), 159 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 107 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Atención Médica Hospitalaria del Distrito Federal (2,136.6 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Atención Curativa Eficiente (124,267.2 millones).

Gráfica 34. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de salud, México, 2010



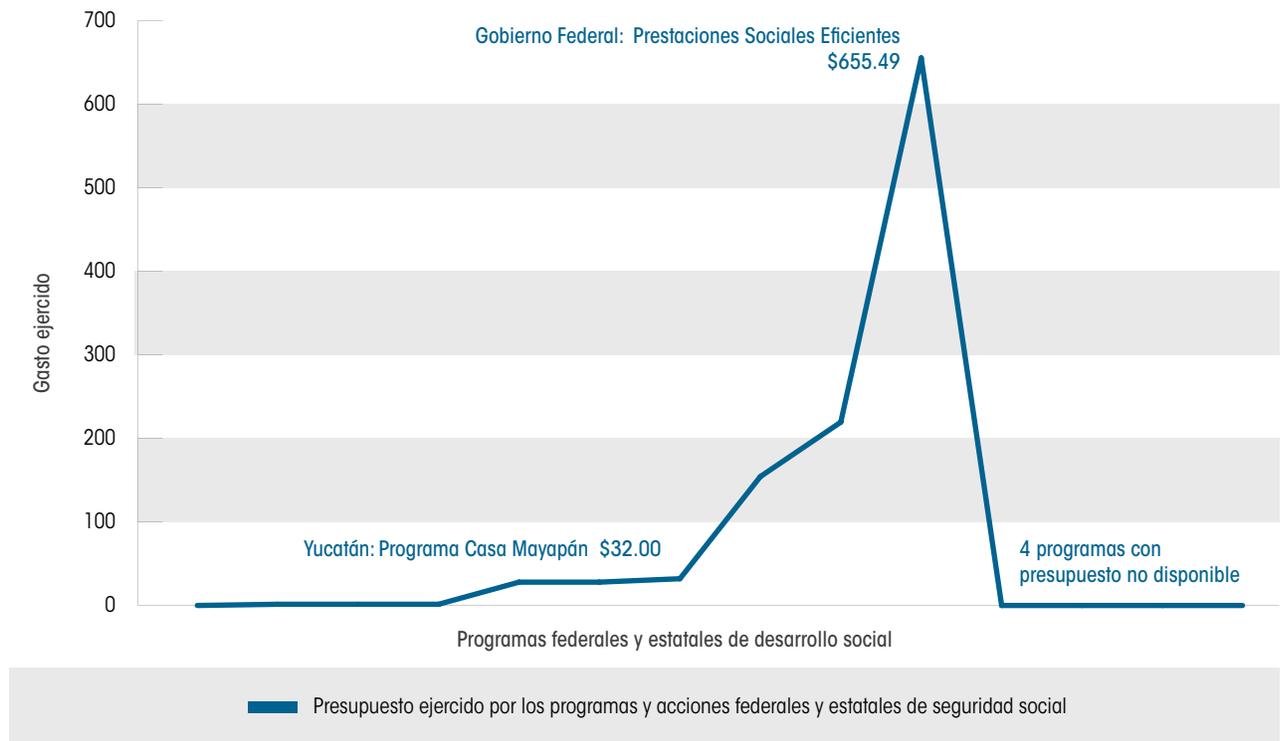
■ Presupuesto ejercido por los programas y acciones federales y estatales de salud

Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/evaluacion/ipe/paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

De los 14 programas estatales y federales de seguridad social (gráfica 35), siete ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y cuatro se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Casa Mayapán de Yucatán (32 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Prestaciones Sociales Eficientes (655.5 millones).

Gráfica 35. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de seguridad social, México, 2010

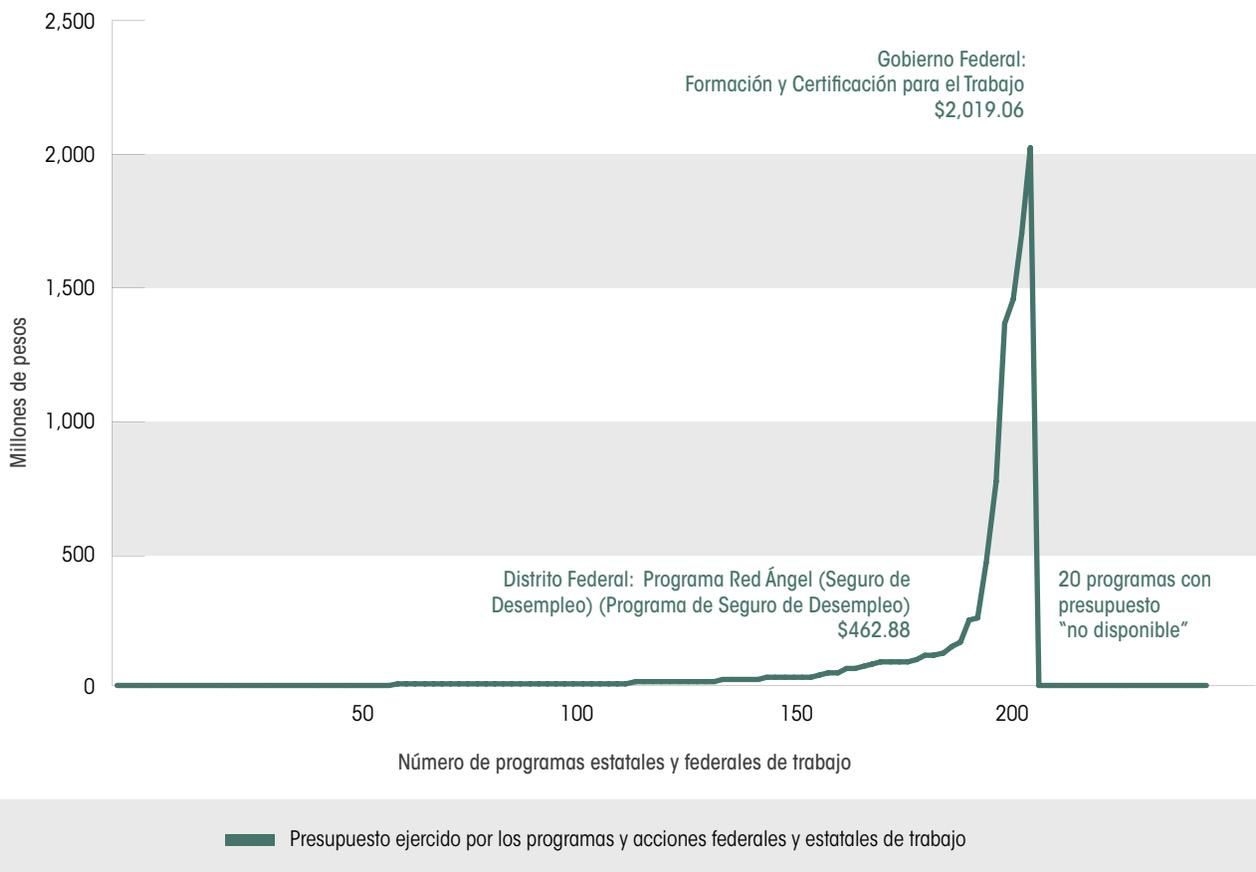


Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El *Inventario Estatal* reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

En la gráfica 36 se muestran los programas estatales y federales dirigidos al trabajo. Se observa que del total de 125 programas estatales y federales, 91 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 20 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Red Ángel (Seguro de Desempleo y Programa de Seguro de Desempleo) del Distrito Federal (462.9 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa de Formación y Certificación para el Trabajo (2,019 millones).

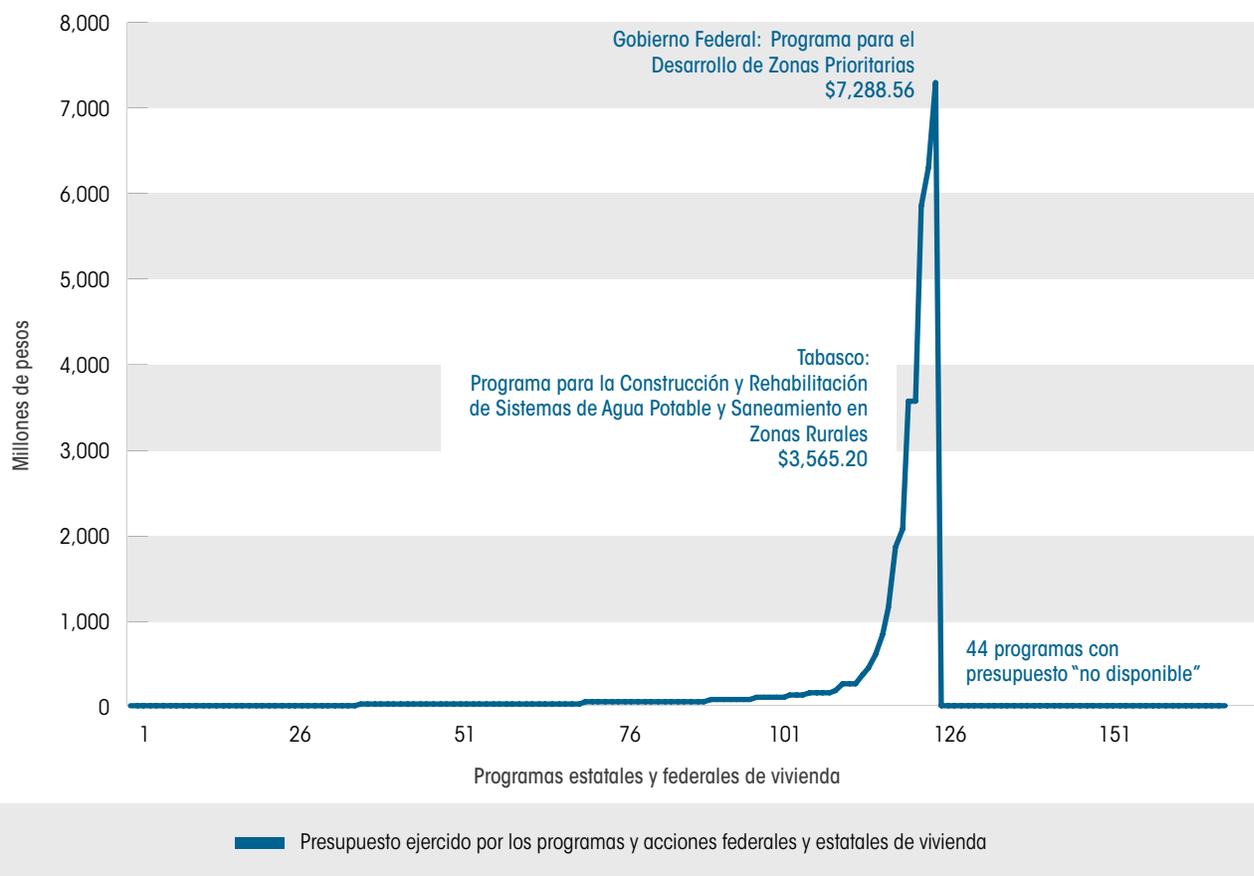
Gráfica 36. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de trabajo, México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.
 Nota: El inventario estatal reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>.
 Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

Por otro lado, en lo que corresponde a los programas de vivienda, en la gráfica 37 se muestra que del total de 167 programas estatales y federales, 97 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 44 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa para la Construcción y Rehabilitación de Sistemas de Agua Potable y Saneamiento en Zonas Rurales de Tabasco (3,565.2 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (7,288.6 millones).

Gráfica 37. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de vivienda, México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* y el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: El inventario estatal reúne información de programas y acciones de desarrollo social de 30 entidades de la república. Debido a que se integra exclusivamente con información pública, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información, véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IFE/Paginas/default.aspx>. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

Las gráficas anteriores muestran la dispersión de programas federales y estatales existentes en 2010. Hay un número considerable de intervenciones dirigidas a los mismos derechos que, sin embargo, cuentan con presupuestos reducidos y que, se presume, tienen poca coordinación entre sí. Más aún, de una parte importante de éstos sólo se tiene registro de su operación, pero se carece de información básica, como presupuesto ejercido.

No hay que perder de vista que la relación entre programas y carencias es sólo una primera valoración de los programas y acciones de desarrollo social, pues la disminución de las carencias no guarda, necesariamente, una relación lineal inversa con el número de programas (a mayor número de programas, menores carencias) ni tampoco existe, por fuerza, un vínculo causal entre ellos; esto es, la creación de un mayor número de programas sociales por parte de los diferentes órdenes de gobierno no implica, de modo necesario, una atención eficiente a las carencias sociales y una disminución de su intensidad. Por ello, otra forma de enriquecer el análisis de los programas es relacionándolos con el presupuesto que ejercen.

En el cuadro 15 se muestra el presupuesto promedio ejercido en 2010 por el conjunto de los programas estatales, así como por los programas federales, y se distingue por derecho social. Se observa, en primer lugar, que el presupuesto total ejercido por el Gobierno Federal es siete veces mayor que el del conjunto de las entidades; es decir, a pesar de que el número de intervenciones estatales es nueve veces mayor que las federales (2,391 frente a 273), las primeras ejercen montos totales menores. Esto constituye un indicio de la dispersión de esfuerzos que ocurre a nivel local: se reparte una "bolsa presupuestaria" relativamente reducida entre un gran número de intervenciones.

Las intervenciones a las que se dirigió el mayor monto promedio por programa en el ámbito estatal son las de vivienda (121.5 millones de pesos en promedio por cada programa), seguidas por las de bienestar económico (75.2 millones de pesos). En el orden federal, el mayor gasto promedio por programa se ejerció con las intervenciones de alimentación (13,007.5 millones de pesos) y salud (4,508.9 millones de pesos). La notable diferencia en los montos promedio ejercidos por los programas estatales y federales es un efecto del tamaño de la "bolsa" total de presupuesto en cada nivel de gobierno.⁵²

⁵² El cálculo consiste en el cociente bruto del presupuesto total por derecho y el número de programas por derecho.

Estas características presupuestarias se representan de manera conjunta en la gráfica 38, en la cual se incluyen el número de programas y el presupuesto ejercido tanto por los programas estatales como federales de desarrollo social. Las esferas de color verde situadas a la izquierda del plano se refieren a los programas estatales, mientras que las azules ubicadas a la derecha, a los programas federales. La posición de las esferas en el eje de las ordenadas (el eje vertical) indica el número de programas por derecho y el volumen de las esferas muestra el tamaño del presupuesto ejercido.⁵³

Cuadro 15. Número y presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de desarrollo social con presupuesto disponible, México, 2010

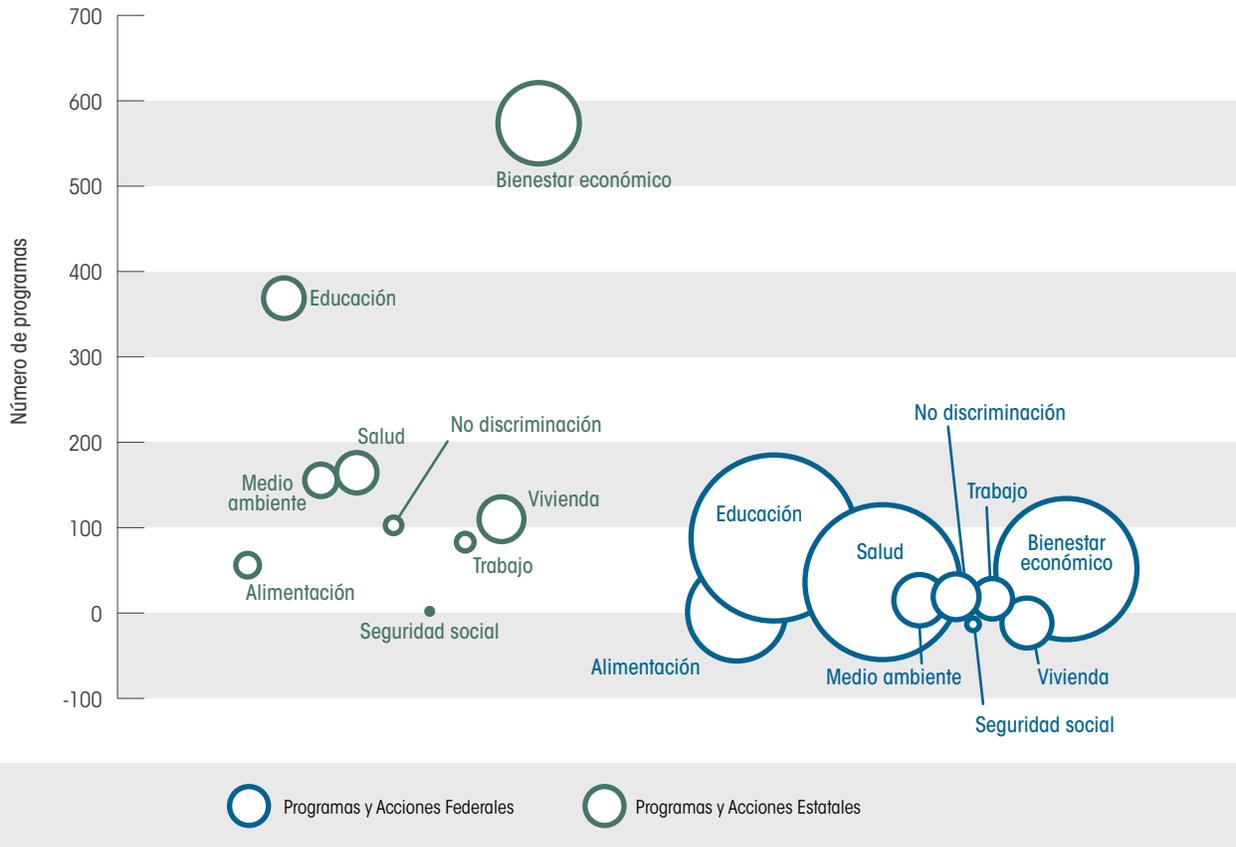
Derecho social	Número de programas		Presupuesto total (millones de pesos)		Presupuesto promedio por programa (millones de pesos)	
	Entidades federativas	Gobierno Federal	Entidades federativas	Gobierno Federal	Entidades federativas	Gobierno Federal
Alimentación	60	5	3,538.00	65,037.50	59.00	13,007.50
Educación	371	94	11,971.00	190,104.20	32.30	2,022.40
Medio ambiente sano	158	27	6,653.00	18,390.00	42.10	681.10
Salud	168	40	10,683.00	180,353.30	63.60	4,508.80
No discriminación	106	19	1,991.00	15,443.40	18.80	812.80
Seguridad social	6	4	91.20	1,028.50	15.20	257.10
Trabajo	86	19	1,802.00	8,584.80	21.00	451.80
Vivienda	114	9	13,846.00	24,552.60	121.50	2,728.10
Bienestar económico	575	56	43,260.00	147,584.80	75.20	2,635.40
Total	1,644	273	93,835.20	651,079.00	57.10	2,384.90

Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas Federales de Desarrollo Social 2010* e *Inventario CONEVAL de Programas Estatales de Desarrollo Social 2010*.

Nota: No se utilizaron los programas con presupuesto no disponible.

⁵³ Sólo se consideraron los programas y las acciones con presupuesto ejercido disponible en 2010. Para detalles, véase el *Inventario CONEVAL Federal* y el *Inventario CONEVAL Estatal*.

Gráfica 38. Número y presupuesto ejercido de programas y acciones federales y estatales de desarrollo social, México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010* e *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010*.

En conclusión, existe un gran número de programas de desarrollo social en el país. En virtud de que muchos de ellos están dirigidos al mismo derecho social o a la misma etapa de vida, que ejercen presupuestos reducidos y que tanto el Gobierno Federal como las entidades cuentan con instrumentos para atender a la misma población, parecería que una clara área de oportunidad es la mejora en la coordinación y planeación entre los órdenes de gobierno. Otro aspecto clave es la identificación y medición de los resultados de los programas estatales, así como su contribución a la reducción de las carencias sociales y el nivel de pobreza.

Dificultad en el acceso a los programas de protección social

La dispersión de las localidades rurales presenta un desafío adicional para el acceso efectivo y la operación de los programas sociales y, en general, de cualquier política pública, como de educación, empleo, pobreza, salud y protección social, entre otras. Esta sección está enfocada al análisis de la ubicación geográfica de las localidades rurales, así como sus características demográficas y acceso a infraestructura básica. Se busca dimensionar la problemática de la dispersión poblacional a través de diferentes indicadores: rezago social, distancia de las localidades rurales a localidades urbanas (ciudades y centros de población) y población indígena. Lo anterior se debe a que las localidades rurales muestran complejidades diferentes a las zonas urbanas, pues su falta de infraestructura y su dispersión representan barreras para la implementación de cualquier programa social o política pública. El acceso a servicios de salud se abordó en el primer capítulo de este documento.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, en México hay 112.3 millones de mexicanos que habitan en 192,245 localidades. De éstas, 188,594 (98.1 por ciento) son rurales (menos de 2,500 habitantes) y ahí viven 26 millones de personas (cuadro 16). Más de la mitad de las localidades del país, 103,000, tienen menos de 20 habitantes, y otras 36,200 localidades tienen entre 20 y 99 habitantes; en ellas vive 2.7 por ciento de la población del país, lo que potencialmente representa un reto en la instrumentación de cualquier política pública y en la provisión de servicios públicos.

Cuadro 16. Localidades y población por tamaño de localidad, México, 2010

	Tamaño de Localidad	Localidades				Población (miles)				Promedio de habitantes por localidad	
		Total	Acumulado	Dist %	Dist % acum	Total	Acum	Dist %	Dist % acum	Total	Acum
Localidad rural	Hasta 19 hab	102,970	102,970	53.6%	53.6%	629.3	629.3	0.6%	0.6%	6.1	6.1
	Entre 20 y 99 hab	36,186	139,156	18.8%	72.4%	1,754.6	2,383.9	1.6%	2.1%	48.5	17.1
	Entre 100 y 499 hab	34,253	173,409	17.8%	90.2%	8,181.5	10,565.4	7.3%	9.4%	238.9	60.9
	Entre 500 y 1,499 hab	12,641	186,050	6.6%	96.8%	10,614.2	21,179.6	9.4%	18.9%	839.7	113.8
	Entre 1,500 y 2,499 hab	2,544	188,594	1.3%	98.1%	4,869.5	26,049.1	4.3%	23.2%	1,914.1	138.1
Centro de población	Entre 2,500 y 4,999 hab	1,839	190,433	1.0%	99.1%	6,360.9	32,410.0	5.7%	28.9%	3,458.9	170.2
	Entre 5,000 y 14,999 hab	1,182	191,615	0.6%	99.7%	9,746.7	42,156.8	8.7%	37.5%	8,245.9	220.0
Ciudad	Entre 15,000 y 499,999 hab	594	192,209	0.3%	100.0%	38,987.3	81,144.0	34.7%	72.2%	65,635.2	422.2
	Entre 0.5 y 1 millón hab	25	192,234	0.0%	100.0%	16,363.1	97,507.2	14.6%	86.8%	654,524.1	507.2
	De un millón y más	11	192,245	0.0%	100.0%	14,829.3	112,336.5	13.2%	100.0%	1,348,122.4	584.3
		192,245		100.0%		112,336.5		100.0%		548.3	

Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en la información del Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

Rezago social

El Índice de Rezago Social calculado por el CONEVAL es una medida ponderada de indicadores de carencias sociales de educación, salud, calidad y servicios básicos y espacios en la vivienda. Este índice está conformado por cinco estratos: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto rezago social, y tiene la finalidad de clasificar las localidades según sus carencias sociales. En 2010, 30.8 por ciento de las localidades (59,100) eran de medio, alto o muy alto grado de rezago social, y concentraban a 10.9 por ciento de la población, es decir, a 12.3 millones de personas (cuadro 17). Otro 44.1 por ciento de las localidades, o 84,800, que abarcaba apenas a 480,300 personas (0.4 por ciento), no tenían asignado un grado de rezago social debido a que eran localidades de una y dos viviendas habitadas, y en las cuales no se presentaba información sociodemográfica en virtud del principio de confidencialidad establecido en la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, por lo que no es posible caracterizarlas. Las demás localidades, la cuarta parte, tienen un rezago social bajo y muy bajo, y como puede observarse en el mismo cuadro, éste disminuye con el tamaño de la localidad, es decir, aumenta la probabilidad de contar con servicios públicos (educación, salud y servicios de agua potable, drenaje y electricidad, entre otros).

Cuadro 17. Localidades y población por tamaño de localidad e Índice de Rezago Social, México, 2010

Localidades									
Tamaño de localidad	Sin grado	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total	Dist %	Dist % acum
Hasta 19 hab	84,253	1,703	4,524	5,523	3,315	3,652	102,970	53.6%	53.6%
Entre 20 y 99 hab	391	2,423	7,801	13,070	7,476	5,025	36,186	18.8%	72.4%
Entre 100 y 499 hab	92	246	3,518	14,562	10,285	5,550	34,253	17.8%	90.2%
Entre 500 y 1,499 hab	21	12	570	4,138	4,346	3,554	12,641	6.6%	96.8%
Entre 1,500 y 2,499 hab	10	1	53	585	829	1,066	2,544	1.3%	98.1%
Entre 2,500 y 4,999 hab	2	-	22	305	557	953	1,839	1.0%	99.1%
Entre 5,000 y 14,999 hab	1	-	3	84	292	802	1,182	0.6%	99.7%
Entre 15,000 y 499,999 hab	-	-	-	3	53	538	594	0.3%	100.0%
Entre 0.5 y 1 millón hab	-	-	-	-	-	25	25	0.0%	100.0%
De un millón y más	-	-	-	-	-	11	11	0.0%	100.0%
Total	84,770	4,385	16,491	38,270	27,153	21,176	192,245	100.0%	
Distribución %	44.1%	2.3%	8.6%	19.9%	14.1%	11.0%	100.0%		
Población									
Hasta 19 hab	387,183	22,173	58,359	71,603	43,203	46,765	629,286	0.6%	0.6%
Entre 20 y 99 hab	15,293	95,470	354,831	670,539	383,061	235,453	1,754,647	1.6%	2.1%
Entre 100 y 499 hab	19,701	42,183	739,176	3,424,861	2,559,665	1,395,937	8,181,523	7.3%	9.4%
Entre 500 y 1,499 hab	17,898	9,725	447,989	3,355,690	3,658,055	3,124,836	10,614,193	9.4%	18.9%
Entre 1,500 y 2,499 hab	20,415	1,915	99,434	1,105,489	1,576,941	2,065,285	4,869,479	4.3%	23.2%
Entre 2,500 y 4,999 hab	6,774	-	76,631	1,034,635	1,916,539	3,326,370	6,390,949	5.7%	28.9%
Entre 5,000 y 14,999 hab	13,071	-	19,729	605,492	2,355,623	6,752,769	9,746,684	8.7%	37.5%
Entre 15,000 y 499,999 hab	-	-	-	52,270	1,437,531	37,494,527	38,987,328	34.7%	72.2%
Entre 0.5 y 1 millón hab	-	-	-	-	-	16,363,103	16,363,103	14.6%	86.8%
De un millón y más	-	-	-	-	-	14,829,346	14,829,346	13.2%	100.0%
Total	480,335	171,466	1,796,149	10,320,579	13,930,618	85,637,391	112,336,538	100.0%	
Distribución %	0.40%	0.20%	1.60%	9.20%	12.40%	76.20%	58,434.00%		

Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en información del Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI y el Índice de Rezago Social por localidad elaborado por el CONEVAL.

Las localidades rurales de muy alto y alto rezago social ascienden a 20,797 y en ellas habitan 1.8 millones de personas, mientras que las localidades rurales de rezago medio llegan a 37,293 con 7.5 millones de habitantes. En estas localidades existe un grado mayor de carencias sociales, aunque, como ya se mencionó, hay otras 84,644 con menos de cien habitantes cuyo grado de carencias sociales no es posible identificar por no disponer de información sociodemográfica; sin embargo, es probable que muchas de ellas también tengan niveles altos de carencias sociales por su tamaño.

Ubicación geográfica de las localidades rurales

Las localidades pequeñas no son sinónimo de aislamiento. De acuerdo con los criterios de ubicación geográfica establecidos por el Consejo Nacional de Población y Vivienda (CONAPO), el número de localidades rurales cercanas a una ciudad asciende a 36,228 y representan 19.2 por ciento del total de las localidades rurales (cuadro 18). Asimismo, hay 15,290 localidades menores de 2,500 habitantes que están cerca de un centro de población, mientras que 64,000 no están próximas a una localidad urbana (ciudad o centro de población), pero se encuentran conexas a carretera. Por otro lado, hay poco más de 73,000 clasificadas como aisladas, es decir, que no están cerca de una localidad urbana y a más de tres kilómetros de una carretera. Éstas representan 38.0 por ciento del total de localidades del país y 38.8 por ciento de las localidades rurales; en ellas viven 6.7 millones de personas y son las que potencialmente representan retos en materia de política pública.

Cuadro 18. Localidades y población por tamaño de localidad y condición de ubicación geográfica, México, 2010

Tamaño de localidad	Cercana a ciudad	Cercana a centros de población	Cercana a carretera	Aisladas	Total rurales
	Localidades				
Hasta 19 hab	20,828	8,133	33,418	40,591	102,970
Entre 20 y 99 hab	6,054	2,867	10,865	16,400	36,186
Entre 100 y 499 hab	5,425	2,781	13,037	13,010	34,253
Entre 500 y 1,499 hab	3,057	1,254	5,523	2,807	12,641
Entre 1,500 hab y 2,499 hab	864	255	1,140	285	2,544
Total	36,228	15,290	63,983	73,093	188,594
Distribución %	19.2%	8.1%	33.9%	38.8%	100.0%
	Población				
Hasta 19 hab	124,633	50,327	195,823	258,503	629,286
Entre 20 y 99 hab	282,907	140,232	543,373	788,135	1,754,647
Entre 100 y 499 hab	1,343,243	688,404	3,207,546	2,942,330	8,181,523
Entre 500 y 1,499 hab	2,673,481	1,047,494	4,669,276	2,223,942	10,614,193
Entre 1,500 hab y 2,499 hab	1,666,407	496,832	2,187,010	519,230	4,869,479
Total	6,090,671	2,423,289	10,803,028	6,732,140	26,049,128
Distribución %	23.4%	9.3%	41.5%	25.8%	100.0%

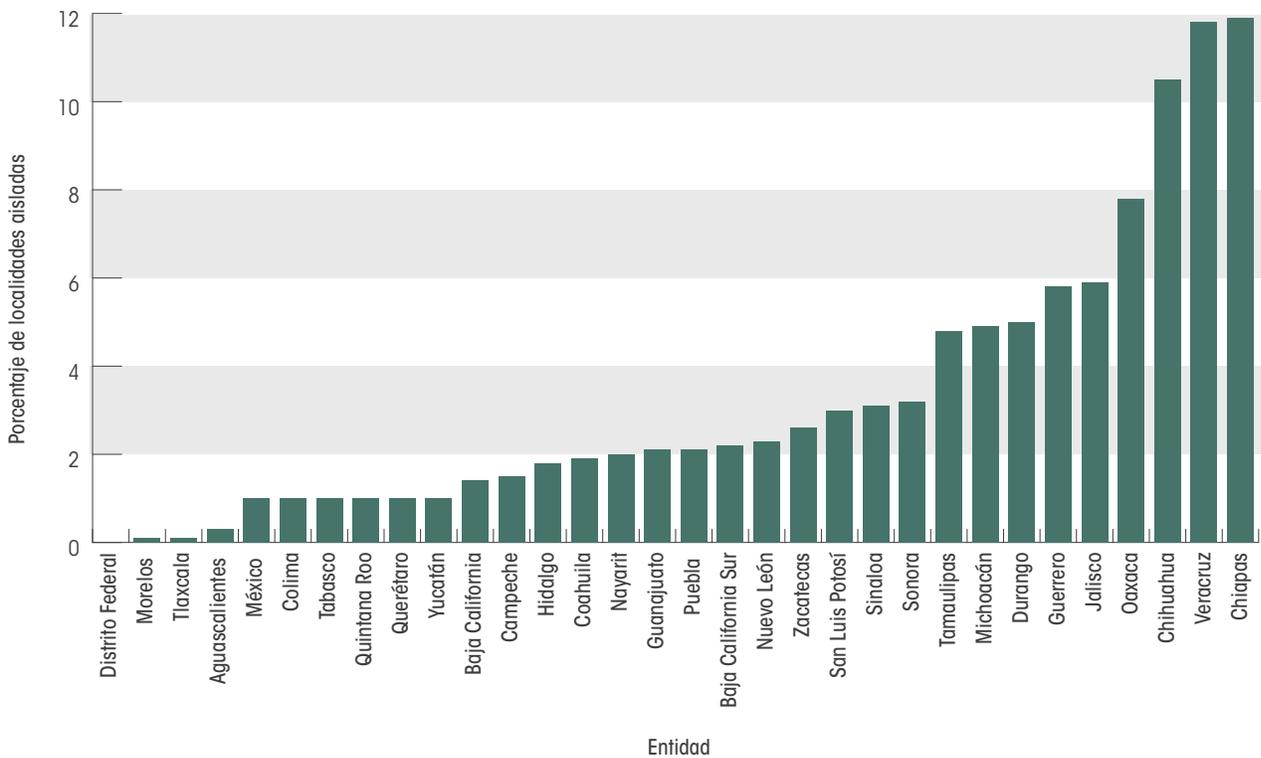
Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO 2010.

Criterios de ubicación de localidades rurales establecidos por el CONAPO:

- Cercana a ciudad: a 5 km o menos de una localidad de 15,000 habitantes y más.
- Cercana a centro de población: a 2.5 km o menos de una localidad de 2,500 a 15,000 habitantes.
- Cercana a carretera: a 3 km o menos de una carretera pavimentada o revestida.
- Aislada: localidad ubicada a más de 5 km de una ciudad, a más de 2.5 km de un centro de población y a más de 3 km de una carretera pavimentada o revestida.

Las entidades federativas que concentran el mayor porcentaje de localidades aisladas son Chiapas y Veracruz, cada una con 11.6 por ciento del total país (gráfica 39); les siguen Chihuahua, Oaxaca, Jalisco, Guerrero y Durango, con porcentajes de 10.9, 7.7, 5.7, 5.7 y 5.1, respectivamente. Estas siete entidades federativas concentran en su conjunto casi 60 por ciento de las localidades aisladas. El Distrito Federal es la única entidad que no cuenta con este tipo de poblaciones, mientras que Morelos, Tlaxcala y Aguascalientes apenas contribuyen cada una con menos de 0.1 por ciento del total.

Gráfica 39. Distribución porcentual de las localidades aisladas por entidad federativa, México, 2010

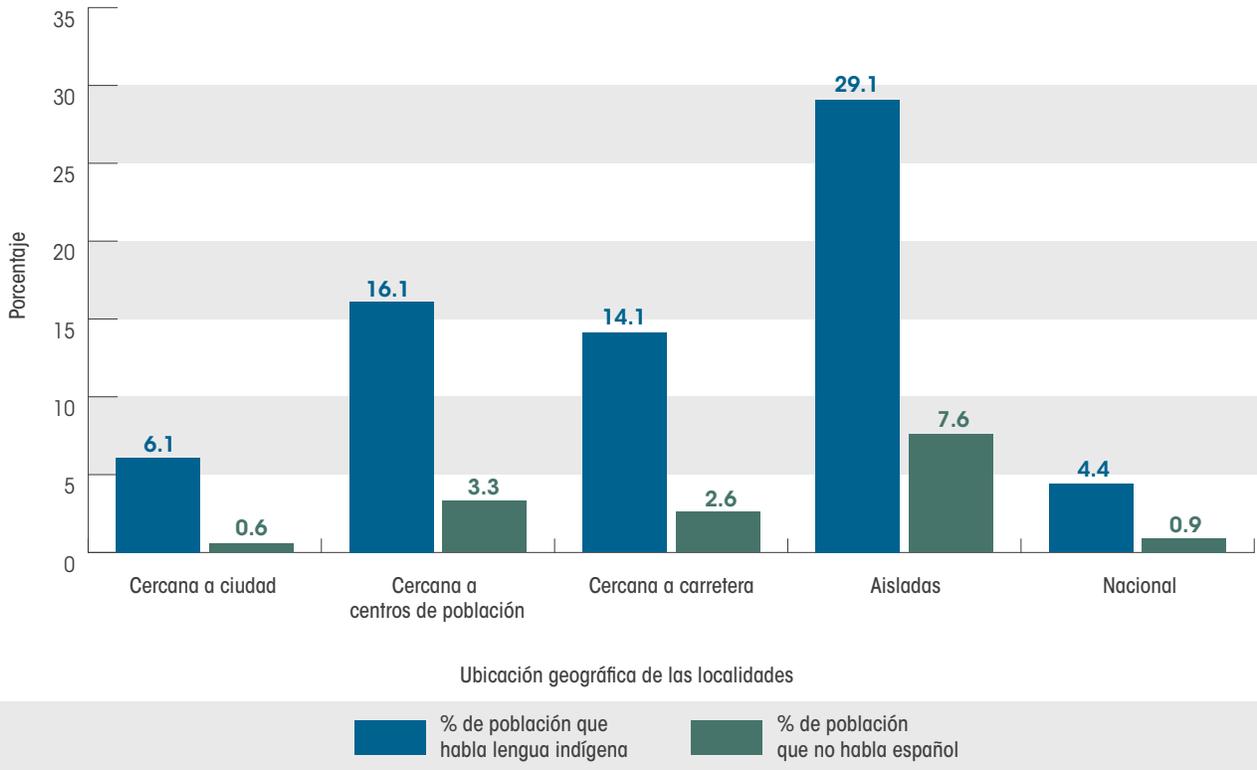


Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO.

Población indígena

La población indígena es un grupo que ha mostrado, en general, mayores niveles de pobreza y rezago social, comparado con el resto de la población, y que es necesario atender por su condición de vulnerabilidad. El que hablen una lengua distinta al español representa una barrera cuando se trata de proveer servicios públicos como son salud y educación.

Gráfica 40. Porcentaje de personas mayores de tres años que hablan alguna lengua indígena y porcentaje que no habla español, según condición de ubicación geográfica de las localidades, México, 2010



Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO y la base de "Infraestructura y características socioeconómicas de las localidades con menos de cinco mil habitantes" del Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

En el ámbito nacional, al menos 4.4 por ciento de la población mayor de tres años habla alguna lengua indígena y 0.9 por ciento sólo habla su lengua indígena y no el español (gráfica 40).⁵⁴ En las localidades aisladas, esos porcentajes son de 29.1 y 7.6, respectivamente. En contraste, en las localidades rurales cercanas a ciudades, 6.1 por ciento de la población es indígena y 0.6 por ciento no habla español.

Cuadro 19. Localidades y población por ubicación geográfica y grado de presencia indígena, México, 2010

Localidades rurales (menores de 2,500 hab)							
Grado de presencia indígena	Cercana a ciudad	Cercana a centros de población	Cercana a carretera	Aisladas	Ciudades y centros de población	Total	Dist % aisladas
LOCALIDADES							
No disponible	17,401	6,680	27,874	32,829	3	84,787	44.9%
Escasa	16,215	6,213	28,606	26,832	3,044	80,910	36.7%
Moderada	1,427	778	2,280	2,674	282	7,441	3.7%
Predominante	466	371	1,126	1,647	112	3,722	2.3%
Indígenas	719	1,248	4,097	9,111	210	15,385	12.5%
Total	36,228	15,290	63,983	73,093	3,651	192,245	100.0%
Distribución %	18.8%	8.0%	33.3%	38.0%	1.9%	100.0%	
Proporción (predominante e indígenas)/(escasa y moderada)	0.1	0.2	0.2	0.4	0.1	0.2	
POBLACIÓN							
No disponible	109,566	36,999	139,725	174,884	19,845	481,019	2.6%
Escasa	5,225,113	1,743,823	8,232,623	3,802,173	81,194,121	100,197,853	56.5%
Moderada	392,590	215,502	728,818	520,738	3,333,928	5,191,576	7.7%
Predominante	153,095	101,880	382,615	329,325	833,714	1,800,629	5%
Indígenas	210,307	325,085	1,319,247	1,905,020	905,802	4,665,461	28.3%
Total	6,090,671	2,423,289	10,803,028	6,732,140	86,287,410	112,336,538	100%
Distribución %	5.4%	2.2%	9.6%	6.0%	76.8%	100.0%	
Proporción (predominante e indígenas)/(escasa y moderada)	0.1	0.2	0.2	0.5	0	0.1	

Fuente: Elaboración del Hospital Infantil Federico Gómez para el CONEVAL con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO. Criterios de grado de presencia indígena establecidos por el CONAPO:

- Escasa: localidades con 10 por ciento o menos de su población de cinco años y más hablante de lengua indígena.
- Moderada: localidades con 10 por ciento o menos de 40 por ciento de su población de cinco años y más hablante de lengua indígena.
- Predominante: localidades con 40 por ciento o menos de 70 por ciento de su población de cinco años y más hablante de lengua indígena.
- Indígenas: localidades con 70 por ciento o más de su población de cinco años y más hablante de lengua indígena.

⁵⁴ Este porcentaje no incluye a las 84,000 localidades con una y dos viviendas en las que viven 480,000 personas, debido a que, por el principio de confidencialidad, no se cuenta con información sociodemográfica; por lo tanto, el porcentaje de hablantes de lengua indígena pudiera ser ligeramente mayor.

En el país hay un total de 19,107 localidades donde habitan 6.5 millones de personas, y al menos 40 por ciento de sus habitantes hablan una lengua indígena (cuadro 19). Éstas representan 9.9 por ciento de las localidades del país y casi 84 por ciento de ellas tienen menos de 500 habitantes. Estas cifras podrían ser mayores, pues 44 por ciento son confidenciales, es decir, no cuentan con información sociodemográfica debido a que son de una y dos viviendas. Por su parte, poco más de 80,000 tienen escasa presencia indígena y son las que concentran a la mayor parte de la población urbana.

Por consiguiente, además de su condición de aislamiento, en las localidades alejadas de ciudades, centros de población y carreteras, las personas también enfrentan la barrera del idioma, lo cual hace más complicado la operación de programas sociales e incluso se requiere que cualquier diseño de un esquema de protección social considere estrategias dirigidas a este segmento de la población que pudieran garantizar el ejercicio pleno de sus derechos sociales.

CAPÍTULO 3

Conclusiones



- a) La protección social hoy es más amplia que la de hace veinte años; esto se debe a la mayor cobertura de programas sociales y a que algunos de ellos se han dirigido a la población con menos recursos; por ejemplo, durante las últimas dos décadas, y en particular en el último lustro, el gasto en salud como porcentaje del PIB ha tenido un incremento continuo.
- b) No obstante, la protección social actual, entendida como el conjunto de intervenciones de política pública que buscan incidir en el manejo de riesgos que afectan el nivel de ingreso y consumo de la población durante su ciclo de vida, no está integrada y tiene problemas de concepción a nivel global que se reflejan en los siguientes rasgos generales:
- Las políticas de desarrollo social no están asociadas a derechos.
 - No benefician a todos los mexicanos.
 - El nivel de acceso y calidad de los programas es desigual en términos horizontales (se entregan beneficios diferentes a individuos con riesgos similares) y verticales (una proporción del gasto social se ejerce a través de instrumentos regresivos en términos absolutos en detrimento de instrumentos progresivos o neutrales).
 - Tanto la coordinación como la complementariedad entre entidades y dependencias para entregar beneficios a la población vulnerable y en condición de pobreza son débiles.
 - No existen instrumentos eficaces dirigidos a la población vulnerable residente en áreas urbanas y que, además, puedan activarse frente a crisis inesperadas.
- c) Es posible agrupar en cuatro dimensiones algunos de los riesgos principales que afectan o vulneran el consumo de las personas a lo largo de su vida y que deben ser el objeto de un sistema de protección social en México. La primera se refiere a la falta de acceso a los servicios de salud; ésta, además de que repercute en las condiciones de salud de los individuos, incide en el gasto de bolsillo. Otra dimensión es la asociada al trabajo, en la que el desempleo, la desocupación y subocupación, así como el periodo de licencia posparto y la carencia de estancias o guarderías para los niños que les permitan a los cuidadores de éstos conti-

nuar trabajando, tienen efecto en el ingreso de los hogares. La tercera alude a pensiones por orfandad, la discapacidad temporal o permanente, la viudez y la vejez. Por último, la cuarta tiene que ver con ingresos insuficientes o menores que la Línea de Bienestar Económico.

- d) *Acceso a los servicios de salud.* El sistema de salud mexicano tuvo logros importantes entre 2006 y 2011. Entre éstos pueden destacarse los siguientes:
- El gasto total en salud del Gobierno Federal creció 34.1 por ciento entre 2006 y 2011, al aumentar de 314,409.1 a 421,682.7 millones.
 - La afiliación al Seguro Popular y al Seguro Médico para una Nueva Generación creció de manera pronunciada en los últimos años. La población afiliada por el primero aumentó de 15.7 millones de personas en 2006 a 51.8 millones en 2011, mientras que la del segundo pasó de 819,400 personas afiliadas en 2007 a un total acumulado de 1,519.30 miles de personas en 2011. Esto representa un paso importante hacia la universalización de la cobertura en salud.
 - La población afiliada al Seguro Popular es proporcionalmente mayor en los deciles de menores ingresos.
 - La población con carencia por acceso a la salud, de acuerdo con la medición de pobreza del CONEVAL, disminuyó nueve puntos porcentuales: de 40.8 en 2008 a 31.8 en 2010.
- e) Los datos presentados en este estudio reflejan las necesidades de salud de una población cuyo perfil de mortalidad se transformó en las últimas tres décadas: de un predominio de enfermedades transmisibles a uno en el que la mayor parte de las defunciones se asocia a patologías no transmisibles y que se encuentra en rápido proceso de envejecimiento (la proporción de personas de 65 años o más es cada vez mayor en la población total).
- f) La organización del sector salud en México es compleja y fragmentada. Esto se revela en su capacidad instalada y en la de atención a la población objetivo. Otra de las consecuencias se refleja en los sistemas de información que, a pesar de que 35.8 millones carecen de acceso a la salud según la medición de la

pobreza, registran una suma de la población afiliada a las instituciones de seguridad social y protección en salud mayor que la población total del país. Asimismo, la segmentación entre subsistemas añade un elemento de complejidad al ejercicio de la rectoría por parte de la Secretaría de Salud.

- g) Aunque el gasto en salud aumentó en los últimos años, existen diferencias notables en el gasto por persona entre la población con acceso a la seguridad social y quienes carecen de ésta. Un elemento relevante es el gasto en medicamentos. En 2009, el gasto público representó 27.1 por ciento del total del gasto en este rubro, mientras que el privado fue de 78.8 por ciento (HIMFG, 2011).
- h) El paquete de beneficios entre instituciones de salud es diferenciado en términos de contenido y extensión en detrimento de quienes carecen de acceso a una institución de seguridad social.
- i) Las condiciones actuales del sector obstaculizan la cobertura universal y dificultan la utilización de los servicios por parte de la población, en particular de los más vulnerables.
- j) *Trabajo*. Si se contrasta con los países de la OCDE, el nivel de la tasa de desocupación en México parece bajo; esto se debe a que dicha tasa no registra con precisión la alta rotación ni las personas que entran y salen del mercado con frecuencia. Una opción para apreciar mejor el nivel de desocupación son las medidas alternativas, como la tasa de ocupación parcial y desocupación (conocida como TOPD1) o la tasa de condiciones críticas de ocupación (TCCO) (INEGI, 2011b). México es de los pocos países miembros de la OCDE que no tienen seguro de desempleo.
- k) La capacidad de atención de los programas de apoyo al empleo analizados es insuficiente (alrededor de 500,000 personas atendidas en 2011, por ejemplo) para contribuir a aminorar el nivel de desocupación (2.6 millones) y subempleo (3.9 millones) del país. México es uno de los países de la OCDE que menos gastan en este rubro.

- l) La participación económica de las mujeres ha aumentado en el transcurso de las últimas décadas de manera pronunciada, pero se ha estancado en los estratos más pobres. Aunque la oferta de servicios de cuidado infantil es diversa (IMSS, ISSSTE, SEP, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Sedesol), aún resulta insuficiente en cuanto a armonizar los horarios de atención y los laborales y de acceso por parte de mujeres de escasos recursos.
- m) Los horarios de las instituciones de educación básica tampoco permiten armonizar la educación de los hijos y el empleo de tiempo completo de los padres.
- n) Existen barreras a la portabilidad de las pensiones de vejez, que provoca que las personas limiten su movilidad entre trabajos y que las dependencias paguen sobrecostos, ya que los asegurados pueden caer en conductas abusivas para obtener beneficios.
- o) *Pensiones*. Las pensiones de vejez también tienen un problema de tributación múltiple. Ésta consiste en que los trabajadores cotizarían a varios sistemas de pensiones simultáneamente dependiendo del lugar donde laboren.
- p) El sistema de pensiones de vejez genera desigualdad horizontal, pues dependiendo de características contingentes, como el lugar de residencia o sector de trabajo, trabajadores con características similares tienen acceso a paquetes de beneficios diferentes (programa 70 y Más frente a la pensión a los adultos mayores del Distrito Federal; o pensiones contributivas de trabajadores privados frente a los públicos, por ejemplo).
- q) *Ingresos insuficientes*. La intensidad de la crisis de 2009 fue más severa en las áreas urbanas que en las rurales. La pobreza extrema se mantuvo en los mismos niveles en 2008 y 2010. La expansión del programa Oportunidades protegió a más familias; sin embargo, éste, por su diseño, no es un programa adecuado para enfrentar crisis económicas coyunturales. El aumento del monto de las transferencias y la diversificación de sus conceptos (“energético”, “Vivir Mejor”) fue captado sobre todo por la población

rural pobre, la cual no fue la más afectada por la crisis. El incremento presupuestario del Programa de Empleo Temporal (PET) y su ampliación a zonas urbanas es una respuesta más eficiente a este tipo de crisis, pero el monto y cobertura del programa resulta insuficiente. A excepción del PET, ninguno de los programas existentes de transferencias dirigidas responde a pérdidas coyunturales en la capacidad de generar ingreso de los hogares, sino en el desarrollo de las capacidades de las personas para contribuir a la ruptura del círculo intergeneracional de la pobreza.

- r) Es necesario considerar que si los instrumentos de protección social que se implementan en la actualidad no son los más eficaces y eficientes para cubrir los riesgos que disminuyen el ingreso de los hogares, se deben diseñar e implementar nuevas políticas y programas que logren proteger de modo integral a los individuos y sus hogares, y garanticen el acceso, su sostenibilidad financiera y coordinación de tal forma que exista una red que impulse la capacidad de recuperación del nivel de consumo.
- s) Es momento de que los múltiples instrumentos operen como un solo sistema que permita ofrecer protección social integral a toda la población, pero prioritariamente a la que se encuentra en una situación de pobreza y vulnerabilidad.
- t) Debido a la incapacidad estructural del sistema de seguridad social institucional de brindar protección efectiva a toda la población, así como a una economía que durante varias décadas no ha brindado ingresos suficientes a la población, el país presenta vacíos y necesidades concretas que son ocupados por instrumentos federales, estatales y también municipales pequeños, dispersos e inconexos, cuyo presupuesto global crece año con año. Estos instrumentos de protección social no logran solucionar el problema de fondo, pero podrían generar incluso dividendos políticos. Sin tener una solución integral a la protección social en su conjunto, este fenómeno crecerá necesariamente.

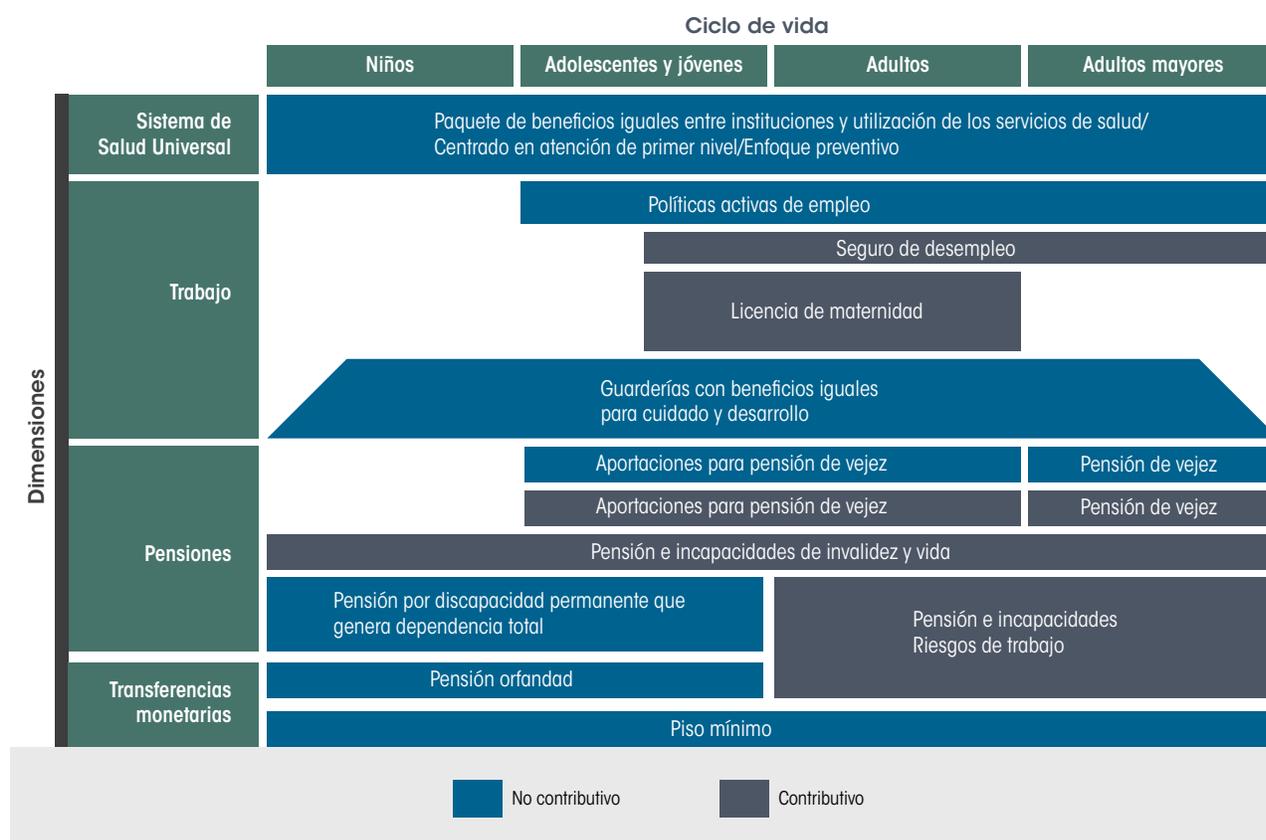
CAPÍTULO 4

Recomendaciones



El análisis realizado en este documento partió de la identificación de los principales riesgos vinculados a la protección social en el curso de vida. En la figura 1 se sintetizaron los riesgos examinados en esta evaluación y que son los asociados a la salud, el trabajo, la vejez, la discapacidad y orfandad, así como a la insuficiencia de ingreso tanto para niños como para adolescentes, jóvenes adultos y adultos mayores. Con base en el estudio de cada uno de estos riesgos efectuado en los capítulos anteriores, se propone la figura 3, que complementa la anterior y en la que se muestran propuestas generales para enfrentar dichos riesgos y constituirse en la base de un sistema de protección social que contribuya al ejercicio efectivo de los derechos sociales, esté integrado conceptual e institucionalmente, tenga cobertura para toda la población, y disponga de instrumentos para enfrentar tanto los riesgos de largo como de corto plazo, entre otras características.

Figura 3. Recomendaciones generales de un sistema de protección social



Fuente: Elaboración del CONEVAL.

Nota: Los programas no contributivos son financiados con impuestos generales, mientras que los contributivos, principalmente con contribuciones de los propios beneficiarios.

El esquema considera instrumentos contributivos (financiados de manera prioritaria con aportaciones de los beneficiarios) y no contributivos (financiados con impuestos generales principalmente). En cada dimensión se prevé la existencia de *pisos mínimos* constituidos por los instrumentos no contributivos. Estos pisos mínimos buscan garantizar a toda persona el acceso a un conjunto básico de programas y acciones sin importar sus características laborales, demográficas o de residencia, entre otras; es decir, que los derechos sociales plasmados en la Constitución y en la Ley General de Desarrollo Social puedan garantizarse y hacerse en verdad efectivos a través de los instrumentos de protección social a lo largo del ciclo de vida. Se considera, asimismo, la existencia de un conjunto de instrumentos contributivos que permitirían incrementar el nivel de protección de manera más comprehensiva y articulada que la hoy existente.

Se pueden idear diversas formas de organización para poner en práctica las recomendaciones derivadas de la figura 3; una de las posibles es la que se presenta a continuación:

- a) Crear una instancia que coordine la política de protección social a nivel nacional a fin de simplificar y facilitar el proceso de diseño, implementación, financiamiento, ejecución, monitoreo y evaluación de los instrumentos que conformarán el Sistema de Protección Social.
- b) La instancia deberá ser encabezada por el titular del Ejecutivo y estar integrada por las dependencias y entidades cuyo objeto esté vinculado a los riesgos asociados a la protección social.
- c) Asimismo, la instancia deberá incluir la participación de representantes de gobiernos locales, para que la coordinación del Sistema de Protección Social tenga un alcance nacional.
- d) El Sistema de Protección Social deberá tener un sistema de gestión único que contribuya a reducir la dispersión de instrumentos de política pública y el número de trámites para los beneficiarios.
- e) El Sistema de Protección Social deberá tener indicadores y metas claras, así como mecanismos de evaluación que garanticen su efectividad, transparencia y rendición de cuentas.

Con base en este enfoque general, a continuación se presentan recomendaciones específicas referentes a cada uno de los riesgos importantes para la protección social. Sin embargo, se sugiere que haya una convocatoria de expertos en la materia para consensuar un diseño óptimo de este sistema, su integración, financiamiento y mecanismos de transición e implementación.

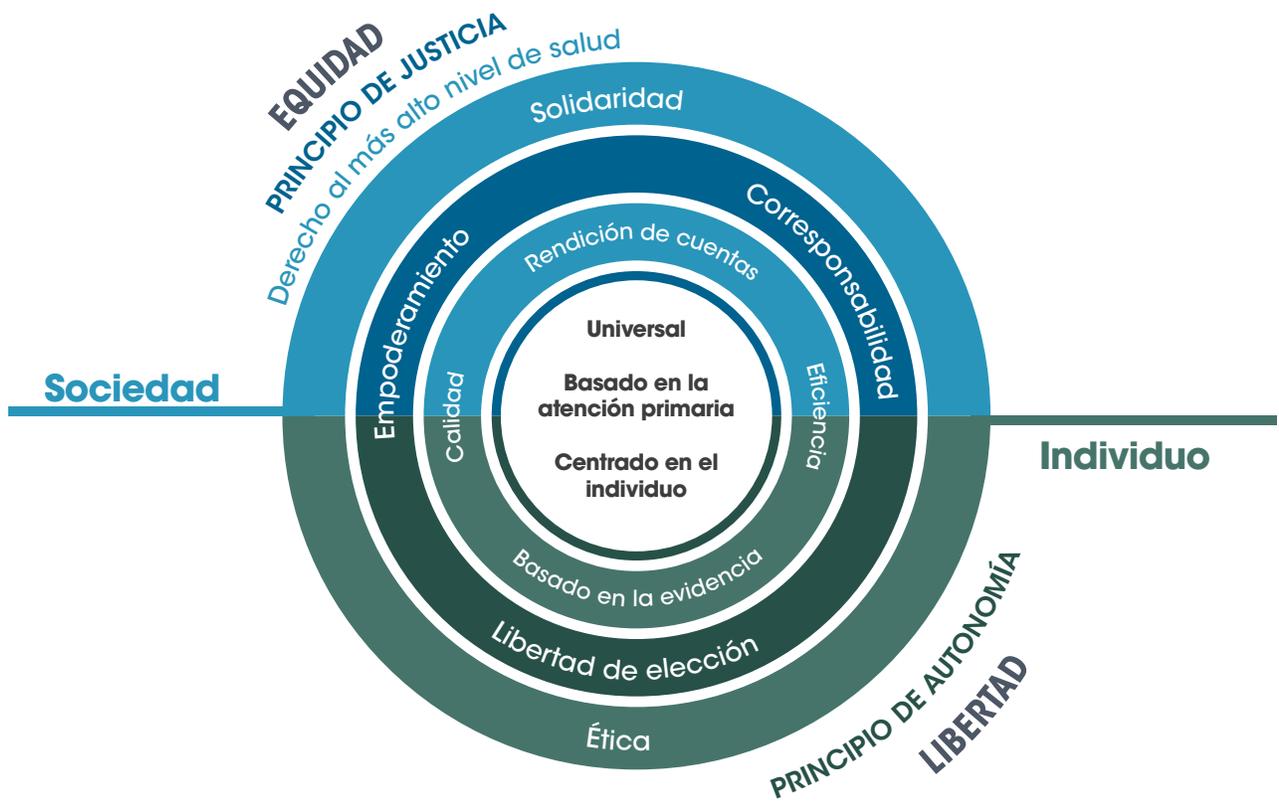
Salud

Considerando el diagnóstico de los riesgos asociados al acceso a la salud, se recomienda analizar la integración de un sistema nacional de servicios de salud, el cual podría estar basado en los valores y elementos ilustrados en la figura 4.

1. La integración de dicho sistema podría considerar las siguientes recomendaciones generales:
 - a) El objetivo central debe ser la universalidad del derecho a la salud, es decir, atención a la salud para todos los mexicanos de forma equitativa.
 - b) Hacer hincapié en la atención primaria. El sistema debe incorporar medidas preventivas y promover que la resolución sea susceptible de ocurrir en este nivel de atención.
 - c) Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud.
 - d) Implementar un programa nacional de prevención y detección oportuna (integrar PREVENIMSS, PREVENISSSTE, Línea de Vida y Consulta Segura).
 - e) Estar financiado con impuestos generales y utilizar la infraestructura pública y privada conforme al cumplimiento de requerimientos legales.
 - Implementar las acciones que reduzcan el diferimiento de cirugías y consultas observado en el país.
 - f) Ser portable en términos geográficos e institucionales, mediante la adscripción inicial de toda la población a unidades de primer nivel de atención a la salud y eventual libertad de elección, con un padrón único de beneficiarios y un expediente clínico electrónico.

- Para avanzar en el expediente clínico electrónico, se sugiere, entre otros, estandarizar la información de los pacientes y de clínicas, así como desarrollar normas para la generación y clasificación de su uso en ámbitos de salud pública, investigación, seguimiento y continuidad de la atención, además de contención de costos.

Figura 4. Valores y principios sugeridos para un sistema nacional de servicios de salud



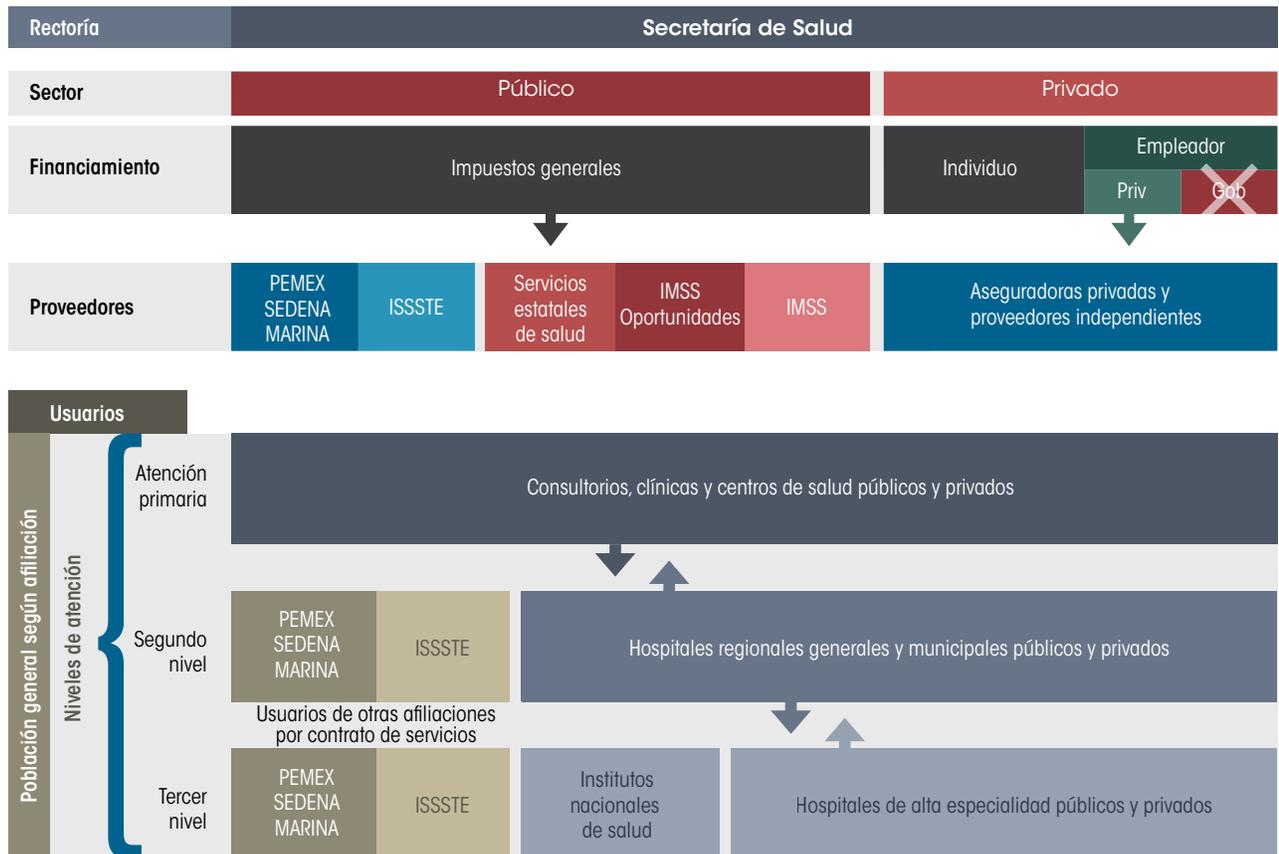
Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL.

- g) Estar integrado funcionalmente y permitir la convergencia mediante:
- La identificación del mejor conjunto de intervenciones médicas de todo tipo otorgadas en la actualidad en el país y su utilización como punto de referencia inicial para la homologación entre las distintas instituciones, tomando como punto de partida las prestaciones en salud que hoy ofrece la seguridad social.
 - La homologación del gasto público por persona en salud entre las entidades federativas de acuerdo con las necesidades de salud de la población, al tiempo que se asegura que el gasto se asigna efectivamente a las unidades de atención médica.
 - Se sugiere que en el mediano plazo se acelere la posibilidad de unificar los sistemas de salud estatales, ahora aislados a pesar del convenio 32x32; esto permitirá atender a la población migrante interna.
 - El fortalecimiento del procedimiento de acreditación y supervisión de las unidades de atención.
 - El fortalecimiento del cumplimiento de la vigilancia de la normatividad, en especial de las normas oficiales mexicanas en la materia.
 - Una política de medicamentos que asegure el surtido oportuno en los establecimientos. Para ello, pueden existir varias alternativas; algunas posibles son:
 - Conformar un cuadro básico nacional de medicamentos, único para todas las instituciones, con garantía de financiamiento.
 - Implementar una política de medicamentos basada en necesidades y una logística, desde la compra hasta la dispensación, que asegure el abasto en todas las instituciones de salud a través de la prescripción razonada y el uso de las guías de práctica clínica.
 - Usar un sistema de registro único electrónico para monitorear y corregir el abasto de medicamentos.
 - Hacer efectivo y extensivo a todo el sector salud el Sistema Nacional de Farmacovigilancia para garantizar la seguridad del paciente.

- Utilizar el diagnóstico de necesidades en materia de atención médica como elemento guía para la planeación de la formación de recursos humanos en salud.

El conjunto de recomendaciones recién enunciadas sería coherente con el esquema que se expresa en la figura 5; sin embargo, éste no es el único posible que cumple con el criterio de coherencia para mejorar el esquema general de salud.

Figura 5. Recomendaciones generales en materia de salud



Fuente: Elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL.

2. Para la atención en servicios de salud de las poblaciones dispersas, se deberán analizar las características siguientes:
 - a) Dotar de recursos básicos para la atención primaria.
 - b) Integrar todos los programas existentes para la atención de la salud e incorporar el uso de tecnologías innovadoras de comunicación y asistencia médica (por ejemplo, monitoreo a distancia y telediagnóstico).
 - c) Capacitar al personal de salud (auxiliares de salud y promotor comunitario) en todas las comunidades que carecen de personal médico en el manejo de los problemas de salud más frecuentes.
 - d) Presencia de redes sociales y organizaciones de la sociedad civil en acciones específicas de promoción de la salud, de participación comunitaria y desarrollo de habilidades individuales.
 - e) Incentivar al personal de salud para su permanencia.
 - f) Establecer una red de servicios de salud en las comunidades dispersas y remotas que hoy carecen de acceso a los servicios mediante esquemas radiales o itinerantes.
 - g) Implementar esquemas de atención que permitan reducir los obstáculos en el acceso a los servicios médicos con el objetivo de disminuir los rezagos en la satisfacción del derecho a la salud. Estos esquemas pueden considerar la participación de promotores de salud y auxiliares comunitarios, así como tecnología de apoyo para el desarrollo de telemedicina. Sería conveniente la incorporación al propósito de atender los diferenciales en materia de salud de herramientas de sensibilidad cultural para el personal de salud en general y para el que atiende las regiones donde residen pueblos originarios en particular.
3. Fortalecer la definición de indicadores y producción automatizada de información para evaluación y toma de decisiones.
4. En Puebla, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Veracruz y Chiapas, las carencias en el acceso a la salud en 2010 fueron mayores de 36

por ciento; destaca Puebla con 41.8 por ciento. En estos estados se localiza la mayor población indígena, que es la que tiene menos acceso. Se recomienda acelerar la cobertura universal del Seguro Popular en estas entidades, con una oferta adecuada de servicios de calidad y medicamentos, así como en la totalidad de los municipios que pertenecen a Zonas de Atención Prioritaria (con énfasis en localidades indígenas).

5. Se sugiere que, en el mediano plazo, se acelere la posibilidad de unificar los sistemas de salud estatales, que ahora están aislados a pesar del convenio 32x32; esto permitirá atender a la población migrante interna.
6. Hacer más transparente el uso final de los recursos otorgados a las entidades federativas a través del Seguro Popular, del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud del Ramo 33 y de los fondos provenientes del Ramo 12, y que sean congruentes con las necesidades y demandas de salud de la población.
7. Impulsar mecanismos eficaces de rendición de cuentas del gasto en salud en todos los órdenes de gobierno. Sería deseable establecer estrategias que promuevan que la población inscrita en el Seguro Popular reconozca con claridad que tiene el derecho; con ello se propiciaría una cobertura efectiva de los servicios de salud. Asimismo, se recomienda mejorar los procesos de acreditación, supervisión de clínicas en los estados y fortalecimiento de la vigilancia de la normatividad, en especial las normas oficiales mexicanas en la materia.
8. Se recomienda fortalecer la atención de todos los niveles de atención, en particular el primer nivel en entidades federativas.
9. Identificar las prioridades nacionales para la investigación en salud en México, en el corto y el mediano plazo y vincular los grandes problemas nacionales en la materia a la formación de capital humano.
10. Cumplir la Meta del Milenio respecto a la mortalidad materna como prioridad del Estado. Para ello, debe ampliarse la cobertura de los servicios de atención obstétrica e impulsar estrategias de identificación temprana y atención oportuna de las emergencias en esta área,

sobre todo en las zonas interétnicas, donde se localiza una alta proporción de la mortalidad materna.⁵⁵

11. Con referencia al punto anterior, se recomienda implementar y fortalecer estrategias para la eliminación de las barreras al acceso a los servicios de salud; por ejemplo, las relativas a transporte y comunicación. Esto aplicaría para mejorar otros indicadores.
12. Contar con personal capacitado para ofrecer atención adecuada a mujeres embarazadas y afrontar posibles complicaciones durante la gestación, el parto o el puerperio. El mejoramiento de la calidad de los servicios obstétricos constituye una de las prioridades principales para el país. La atención obstétrica debe ser un eje fundamental para disminuir las emergencias obstétricas.
13. Se recomienda reforzar los esquemas de salud preventiva, que deberían ser prioritarios no sólo para reducir la morbilidad, sino para evitar costos curativos futuros.
14. Respecto al fortalecimiento de la atención primaria, se sugiere evaluar la ampliación de la participación del personal de enfermería en actividades como la atención domiciliaria del enfermo crónico y los cuidados paliativos.
15. Para mejorar la calidad de la atención, existen diversas estrategias posibles, algunas de las cuales son:
 - a) Mejorar la calidad de la atención primaria a través de la acreditación, actualización y aplicación de las guías de práctica clínica en los principales problemas de salud.
 - b) Fortalecer el sistema generalizado de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.
 - c) Disminuir los tiempos de espera para citas programadas en la consulta de primer nivel y en la de especialidades.

⁵⁵ Para mayor referencia, véase la *Evaluación Estratégica de Mortalidad Materna 2010*, CONEVAL: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

- d) Implementar acciones para aumentar la eficiencia en el uso de quirófanos y consultorios.
- e) Analizar mecanismos para disminuir el tiempo de espera para cirugías y consultas, en especial en cirugía general electiva para consultas de especialidades.
- f) Incrementar la satisfacción con la atención prestada por el personal de salud.
- g) Fortalecer la definición de indicadores de desempeño y producción automatizada de información para evaluación y toma de decisiones.
- h) Fortalecer los mecanismos de contraloría social para la participación de los usuarios en la mejora de los servicios y para promover la calidad en la prestación.
- i) Continuar con el proceso de acreditación y supervisión de unidades médicas en las entidades federativas y de la vigilancia de la normatividad, en particular de las normas oficiales mexicanas en la materia.

Vejez, discapacidad y orfandad

16. Consolidar la protección social en pensiones estableciendo una pensión universal mínima de retiro para todos financiada con impuestos generales con destino específico. El beneficio de la pensión sería de contribución definida. Las pensiones de tipo universal no contributivas serían complementarias a las de carácter contributivo y con un esquema de sostenibilidad financiera mediante un sistema de prepago,⁵⁶ así como un mecanismo de corresponsabilidad; por ello, se sugiere considerar al menos un registro fiscal y, de ser posible, acciones preventivas de salud u ocupacionales.
17. Establecer una pensión universal de invalidez para discapacidad total financiada con impuestos generales.

⁵⁶ Para mayor información, véase Levy, 2008.

18. Integrar la pensión universal de invalidez para discapacidad total verticalmente al Seguro de Invalidez y Vida de la seguridad social.
19. Para los seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo de la seguridad social, se recomienda desarrollar una definición más precisa de cuáles son los riesgos que debe cubrir cada seguro respecto a las discapacidades temporal y definitiva, y su traducción en las prestaciones económicas asociadas a cada evento o conjunto de eventos, además de mejorar la regulación en general sobre dictaminación.
20. En lo que corresponde a los riesgos asociados a las discapacidades, se recomienda precisar la definición e identificación de discapacidad que contribuya a mejorar las pensiones de riesgos de trabajo e invalidez.
21. Canalizar mayores recursos y esfuerzos en materia de prevención, capacitación y rehabilitación y reincorporación laboral en caso de discapacidad.
22. Analizar los mecanismos de transición entre pensiones de los titulares y sus beneficiarios.
23. Hacer un análisis detallado de los mecanismos de transición entre pensiones de los titulares y sus beneficiarios, así como de los incentivos que actualmente generan.
24. Fomentar el crecimiento del ahorro voluntario, con regulaciones claras y de largo plazo y adecuación de las reglas de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro sobre registro de planes.
25. Promover entre la población la divulgación y educación sobre pensiones contributivas y no contributivas.
26. El acceso a la seguridad social representa el derecho social más rezagado dentro de los incluidos en la medición de la pobreza, con 60.7 por ciento de la población sin acceso en 2010. Esta problemática se explica por la barrera de acceso que impone el financiamiento de la seguridad social por medio de contribuciones obrero-patronales, que excluyen a los trabajadores de menores ingresos y mayor

vulnerabilidad. Una solución integral a este problema debe prever la modificación del actual esquema de financiamiento de la seguridad social para lograr la cobertura universal.

Trabajo

27. En materia de generación de ingresos, se recomienda analizar la implementación de un seguro de desempleo contributivo que no afecte las pensiones de retiro y considere al menos dos modelos: sistema de reparto y sistema de cuentas individuales.
28. Analizar la factibilidad de eliminar las indemnizaciones como parte de los beneficios alternativos de un sistema de protección social.
29. A pesar de la baja tasa de desocupación de México, un problema identificado en la generación de ingreso son las características del empleo. Se sugiere fortalecer las políticas activas de empleo (capacitación, bolsa de trabajo, apoyos para traslados), considerando los siguientes elementos:
 - a) Servicio personalizado de atención: se sugiere analizar la factibilidad de incrementar el presupuesto de los programas existentes (Programa de Apoyo al Empleo y Programa de Atención a Situaciones de Contingencia Laboral).
 - b) Ampliación de los programas de acuerdo con las diferencias en la desocupación y subocupación en los ámbitos rural y urbano.
30. Mayor coordinación entre los programas de políticas activas y de becas para estudios de educación superior, y equidad en la asignación de las becas de educación media superior y superior.
31. Fortalecer el Programa de Empleo Temporal como mecanismo de apoyo a los periodos estacionales, en contingencias laborales y naturales.
32. Fortalecer los esquemas de coordinación de los programas públicos de guarderías que apoyen la participación laboral de las mujeres y profundizar en el estudio de factores que aporten al desarrollo temprano infantil para optimizar su implementación con base en un sistema de protección social.

Ingreso

En materia de los riesgos asociados al ingreso, se recomienda una estrategia amplia de *coordinación de políticas enfocada a la insuficiencia de ingresos*, que abarque el conjunto de programas para la superación de la pobreza, de protección social y apoyos económicos en los tres órdenes de gobierno.

33. Analizar diferentes opciones para garantizar un piso mínimo de ingreso a la población que disminuya o prevenga su vulnerabilidad, considerando los siguientes criterios y elementos generales:
 - a) Priorización de la población con mayor insuficiencia de ingresos.
 - b) Desarrollos de nuevos mecanismos institucionales de coordinación y sistemas de identificación e información comunes para todos los programas dirigidos a la población de bajos ingresos.
 - c) Análisis de nuevos instrumentos y estrategias para proteger a la población más vulnerable.
 - d) Análisis de instrumentos que faciliten la autoidentificación de beneficiarios y sus necesidades a partir de derechos claros.
 - e) Análisis, entre las opciones posibles, de los costos y beneficios de:
 - Ampliación de los programas existentes. Atender a la población pobre que vive en comunidades dispersas y de difícil acceso y que actualmente no son atendidas por programas sociales, mediante la definición de una nueva estrategia en el marco de los programas ya existentes.
 - Renta básica ciudadana. Transferencia monetaria a toda la población como estrategia de no exclusión de la población pobre.
 - Piso mínimo solidario. Transferencia monetaria a toda la población como estrategia de no exclusión de la población pobre, que puede ser no aceptada y transferida a grupos vulnerables.
 - Programa de Empleo Temporal Universal. Pago de un porcentaje del salario mínimo a cambio de actividades comunitarias o de infraestructura.

34. Analizar la ampliación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en las zonas donde no existe oferta de servicios médicos a través de la vinculación con acciones en población dispersa.
35. Para la atención de población urbana, sin embargo, es recomendable modificar los métodos de identificación de población elegible que ha usado el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Referencias bibliográficas



Antón, A., F. Hernández y S. Levy (2012). *The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Atkinson, A. (1995). *Public Economics in Action: the Basic Income/Flat Tax Proposal*. Oxford: Clarendon Press.

Banco Mundial (2011). Temporary Employment Programs. International Evidence and Mexico's Experience During the 2009-2010 Crisis (mimeo).

Barrientos, A. y D. Hulme (2009). Social Protection for the Poor and Poorest in Developing Countries: Reflections on a Quiet Revolution. *Oxford Development Studies*, vol. 37, núm. 4, pp. 439-456.

Barrientos, A. y A. Shepherd (2003). *Chronic Poverty and Social Protection*. Presentado en la International Conference on Staying Poor: Chronic Poverty and Development Policy, University of Manchester, UK, 7-9 de abril.

Burgess, R. y N. Stern (1991). Social Security in Developing Countries: What, Why, Who, and How?, en E. Ahmad *et al.* (eds.). *Social Security in Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.

Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY) (2012). *El México del 2012. Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social*. México: CEEY.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2006). *Seguridad social*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en [http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/seguridad por ciento20social.htm](http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/seguridad%20social.htm).

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) (2011). *Informe sobre la seguridad social en América 2011: niños y seguridad social*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2008). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras 2009-2010*. México: CONEVAL.

____ (2009). *Metodología para la Medición Multidimensional de la Pobreza en México*. México: CONEVAL.

____ (2011). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011*. México: CONEVAL.

____ (2012). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012*. México: CONEVAL.

Conway, T., A. de Haan y A. Norton (eds.) (2000). *Social Protection: New Directions of Donor Agencies*. Londres: Department for International Development, Social Development Department.

De Haan, A. y S. Conlin (2001). *Poverty and Social Protection: DFID Approach*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&e src=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fciteseerx.ist.psu.edu%2Fviewdoc%2Fdownload%3Bjsessionid%3DA1C6121C678F394FDB70583A8551EBAF%3Fdoi%3D10.1.1.199.9039%26rep%3Drep1%26type%3Dpdf&ei=y2-QULeCDYiOrAHTiGoCw&usg=AFQjCNGjSYS7ICXqsbSewyXwN3R5CQWIVA&sig2=Oh3RY4d3gDBtZcNYUXpAPQ>.

De Oliveira, O., M. Ariza y M. Eternod (2001). La fuerza de trabajo en México: un siglo de cambios, en J. Gómez de León Cruces y C. Rabell Romero (coords.). *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI* (pp. 873-923). México: Consejo Nacional de Población/Fondo de Cultura Económica.

- Franco, R. y E. Cohen (2006). Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina. Similitudes y diferencias, en R. Franco y E. Cohen (comps.). *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana* (pp. 21-84). México. FLACSO; México-Sedesol.
- Gómez Dantés, O. *et al.* (2011). Sistema de salud en México. *Revista Salud Pública*, vol. 53, núm. 2, pp. 220-232.
- González-Block, M. *et al.* (2011). *Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Resumen ejecutivo*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- González de la Rocha, M. y A. Escobar Latapí (1990). Crisis y adaptación: hogares de Guadalajara, en *Memorias de Tercera Reunión Nacional de la Investigación Demográfica*. México: Siglo XXI/SOMEDE.
- Guhan, S. (1994). Social Security Options for Developing Countries. *International Labour Review*, vol. 133, núm. 1.
- Hall, A. (2007). Social Policies in the World Bank: Paradigms and Challenges. *Global Social Policy*, vol. 7, núm. 2, pp. 151-175.
- Holzmann, R. y S. Jorgensen (2000). *Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*. Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social. Washington: Banco Mundial.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010a). *Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del cuestionario básico*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.
- ____ (2010b). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/default.aspx>
- ____ (2011). Glosario, en *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/Default.aspx?ClvGlo=EHENOE&s=est&c=10842>
- ____ (2012). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/Default.aspx>.

- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2011). *Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud en los Servicios Estatales de Salud*. Cuernavaca: INSP. Consultado el 30 de octubre de 2012 en http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf.
- International Labour Organization (ILO) (1984). *Into the Twenty-First Century: The Development of Social Security*. Génova: International Labour Organization.
- Justino, P. (2003). *Social Security in Developing Countries: Myth or Necessity? Evidence from India*. Working Paper 20. Sussex: Poverty Research Unit at Sussex. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.sussex.ac.uk/Units/PRU/wps/wp20.pdf>.
- Kabeer, N. (2002). *Safety Nets and Opportunity Ladders: Addressing Vulnerability and Enhancing Productivity in South Asia*. Working Paper 159. Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex.
- Levy, S. (2008). *Good Intentions, Bad Outcomes: Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico*. Washington: The Brookings Institution.
- Lund, F. y S. Srinivas (1999). *Learning from Experience: A Gendered Approach to Social Protection for Workers in the Informal Economy*. Organización Internacional del Trabajo. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://previous.wiego.org/papers/lund.pdf>
- Montes de Oca, V. (1998). Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México, en Hernández y Menckes (coords.). *La población de México al final del siglo XX (V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México)* (pp. 485-500), vol. I. México: SOMEDE/CRIM/UNAM.
- Norton, A. y S. Conlin (2000). *Globalisation Processes and the Implications for the Development of Global Responses in the Field of Social Policy*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en http://cloud1.gdnet.org/~research_papers/Globalisation%20processes%20and%20the%20implications%20for%20the%20development%20of%20global%20responses%20in%20the%20field%20of%20social%20policy
- Norton, A., T. Conway y M. Foster (2001). *Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in International Development*. ODI Working Paper 143. Londres: Overseas Development Institute. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2999.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). *Health Policy Studies. Improving Value in Health Care. Measuring Quality*. París.

____ (2011a). *Pensions at a Glance. Retirement Income Systems in OCDE and G20 Countries*. París.

____ (2011b). *Family Database*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.oecd.org/social/socialpoliciesanddata/oecdfamilydatabase.htm>.

____ (2012a). *Stat Extracts. Health, Healthcare Resources*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://stats.oecd.org/>

____ (2012b). *Pharmaceutical expenditure*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/pharmexp-table-2012-1-en/index.html;jsessionid=f03nck46n3f8p.delta?contentType=/ns/Table,/ns/StatisticalPublication,/ns/KeyTableEdition&itemId=/content/table/pharmexp-table-2012-1-en&containerItemId=/content/table/pharmexp-table-en&accessItemIds=/content/tablecollection/20758480&mimeType=text/html>

Pérez-Cuevas, R. y cols. (2012a). Scaling Up Cancer Care for Children Without Medical Insurance in Developing Countries: The Case of Mexico, en *Pediatric Blood Cancer*.

____ (2012b). Evaluating Quality of Care for Patients with Type 2 Diabetes Using Electronic Health Record Informatics in Mexico. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, núm. 12, p. 50.

Rodríguez, E. (2012). Reunión de trabajo con John Scott, Agustín Escobar y la Dirección General Adjunta de Evaluación del CONEVAL.

Robles Silva, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

____ (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Revista Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 48, pp. 561-584.

Schmidt, S. (1995). Social Security in Developing Countries: Basic Tenets and Fields of State Intervention. *International Social Work*, núm. 38, pp. 7-26.

Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) (2011). *Diagnóstico de la problemática de las madres con hijos pequeños para acceder o permanecer en el mercado laboral*. México: Sedesol-Dirección General de Análisis y Prospectiva.

Secretaría de Salud (2011). *Rendición de Cuentas en Salud 2010*. México: Secretaría de Salud.

Social Security on line (2012). *Historical Background and Development of Social Security*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en <http://www.ssa.gov/history/briefhistory3.html>.

Universidad Nacional Autónoma de México (2012). *Manifiesto. Lineamientos de política para el crecimiento sustentable y la protección social universal*. México: UNAM.

Van Ginneken, W. (2003). Extending Social Security: Policies for Developing Countries, en *Extension of Social Security*, paper 13. Consultado el 30 de octubre de 2012 en http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=673121.

Van Parijs, Ph. (2004). *Basic Income: A Simple and Powerful Idea for the Twenty-First Century*. Consultado el 30 de octubre de 2012 en http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/etes/documents/Chap1.Simple_and_Powerful.pdf.

