VII. POLÍTICA SOCIAL, SEGURIDAD SOCIAL Y TEMAS DE POBLACIÓN

"Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Población (11 de julio)" (INEGI)

El 9 de julio de 2018, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publicó "Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Población (11 de julio)". A continuación se incluye el contenido.

En 1989, el Consejo de Administración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) propuso celebrar cada el 11 de julio el Día Mundial de la Población, a fin de centrar la atención en asuntos emergentes relacionados con la población (ONU, s/f a).

Atendiendo a esta inquietud, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) integra en este comunicado información sobre el tema de educación, aspecto relevante para el desarrollo de la población.

Inasistencia escolar

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que la educación es un derecho y un pilar para que "niños y adolescentes puedan desarrollarse plenamente y participen en la vida social en todos sus ámbitos" (UNICEF, 2016, p. 5).

En México, la Constitución plantea, en su artículo 3, la universalidad de la educación básica al señalar que “Toda persona tiene derecho a recibir educación. El Estado –Federación, Estados, Ciudad de México y Municipios–, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; ésta y la media superior serán obligatorias” (CDHCU, 2017, p. 5).

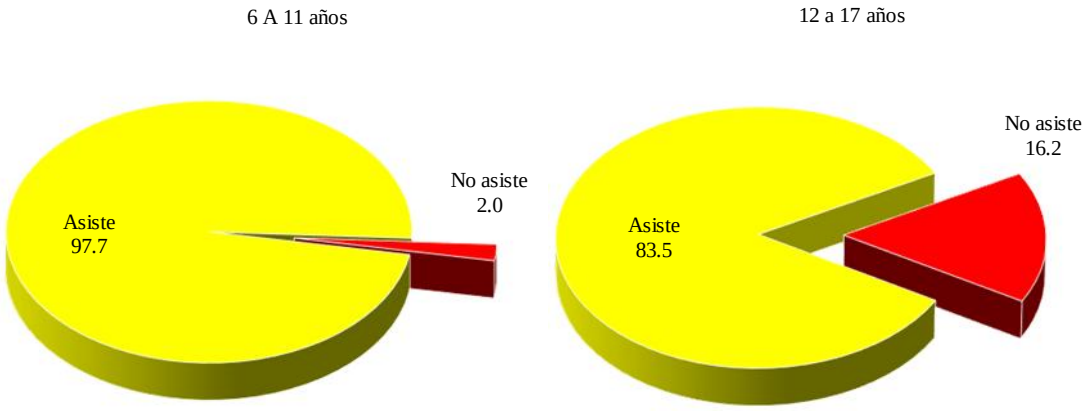
En este contexto, los niños que no asisten a la primaria tienen una alta probabilidad de no adquirir la aptitud de leer y escribir, y en caso de tenerla, al dejar de asistir a la escuela a temprana edad, es posible que se olvide por desuso y se conviertan en analfabetas funcionales, siendo éste el caso de muchos adultos mayores que “poseen grandes limitaciones de empleabilidad debido preponderantemente a un nivel bajo de conocimientos y especialización” (CEPAL-UNESCO, 2009, p. 45).

En el país, a partir de los datos que proporciona la Encuesta Intercensal 2015, 98 de cada 100 niños de 6 a 11 años asisten a la escuela (97.7%), en tanto que dos de cada 100 niños de este grupo (263 041), no van a la escuela. Las entidades federativas que muestran el mayor porcentaje de inasistencia escolar en este grupo de edad son Chiapas (4.2%), Campeche (2.7%), Michoacán y Colima (cada una con 2.6%).

En el grupo de 12 a 17 años se incrementa la no asistencia escolar. En 2015 hay 2.2 millones de adolescentes que no asisten a la escuela, es decir, 16.2% deberían estar cursando la secundaria o el nivel medio superior y no es así.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la educación en este rango de edades permitirá que las personas puedan “acceder a un trabajo decente, salir de la pobreza y alcanzar un nivel de vida satisfactorio” (ONU, s/f b). Por tanto, no asistir a la escuela compromete su futuro.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 6 A 17 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN CONDICIÓN DE ASISTENCIA A LA ESCUELA
2015
J Por ciento J



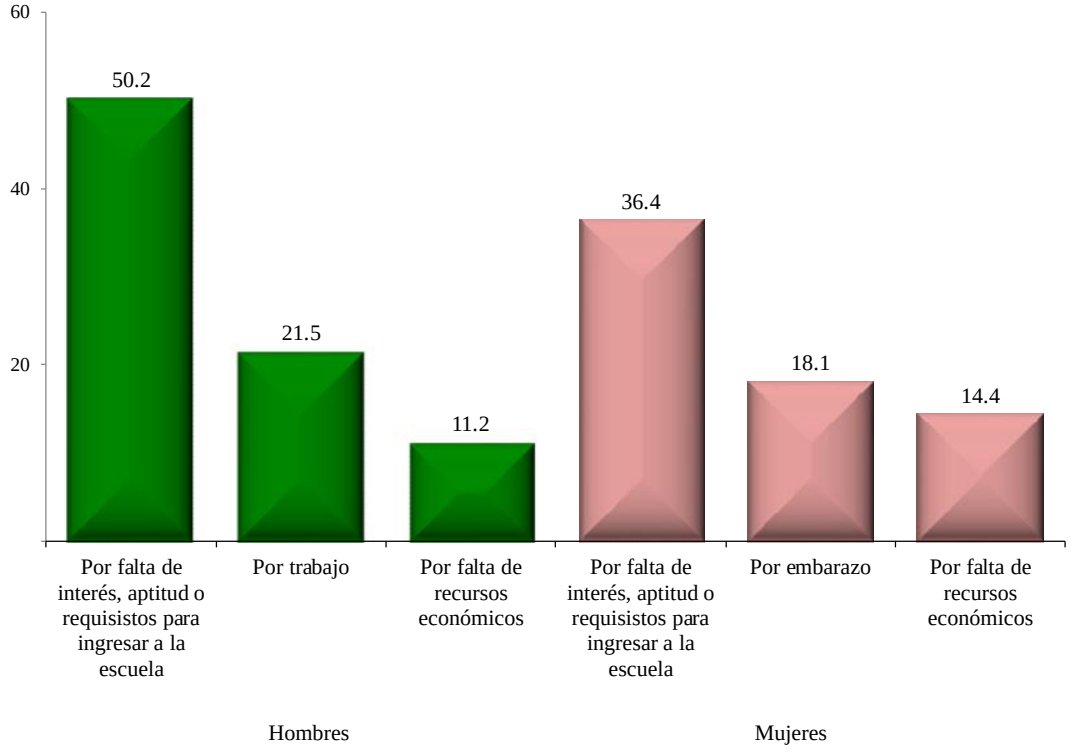
Nota: No se graficó el no especificado.
FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Base de datos.

Las causas por las que la población no asiste a la escuela son complejas y multifactoriales. La información obtenida del Módulo de Trabajo Infantil 2017, indica que la principal razón por la que los niños de 12 a 14 años abandonan la escuela es por falta de interés, aptitud o requisitos para ingresar a la escuela (48.3%) y por la falta de recursos económicos (14.2%).

En los adolescentes de 15 a 17 años, la principal causa de no asistencia sigue siendo la falta de interés, aptitud o requisitos para ingresar a la escuela (43.5%). En segundo lugar, se encuentran aquellos que abandonan sus estudios por trabajar (14.4%), seguidos por aquellos que lo hacen por falta de recursos económicos (12.7%).

Las causantes difieren por sexo; en los varones de 15 a 17 años destaca el trabajo como la segunda causa de abandono escolar (21.5%), mientras que en las mujeres esta posición es ocupada por el embarazo, matrimonio o unión y motivos familiares (18.1%).

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 15 A 17 AÑOS QUE NO ASISTE A LA ESCUELA, POR SEXO, SEGÚN PRINCIPAL RAZÓN DE NO ASISTENCIA
J Trimestre: Octubre-diciembre 2017 J



FUENTE: INEGI. Módulo de Trabajo Infantil 2017. Base de datos.

Tanto para hombres como para mujeres de 15 a 17 años, la falta de recursos económicos está presente entre las tres principales causas de abandono escolar. Por ello resulta pertinente conocer el gasto que realizan los hogares en educación.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016, el gasto promedio trimestral en educación en hogares donde al menos hay una persona de entre 6 y 17 años, es de 4 mil 435.2 pesos[1].

Un factor importante que se relaciona con la decisión de abandonar la escuela es su acceso a ella de acuerdo con su ubicación geográfica, es decir, la lejanía a la misma. Al respecto, la Encuesta Intercensal 2015 ofrece un acercamiento a esta situación: el 2.7% de la población de 6 a 11 años que asiste a la escuela en la misma entidad, tiene que trasladarse a otro municipio para ir al lugar donde estudia.

Este porcentaje aumenta a 4.3% y 11.6% entre la población de 12 a 14 y de 15 a 17 años, respectivamente. Para este último grupo de edad, destaca que 4.1% tarda más de 1 hora y hasta 2 horas para poder llegar a su centro de estudio[2].

[1] Esto incluye gastos en educación básica, media o superior códigos: E001 Preescolar; E002 Primaria; E003 Secundaria; E004 Preparatoria o bachillerato y E007 Educación Técnica. Servicios de educación códigos: E008 Estancias infantiles (excepto preprimaria); E009 Enseñanza adicional; E010 Educación especial para discapacitados; E011 Internados; E012 Cuidado de niños (persona particular) y E013 Transporte escolar. Artículos e imprevistos educativos códigos: E014 Libros para la escuela; E015 Gastos recurrentes en educación, como: credenciales, seguro médico, seguro de vida, cuotas a padres de familia; E016 Pago de imprevistos como: derecho a examen, examen extraordinario, cursos de regularización, titulación, etcétera; E017 Equipo escolar: máquinas de escribir, calculadora, etcétera; E018 Gastos recurrentes en educación técnica: credenciales, seguro médico, seguro de vida, cuotas a padres de familia; E019 Pago de imprevistos para educación técnica, como: derecho a examen, cursos de regularización, etcétera y E020 Material para la educación adicional, libros para colorear E021 Reparación y/o mantenimiento de equipo escolar. Además de otros códigos: H134 Uniformes y prendas de vestir para actividades educativas, artísticas y deportivas y H135 Prendas de vestir para eventos especiales derivados de la educación.

[2] El porcentaje se estima respecto a la población que se traslada para llegar al lugar de estudio.

Analfabetismo

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) argumenta que “el analfabetismo, además de limitar el pleno desarrollo de las personas y su participación en la sociedad, tiene repercusiones durante todo su ciclo vital, afectando el entorno familiar, restringiendo el acceso a los beneficios del desarrollo y obstaculizando el goce de otros derechos humanos” (CEPAL, 2010, p. 5).

Según datos de la Encuesta Intercensal 2015, son analfabetas 19.1% de los adultos mayores de 60 y más años, 4.6% en el caso de los adultos de 30 a 59 años y 1.2% en los jóvenes de 15 a 29 años.

Otros grupos de población vinculados al analfabetismo que no deben perderse de vista son los niños de 8 a 14 años que no cuentan con la aptitud de leer y escribir un recado, así como la población de 15 y más años que cuentan con menos de cuatro años de escolaridad, los cuales son más proclives a desarrollar un analfabetismo funcional.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), “el concepto de analfabetismo ha cambiado mucho durante los últimos años. En 1958, la UNESCO definía como analfabeto al individuo que no consiguiese leer o escribir algo simple. Veinte años después, se adoptó el concepto de analfabeto funcional: una persona que aún sabiendo leer y escribir frases simples no posee las habilidades necesarias para desenvolverse personal y profesionalmente.

Siguiendo las recomendaciones de la UNESCO, en la década de 1990 se comenzaron a divulgar índices de analfabetismo funcional definiendo como analfabetas funcionales a las personas con menos de cuatro años de escolaridad” (SITEAL, 2005, p. 2).

En el país, los datos de la Encuesta Intercensal 2015 indican que el porcentaje de población de 8 a 14 años que no tienen la aptitud de leer y escribir un recado es de 2.3%, mientras la población de 15 años y más que tienen hasta tres grados aprobados de primaria es de 7.3 por ciento.

Movilidad educativa

Un aspecto fundamental de la movilidad social es la educación, por lo que resulta importante conocer la movilidad educativa que se ha dado en la población a nivel generacional. En el Módulo de Movilidad Social Intergeneracional 2016, se compara el nivel de instrucción de la población de 25 a 64 años, respecto al proveedor principal, el cual puede ser su padre, madre, ambos, o cualquier otro familiar o persona.

Conforme a esta fuente de información, en 2016 el promedio de escolaridad de la población de 25 a 64 años es de 9.6 años.

En cuanto al nivel de instrucción, el mayor porcentaje se ubica en aquellos que cuentan con secundaria completa (29.5%). Solo 16.7% tiene media superior y 21% cuenta con estudios superiores.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 25 A 64 AÑOS POR GRUPO DE EDAD SEGÚN NIVEL Y PROMEDIO DE ESCOLARIDAD 2016

Grupos de edad	Total	Nivel de escolaridad							Promedio de escolaridad 4/
		Sin escolaridad 1/	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Media superior 2/	Superior 3/	
Total	**100.0**	**3.3**	**11.3**	**14.6**	**3.6**	**29.5**	**16.7**	**21.0**	**9.6**
25 a 34 años	100.0	1.0	5.2	9.3	3.8	28.7	24.2	27.8	10.9
35 a 44 años	100.0	2.2	8.8	13.1	3.3	36.0	16.1	20.5	9.9
45 a 54 años	100.0	4.3	13.5	18.1	3.7	29.8	13.6	17.0	9.0
55 a 64 años	100.0	8.2	23.7	22.0	3.4	19.0	8.3	15.4	7.7

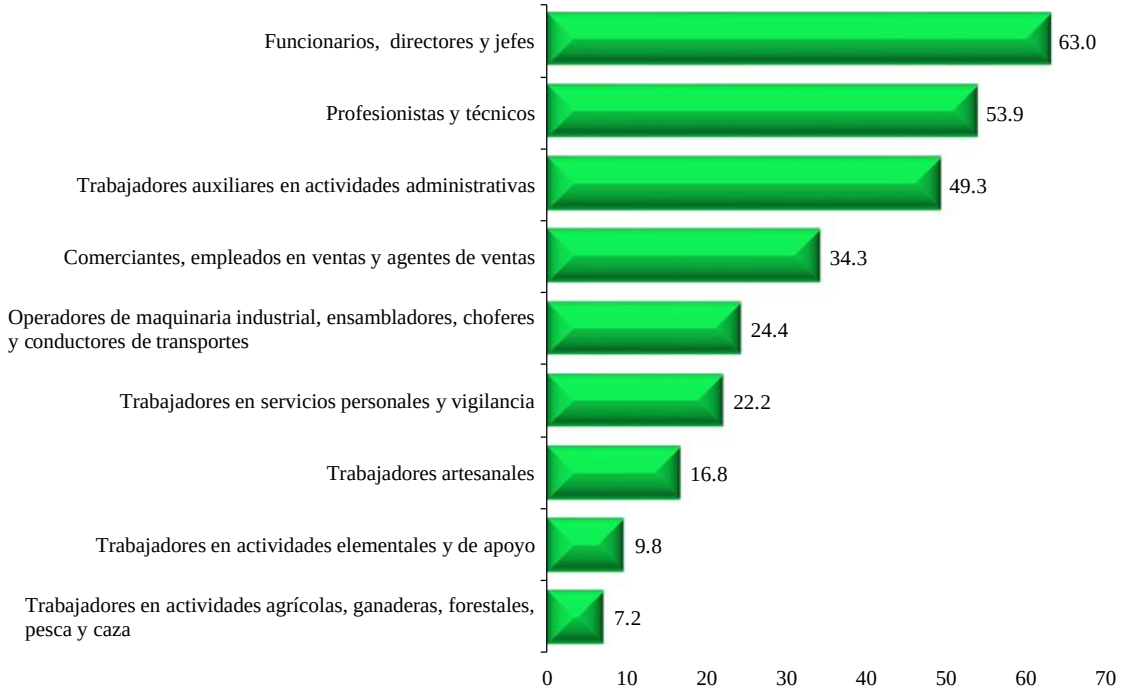
1/ Incluye a la población que nunca asistió a la escuela y a la que solo cursó niveles de educación preescolar.
2/ Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios de preparatoria o bachillerato, normal básica y equivalentes.
3/ Incluye a la población con al menos un grado en estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada y profesional (licenciatura, normal superior o equivalente, maestría y doctorado).
4/ El promedio de escolaridad excluye a la población con grados de escolaridad no especificada.
FUENTE: INEGI. Módulo de Movilidad Social Intergeneracional 2016. Base de datos.

Al comparar la escolaridad con el proveedor principal, se observa que 8.7% de la población de 25 a 64 años tienen estudios inferiores al proveedor principal, 11.7% conservaron el mismo nivel educativo y más de tres cuartas partes (79.6%) lo superaron[3].

[3] No incluye los casos en que el informante se declaró a él mismo como su proveedor principal a los 14 años. También se omiten aquellos en los que no es posible comparar el nivel escolar con el del proveedor principal. En los casos en que se declararon a ambos padres como proveedores principales, se considera al de mayor escolaridad. Incluye a la población que nunca asistió a la escuela y a la que solo cursó niveles de educación preescolar. Incluye a la población con al menos un grado aprobado en estudios de bachillerato, normal básica, o equivalente. Incluye a la población con al menos un grado en estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada y profesional (licenciatura, normal superior o equivalente, maestría y doctorado).

La ocupación del proveedor principal juega un papel primordial en la educación intergeneracional. En este sentido, se observa que 63% de la población de 25 a 64 años cuyo proveedor laboraba como funcionario, director o jefe, declararon tener una instrucción de nivel superior; en contraste, 7.2% cuentan con este nivel educativo y tuvieron como proveedor principal a una persona que se ocupaba en actividades agropecuarias.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 25 A 64 AÑOS CON ESCOLARIDAD A NIVEL SUPERIOR[1/] POR DIVISIÓN PRINCIPAL DE OCUPACIÓN DEL PROVEEDOR PRINCIPAL[2/]
2016



[1/] Incluye a la población con al menos un grado en estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada y profesional (licenciatura, normal superior o equivalente, maestría y doctorado).

[2/] No incluye los casos en que el informante se declaró a él mismo como su proveedor principal a los 14 años y los casos en que no fue posible determinar la condición de ocupación del proveedor principal. En los casos en que se declararon a ambos padres como proveedores principales, se considera la relación con el de mayor escolaridad.

FUENTE: INEGI. Módulo de Movilidad Social Intergeneracional 2016. Base de datos.

La mayor parte de la población de 25 a 64 años declara que su situación socioeconómica mejoró respecto a la familia de origen (56.7%). Por nivel de escolaridad, esta percepción es mayor al 60% en aquellos que terminaron la primaria o secundaria.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 25 A 64 AÑOS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD SEGÚN PERCEPCIÓN DE CAMBIO EN SU SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA ACTUAL RESPECTO A LA DE SU FAMILIA DE ORIGEN
2016

Nivel de escolaridad	Población de 25 a 64 años	Percepción de cambio en su situación socioeconómica		
		Mejor	Igual	Peor
Total	**100.0**	**56.7**	**19.8**	**23.5**
Sin escolaridad 1/	100.0	54.5	29.2	16.3
Primaria incompleta	100.0	58.3	25.0	16.7
Primaria completa	100.0	61.1	19.5	19.4
Secundaria incompleta	100.0	54.2	19.2	26.6
Secundaria completa	100.0	60.3	17.7	22.0
Media superior 2/	100.0	53.1	18.2	28.7
Superior 3/	100.0	51.2	20.0	28.8

Nota: El informante asigna un valor entre 1 y 10, donde 1 representa el nivel socioeconómico más bajo y 10 el más alto. La distribución se clasifica en mejor, igual o peor, dependiendo del valor que asignó el informante en la pregunta 12.1; es decir, que si el valor de la pregunta 12.1 es mayor que en la 12.2, se asigna en mejor, si es menor que en la pregunta 12.2 se asigna en peor, y se asigna igual cuando en las dos preguntas se tenga el mismo valor.

1/ Incluye a la población que nunca asistió a la escuela y a la que solo cursó niveles de educación preescolar.

2/ Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios de preparatoria o bachillerato, normal básica y equivalentes.

3/ Incluye a la población con al menos un grado en estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada y profesional (licenciatura, normal superior o equivalente, maestría y doctorado).

FUENTE: INEGI. Módulo de Movilidad Social Intergeneracional 2016. Base de datos.

Para la UNESCO, la educación es un medio para mejorar el bienestar de vida de la población y un requisito indispensable para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En palabras de este organismo internacional: “se necesitan conocimientos, habilidades, valores y actitudes que empoderen para contribuir con el desarrollo sostenible. Por lo tanto, la educación es crucial para alcanzar este tipo de desarrollo” (UNESCO, 2017, p. 7).

Finalmente, los ODS son un desafío para “la supervivencia de la humanidad; fijan los límites ambientales y los umbrales críticos para el uso de recursos naturales; y reconocen que la erradicación de la pobreza debe ir a la par de estrategias que fomenten el desarrollo económico” (UNESCO, 2017, p. 7).

Fuente de información:
http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/poblacion2018_Nal.pdf

Diseño de una forma más justa de consolidación fiscal (FMI)

El 5 de julio de 2018, el Fondo Monetario Internacional (FMI) publicó la nota "Diseño de una forma más justa de consolidación fiscal". La información se presenta a continuación.

Con la expectativa de que el crecimiento cobre impulso en 2018, es el momento para que los países de América Latina y el Caribe se concentren en recomponer sus colchones fiscales, que en los últimos años se han deteriorado en virtud del fin del superciclo de las materias primas y otros factores que originaron una acentuada caída en los ingresos.

En nuestra última edición de "Perspectivas económicas: Las Américas" se sugiere que ahora es necesaria la consolidación fiscal en la mayoría de los países para contener el crecimiento de la deuda pública. Sin embargo, dado que se espera que en los próximos años la región registre solo modestas tasas de crecimiento, el desafío fundamental será cómo diseñar políticas fiscales de una forma que permita que los países mantengan los recientes avances logrados en cuanto a la igualdad de ingresos.

La región ha logrado, en efecto, significativos progresos en la reducción de la desigualdad de ingresos desde el inicio del milenio, en comparación con la mayor parte de las otras regiones, donde la desigualdad ahora es peor de lo que era en 2000. Estos logros han sido generalizados dentro de la región, pero son más marcados en el caso de los grandes exportadores de materias primas de América del Sur, donde gran parte del mayor progreso se refleja en el aumento de los ingresos de los trabajadores poco calificados, en especial en servicios (FMI, REO 2018).

La política fiscal ha desempeñado un importante papel en la reducción de la desigualdad de ingresos en América Latina y el Caribe, aunque en menor proporción que en las economías más avanzadas. En general, se estima que la política fiscal reduce la desigualdad de ingresos en alrededor de un 15%, en promedio, en los países de la región, puesto que sus herramientas de impuestos y de gastos redistribuyen los ingresos hacia aquellos en peor situación (gráfica *Efectos de las herramientas de política fiscal en la desigualdad*). Si bien esto se compara favorablemente con otros mercados emergentes, gran parte del efecto de la política fiscal en la desigualdad de ingresos de la región se deriva del gasto en salud y educación, en lugar de los instrumentos fiscales tradicionales, como los impuestos o las transferencias.

Nuestros resultados revelan lo siguiente:

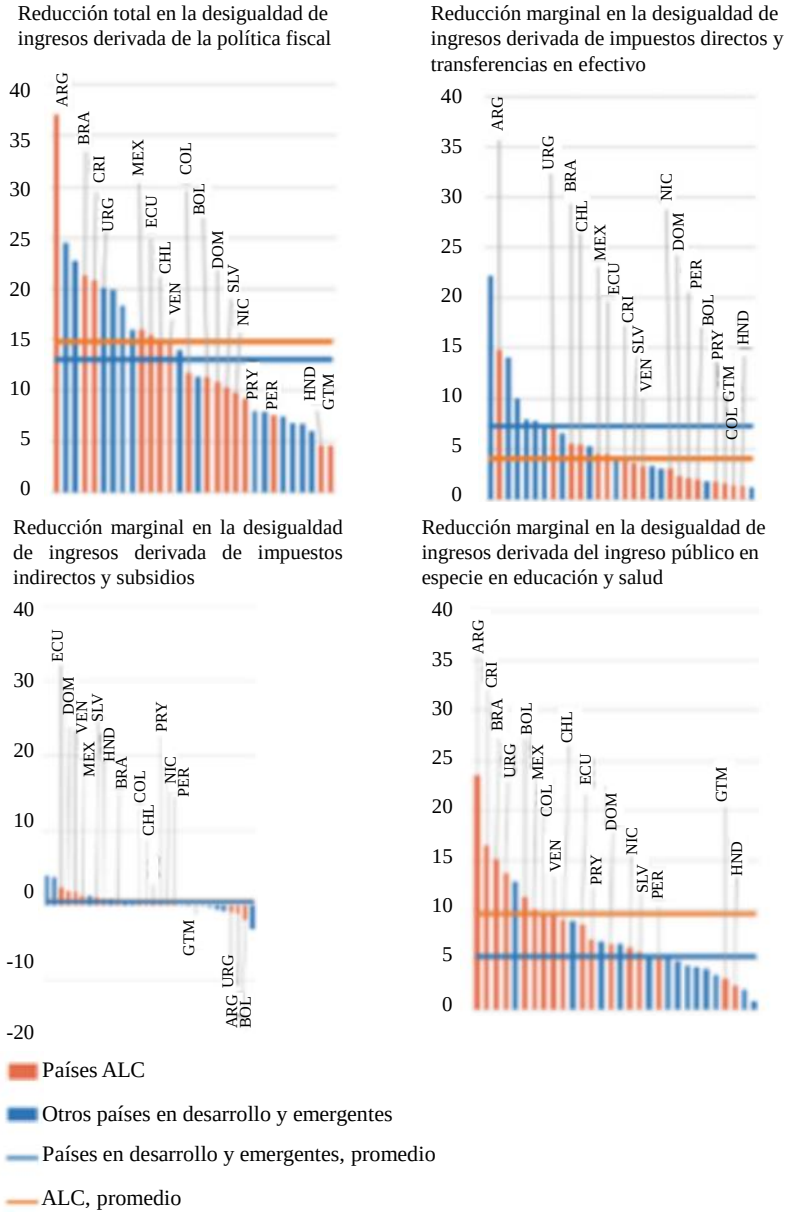
— Los instrumentos fiscales con un efecto directo en los ingresos (impuestos sobre la renta de las personas físicas, transferencias de efectivo, pensiones) tienen un poder redistributivo limitado: reducen la desigualdad de ingresos solo un 4%, en comparación con el 8% en otros mercados emergentes y el 35% en las economías avanzadas.

— Los instrumentos fiscales con un efecto indirecto en los ingresos (impuestos a los bienes y servicios, y transferencias indirectas como subsidios de precios o exenciones tributarias) prácticamente no tienen poder redistributivo en América Latina y el Caribe. En muchos de los países de la región, estas políticas fiscales en realidad son regresivas, puesto que consisten en subsidios de precios específicos en sectores como la energía, que benefician desproporcionadamente a los grupos de ingresos más altos.

— El gasto público en educación y atención de salud está reduciendo la desigualdad de ingresos en la región más que los impuestos y las transferencias. Este gasto beneficia proporcionalmente más a los pobres que a aquellos que se encuentran en mejor situación y reduce la desigualdad de ingresos alrededor de un 10%, cerca del doble que en otros mercados emergentes. Ahora bien, esto se debe a los resultados particularmente sólidos en algunos países como Argentina, Costa Rica, Brasil y Uruguay, donde este tipo de gasto social ha resultado ser especialmente progresivo.

EFECTO DE LAS HERRAMIENTAS DE POLÍTICA FISCAL EN LA DESIGUALDAD

La política fiscal ha contribuido a reducir la desigualdad de ingresos en América Latina y el Caribe, pero cada herramienta tiene efectos diferentes.



Nota: La reducción total en la desigualdad (gráfica de la izquierda) es la variación porcentual entre la desigualdad de ingresos medida según los ingresos de mercado y los ingresos finales, la diferencia entre ambos explicada por el efecto en los ingresos de I) impuestos directos y transferencias, II) impuestos indirectos y transferencias, así como III) el gasto en educación y salud. Las tres gráficas restantes muestran la contribución secuencial de cada una de las tres herramientas de política a esta reducción total.

FUENTE: Preparado sobre la base de datos de *Lusting*, 2018. *Commitment to Equity Handbook* (http://commitmentoequity.org/). "*Estimating the impact of fiscal policy on inequality and poverty*". Los datos de los ingresos de mercado incluyen pensiones.

Por qué América Latina es diferente

¿Por qué los sistemas tributarios y las principales redes de seguridad de la región son menos eficaces para atenuar la desigualdad de ingresos que sistemas similares en otros lugares? Uno de los motivos es que su poder redistributivo no solo refleja la progresividad de los instrumentos fiscales sino también su magnitud.

Por ejemplo, los ingresos provenientes de los impuestos sobre la renta de las personas físicas, que tienden a ser más progresivos que otros tipos de impuestos (FMI 2014), son menores en América Latina y el Caribe en comparación con otras regiones. Esto se debe a que las tasas de los impuestos sobre la renta de las personas físicas relativamente altas de la región, efectivamente, se ven debilitadas por importantes incentivos y exenciones de impuestos, así como por la economía informal, todos los cuales reducen las bases tributarias.

Además de la composición de los impuestos, el gasto fuertemente progresivo en salud y educación en algunos países se está volviendo menos eficaz debido a la magnitud relativamente limitada de dicho gasto.

Por último, la gran proporción de gasto no discrecional en algunos países (por ejemplo, en pagos de intereses) también limita el poder redistributivo de la política fiscal de la región, al reducir el alcance del gasto social.

Diseño del ajuste fiscal en la región

Entonces, ¿cuál es la composición adecuada del ajuste fiscal para favorecer el crecimiento y los objetivos sociales en América Latina y el Caribe? El personal técnico del FMI ha estado estudiando este asunto de manera intensiva (FMI 2017). Los resultados de sus análisis han permitido profundizar e informar las consultas del Artículo IV y las recomendaciones de política económica en países como la República

Dominicana, Guatemala, Honduras y Bolivia. Si bien no existe una estrategia única, los siguientes resultados se aplican a la mayor parte de los casos:

— Al concentrar los esfuerzos de movilización de ingresos en aumentar la progresividad de los impuestos, reduciendo las exenciones de impuestos, evitando los tratamientos preferenciales y combatiendo la evasión y la elusión de impuestos, en especial en el caso de los hogares de ingresos más altos, se mejorará el poder redistributivo de las políticas fiscales.

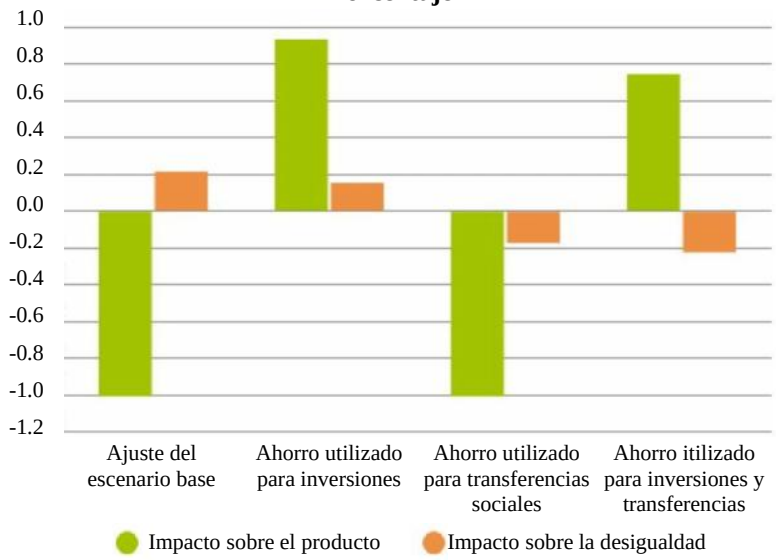
— El aumento de la dependencia de los impuestos directos, que son progresivos, en algunos casos mediante una disminución de los umbrales con el fin de que más hogares de altos ingresos queden sujetos a impuestos, podría ampliar la base tributaria con costos distributivos reducidos.

— El efecto económico de las medidas de ajuste depende no solo de los instrumentos específicos que se utilicen, sino también de la manera en que los países usen los ahorros en tasas de interés derivados del ajuste. El gasto de inversión es un instrumento eficiente para lograr un repunte significativo en el crecimiento, pero es posible que no contribuya en forma importante a una mejor redistribución del ingreso. Por otra parte, las transferencias sociales podrían contribuir menos al mejoramiento de los resultados de crecimiento, pero son muy eficaces para reducir la desigualdad. Por lo tanto, un paquete general que combine aumentos en la infraestructura y transferencias sociales podría resultar óptimo para garantizar un crecimiento y efectos sociales beneficiosos en el mediano plazo (la gráfica *Efecto de la consolidación fiscal en el crecimiento y la desigualdad* muestra dichos efectos).

EFECTO DE LA CONSOLIDACIÓN FISCAL EN EL CRECIMIENTO Y LA DESIGUALDAD

El efecto económico de las medidas de ajuste depende no solo de los instrumentos específicos que se utilicen, sino también de la manera en que los países usen los ahorros en tasas de interés derivados del ajuste.

-Porcentaje-



1/ Basado en simulaciones del modelo en Peralta-Alva et al., en el cual el ajuste de referencia aumenta un 2% del PIB en ingresos mediante la aplicación de la base (1.5% del PIB derivado del impuesto al valor agregado, 0.25% del impuesto sobre la renta de las sociedades, 0.25% del impuesto sobre la renta de las personas físicas). Modelo calibrado para la República Dominicana.

FUENTE: Cálculos del personal técnico del FMI.

Fuente de información:
https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=9535&utm_medium=email&utm_source=govdelivery

Análisis Mensual de las Líneas de Bienestar (CONEVAL)

El 11 de julio de 2018, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) presentó los valores de las líneas de bienestar, correspondientes a junio de 2018.

La medición de pobreza utiliza dos líneas de ingreso: la línea de bienestar mínimo, que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes; y la línea de bienestar, que equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes. En esta sección se muestra la evolución mensual, a partir de junio de 2006, del valor de la canasta alimentaria (línea de bienestar mínimo) y de la línea de bienestar que emplea el CONEVAL para la medición de la pobreza. También se muestra el contenido de los bienes y servicios que conforman la canasta alimentaria y no alimentaria, así como el valor de cada uno de los productos de la canasta elaborada por el CONEVAL. Para actualizar el valor de las líneas de bienestar y de bienestar mínimo, el CONEVAL utiliza el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC)[4] publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

[4] Ver CONEVAL Nota Técnica denominada "Cambio de base del Índice Nacional de Precios al Consumidor y sus efectos en la medición de la pobreza". http://internet.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza%202010/Lineas%20de%20bienestar%20y%20canasta%20basica/Nota%20tecnica%20-%20Cambio%20de%20base%20INPC.pdf

Evolución de la Línea de Bienestar Mínimo[5]

El CONEVAL dio a conocer, a través del valor de la línea de bienestar mínimo, la cantidad monetaria mensual que necesita una persona para adquirir la canasta básica alimentaria, en este sentido, en junio de 2018, fue de un mil 43.58 pesos, en las zonas rurales, y un mil 476.96 pesos, en las ciudades.

EVOLUCIÓN DE LAS LÍNEAS DE BIENESTAR MÍNIMO EN MÉXICO*
Canasta Básica Alimentaria

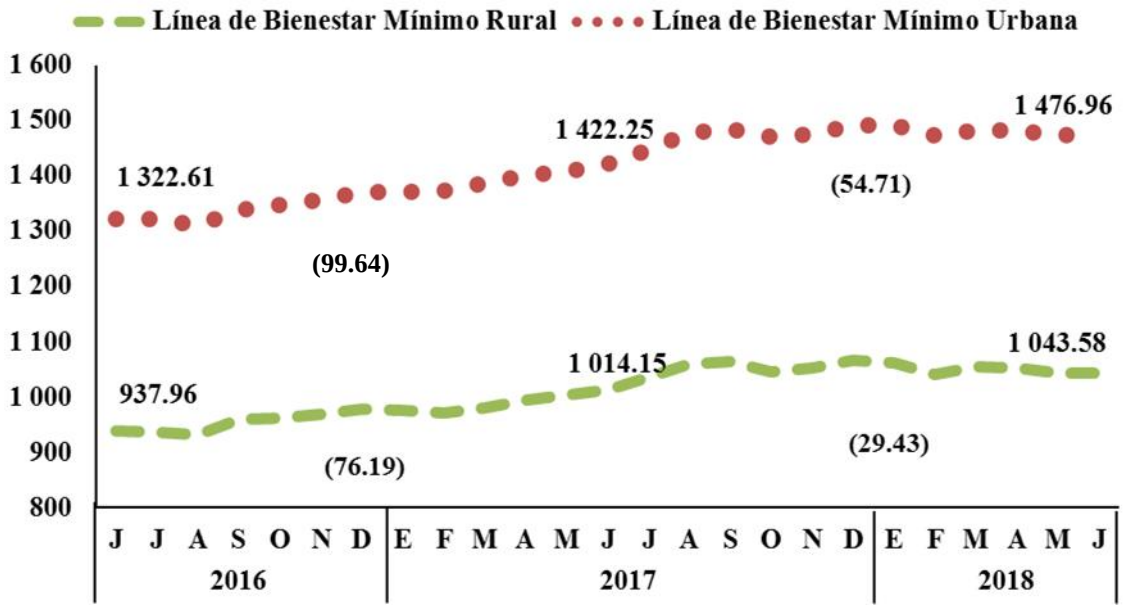
Junio	Rural		Urbano		INPC 1/
	Pesos	Variación interanual %	Pesos	Variación interanual %	Por ciento
2006	515.19	0.19	747.21	1.41	3.18
2007	550.69	6.89	791.09	5.87	3.98
2008	602.39	9.39	860.52	8.78	5.26
2009	673.25	11.76	951.45	10.57	5.74
2010	677.48	0.63	969.96	1.94	3.69
2011	701.05	3.48	1 006.53	3.77	3.28
2012	782.89	11.67	1 101.45	9.43	4.34
2013	832.29	6.31	1 172.89	6.49	4.09
2014	853.60	2.56	1 225.16	4.46	3.75
2015	898.78	5.29	1 267.68	3.47	2.87
2016	937.96	4.36	1 322.61	4.33	2.54
2017	1 014.15	8.12	1 422.25	7.53	6.31
2018	1 043.58	2.90	1 476.96	3.85	4.65

1/ Con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
* Valores mensuales per cápita a precios corrientes.
FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el CONEVAL e INEGI.

[5] El CONEVAL define a la línea de bienestar mínimo, como el valor de la canasta alimentaria por persona al mes. Valores que ayudan a medir el nivel de pobreza. Para actualizar el valor de las líneas de bienestar y de bienestar mínimo, el CONEVAL utiliza el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) publicado por el INEGI. Ver nota técnica:
http://internet.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza%202010/Lineas%20de%20bienestar%20y%20canasta%20basica/Nota%20tecnica%20-%20Cambio%20de%20base%20INPC.pdf

La línea de bienestar mínimo rural, tras presentar una tendencia a la alza en los últimos dos años, durante el sexto mes de 2018 se ubicó 29.43 pesos por arriba de la presentada el mismo mes del año anterior, mientras que el incremento de 2016 a 2017 del mismo período fue de 76.19 pesos. Por su parte, la diferencia entre los valores de la línea de bienestar mínimo urbana registrada en junio de 2017 y junio de 2018 se ubicó en 54.71 pesos, menor en 44.93 pesos, que la observada en el mismo período un año antes (99.64 pesos).

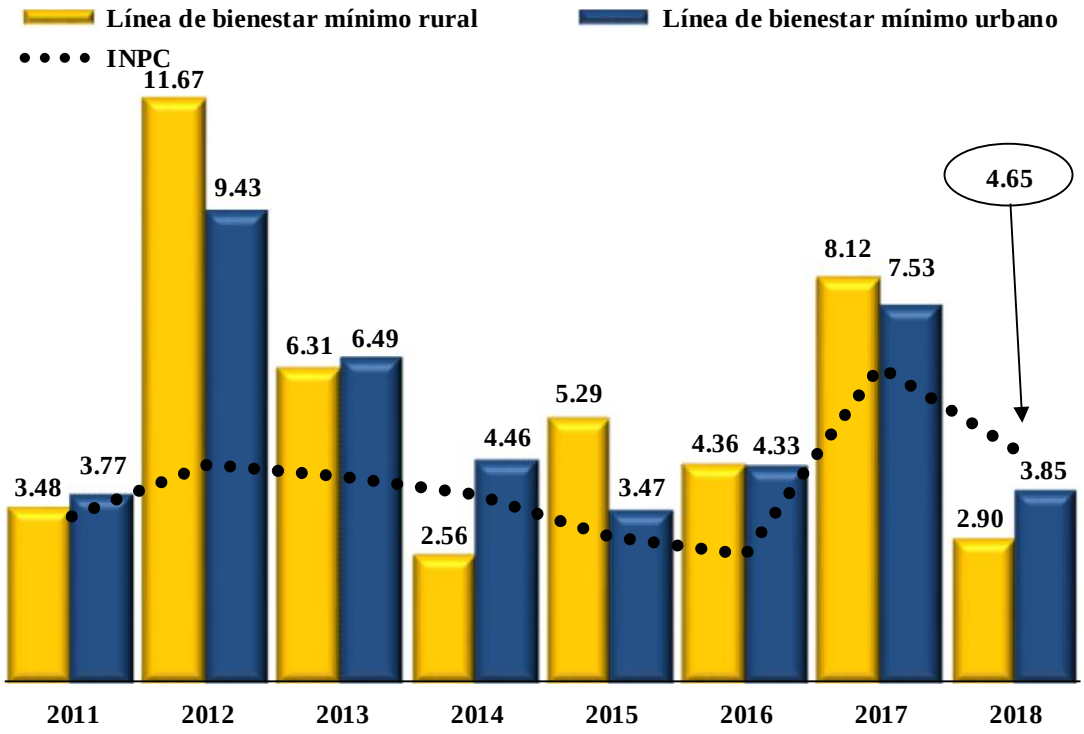
EVOLUCIÓN DE LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO
- Pesos -



FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios, con base en información proporcionada por el CONEVAL e INEGI.

A diferencia de junio de 2017, el valor del INPC general (4.65%) se ubicó por arriba de la variación de la Canasta Básica Alimentaria en el ámbito urbano (3.85%) y también en el ámbito rural (2.90%) registradas en junio de 2018.

EVOLUCIÓN DE LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO Y EL INPC NACIONAL [1/]
- Variación interanual, por ciento -
- Junio -



[1/] Con información del INPC, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el CONEVAL e INEGI.

Evolución de la Línea de Bienestar

En junio de 2018, la canasta básica alimentaria y no alimentaria (línea de bienestar) ubicó su valor monetario en un mil 908.14 pesos en el ámbito rural, con una variación interanual de 3.93%; en tanto que, para el área urbana fue de 2 mil 958.36 pesos, equivalente también a 4.38 por ciento.

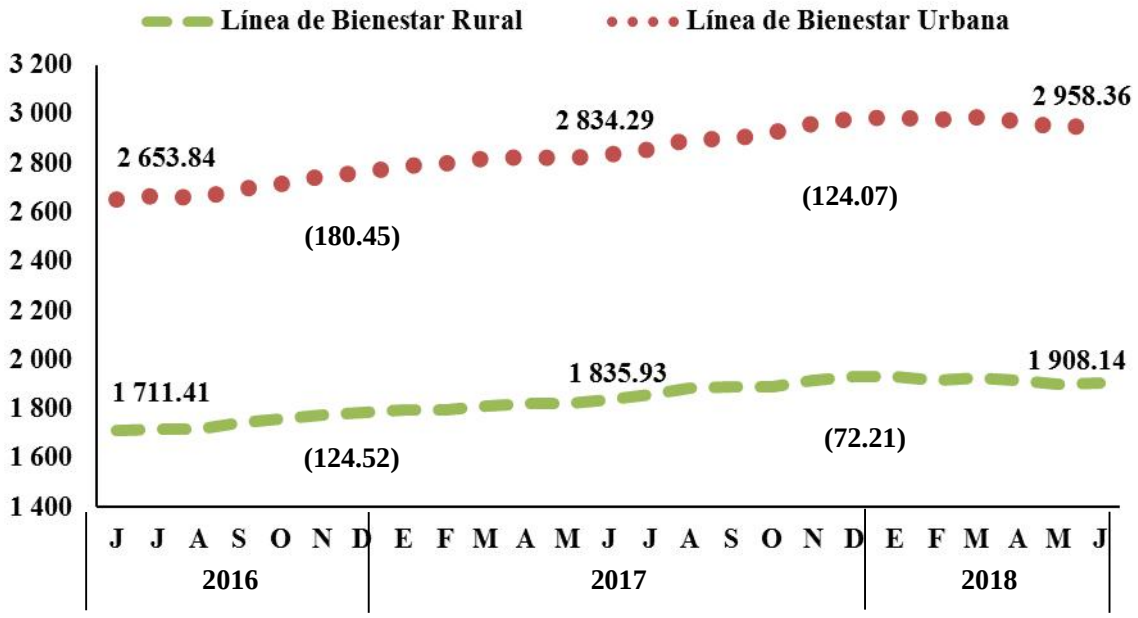
EVOLUCIÓN DE LAS LÍNEAS DE BIENESTAR EN MÉXICO*
Canasta Básica Alimentaria más No Alimentaria

Junio	Rural		Urbano		INPC [1/]
	Pesos	Variación interanual %	Pesos	Variación interanual %	Por ciento
2006	1 057.07	1.82	1 717.93	2.48	3.18
2007	1 108.77	4.89	1 788.82	4.13	3.98
2008	1 184.27	6.81	1 896.30	6.01	5.26
2009	1 284.77	8.49	2 032.41	7.18	5.74
2010	1 320.97	2.82	2 106.50	3.65	3.69
2011	1 362.38	3.13	2 167.90	2.91	3.28
2012	1 467.33	7.70	2 296.75	5.94	4.34
2013	1 540.01	4.95	2 403.89	4.67	4.09
2014	1 596.40	3.66	2 518.53	4.77	3.75
2015	1 658.58	3.90	2 581.46	2.50	2.87
2016	1 711.41	3.19	2 653.84	2.80	2.54
2017	1 835.93	7.28	2 834.29	6.80	6.31
2018	1 908.14	3.93	2 958.36	4.38	4.65

[1/] Con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
* Valores mensuales per cápita a precios corrientes.
FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el CONEVAL e INEGI.

La línea de bienestar urbana registrada de junio de 2017 al mismo mes de 2018 presentó una diferencia de 124.07 pesos, inferior en 56.38 pesos, en comparación con la observada entre junio de 2016 y junio de 2017, la cual fue de 180.45 pesos. Por su parte, la línea de bienestar rural para el período junio de 2017 a junio de 2018 se ubicó 52.31 pesos por debajo en el mismo lapso de comparación de un año antes, al pasar de 124.52 a 72.21 pesos.

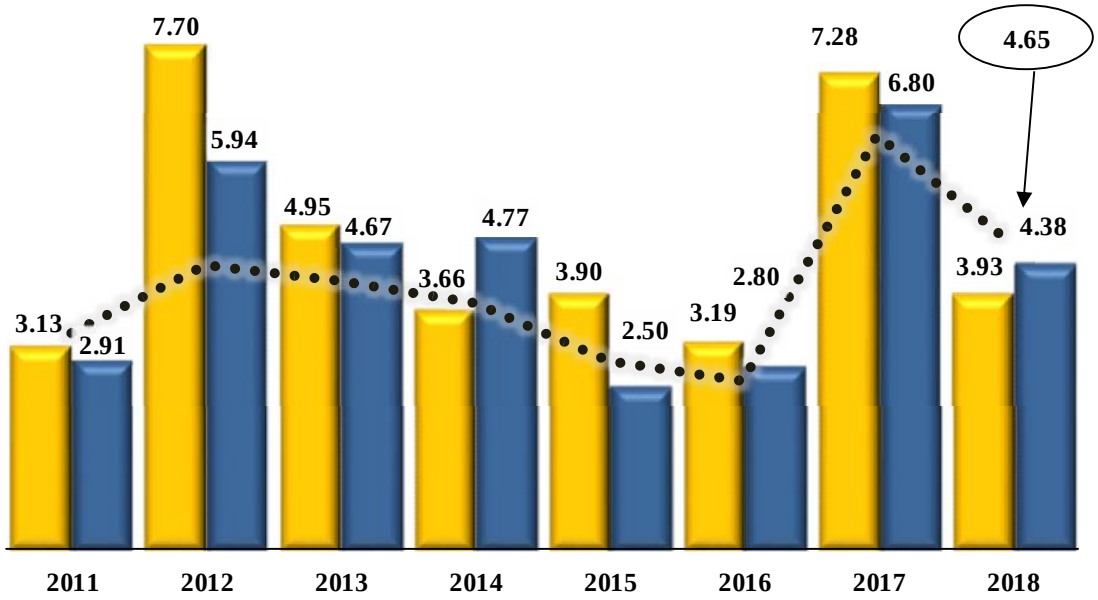
EVOLUCIÓN DE LA LÍNEA DE BIENESTAR
- Pesos -



FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el CONEVAL e INEGI.

De junio de 2017 a junio de 2018, el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) registró una variación de 4.65%, cifra que se encuentra por encima de la variación anual de la línea de bienestar rural (3.93%) y de la variación anual de la línea de bienestar urbana (4.38%).

EVOLUCIÓN DE LA LÍNEA DE BIENESTAR * Y EL INPC NACIONAL [1/]
Canasta Básica Alimentaria más No Alimentaria
- Variación respecto al mismo mes del año anterior, por ciento -
- Junio -



[1/] Con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
* Valores mensuales per cápita a precios corrientes.
FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el CONEVAL e INEGI.

Canasta Básica Alimentaria Rural

De junio de 2017 a junio de 2018, la inflación anual de la Canasta Básica Alimentaria Rural[6] presentó una variación de 2.90%, lo cual es resultado principalmente del incremento de precios en los productos como: papa (63.98%), naranja (46.23%) y pollo entero o en piezas (7.69%).

CANASTA BÁSICA ALIMENTARIA RURAL

Grupo	Nombre	Consumo (gr/ml x día) Constante	Precio x kg/L	Costo por persona		Variación interanual % 2017 – 2018
			Junio			
			2018	2017	2018	
Canasta Básica Alimentaria Rural		**1 354.30**		**1 014.15**	**1 043.58**	**2.90**
Tubérculos crudos o frescos	Papa	32.68	22.40	13.38	21.94	63.98
Frutas frescas	Naranja	24.84	13.50	6.90	10.09	46.23
Carne de pollo	Pollo entero o en piezas	32.46	59.10	53.44	57.55	7.69
Carne de pollo	Pierna, muslo y pechuga con hueso	27.89	59.20	46.08	49.49	7.40
Huevos	De gallina	29.60	30.80	25.48	27.31	7.18
Frutas frescas	Manzana y perón	25.82	24.20	17.53	18.76	7.02
Bebidas no alcohólicas	Refrescos de cola y de sabores	106.16	14.40	43.04	45.79	6.39
Trigo	Pasta para sopa	7.83	31.90	7.05	7.50	6.38
Trigo	Pan de dulce	18.03	48.60	24.72	26.26	6.23
Verduras y legumbres frescas	Cebolla	39.43	17.00	18.91	20.07	6.13
Otros	Alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar	N.D	1.80	166.32	176.25	5.97
Otros	Otros alimentos preparados	N.D	1.80	33.02	34.99	5.97
Pescados frescos	Pescado entero	6.28	53.90	9.61	10.17	5.83
Aceites	Aceite vegetal	17.56	26.70	13.41	14.08	5.00
Alimentos preparados para consumir en casa	Pollo rostizado	3.46	77.90	7.73	8.10	4.79
Frutas frescas	Plátano tabasco	32.46	13.80	12.86	13.47	4.74
Trigo	Galletas dulces	3.09	57.90	5.13	5.37	4.68
Arroz	Arroz en grano	13.97	18.00	7.25	7.56	4.28
Leche	Leche bronca	36.99	9.00	9.59	9.97	3.96
Leche	De vaca, pasteurizada, entera, light	118.95	16.70	57.35	59.60	3.92
Maíz	Tortilla de maíz	217.87	15.60	98.31	101.75	3.50
Frutas frescas	Limón	22.44	19.10	12.45	12.87	3.37
Carne de res y ternera	Molida	13.62	108.40	42.90	44.27	3.19
Bebidas no alcohólicas	Agua embotellada	241.82	1.30	8.92	9.20	3.14
Quesos	Fresco	4.97	77.80	11.28	11.60	2.84
Azúcar y mieles	Azúcar	19.97	24.00	14.09	14.39	2.13
Maíz	Maíz en grano	70.18	5.90	12.24	12.50	2.12
Carne de res y ternera	Cocido o retazo con hueso	14.81	91.50	39.83	40.65	2.06
Carne de res y ternera	Bistec: aguayón, cuete, paloma, pierna	18.52	128.50	70.17	71.38	1.72
Trigo	Pan blanco	11.21	29.30	9.71	9.86	1.54
Leguminosas	Frijol	63.73	23.50	49.21	45.01	-8.53
Verduras y legumbres frescas	Chile*	10.51	34.50	12.93	10.87	-15.93
Verduras y legumbres frescas	Jitomate	67.10	17.40	53.30	34.93	-34.47

* Precio promedio de chiles jalapeño, poblano, serrano y otros chiles.
N.D.: No disponible. L: litros, kg: kilogramos, gr: gramos, ml: mililitro.
FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

[6] El CONEVAL clasifica los alimentos en 46 rubros y obtiene el porcentaje de la frecuencia de consumo por rubros y el gasto en alimentos. Con base en lo anterior, selecciona aquellos productos que cumplen los siguientes criterios: que el porcentaje de la frecuencia de consumo de alimentos con respecto a su rubro sea junior de 10% y que el porcentaje de gasto de cada alimento con respecto al total sea junior de 0.5 por ciento.

Canasta Básica Alimentaria Urbana

En junio de 2018, la Canasta Básica Alimentaria Urbana registró una inflación anual de 3.85%. La cual se explicó, principalmente, por la evolución de precios observada en los productos como: papa (63.91%), naranja (46.24%) y pollo entero o en piezas (7.70%).

CANASTA BÁSICA ALIMENTARIA URBANA

Grupo	Nombre	Consumo (gr/ml x día) Constante	Precio x kg/L	Costo por persona		Variación interanual % 2017 – 2018
			Junio			
			2018	2017	2018	
Canasta Básica Alimentaria Urbana		**1 592.50**		**1 422.25**	**1 476.96**	**3.85**
Tubérculos crudos o frescos	Papa	44.64	21.90	17.87	29.29	63.91
Frutas frescas	Naranja	28.64	13.40	7.85	11.48	46.24
Carne de pollo	Pollo entero o en piezas	17.07	57.90	27.52	29.64	7.70
Carne de pollo	Pierna, muslo y pechuga con hueso	15.76	61.70	27.14	29.14	7.37
Carne de pollo	Pierna, muslo y pechuga sin hueso	4.54	85.40	10.83	11.62	7.29
Huevos	De gallina	33.36	28.50	26.62	28.53	7.18
Frutas frescas	Manzana y perón	29.86	27.80	23.28	24.91	7.00
Trigo	Pan para sándwich, hamburguesas	5.57	54.40	8.51	9.10	6.93
Trigo	Pasta para sopa	5.65	32.00	5.10	5.43	6.47
Bebidas no alcohólicas	Refrescos de cola y de sabores	168.99	13.40	63.81	67.88	6.38
Trigo	Pan de dulce	34.14	61.30	59.09	62.76	6.21
Verduras y legumbres frescas	Cebolla	42.30	16.40	19.66	20.87	6.15
Otros	Alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar	N.D.	1.80	400.17	424.08	5.97
Otros	Otros alimentos preparados	N.D.	1.80	76.44	81.00	5.97
Pescados frescos	Pescado entero	3.41	70.00	6.78	7.17	5.75
Aceites	Aceite vegetal	10.89	26.90	8.35	8.77	5.03
Frutas frescas	Plátano tabasco	34.65	14.30	14.19	14.87	4.79
Alimentos preparados para consumir en casa	Pollo rostizado	8.66	88.20	21.89	22.91	4.66
Carnes procesadas	Jamón	4.10	94.10	11.07	11.57	4.52
Arroz	Arroz en grano	9.23	20.20	5.38	5.61	4.28
Leche	De vaca, pasteurizada, entera, light	203.85	16.30	95.94	99.71	3.93
Maíz	Tortilla de maíz	155.40	15.80	71.18	73.68	3.51
Frutas frescas	Limón	25.99	17.40	13.16	13.60	3.34
Carne de res y ternera	Molida	13.90	114.40	46.22	47.69	3.18
Bebidas no alcohólicas	Agua embotellada	411.46	1.50	17.89	18.45	3.13
Otros cereales	Cereal de maíz, de trigo, de arroz, de avena	3.63	66.90	7.07	7.28	2.97
Quesos	Fresco	4.84	77.70	10.98	11.29	2.82
Carnes procesadas	Chorizo y longaniza	3.13	93.30	8.52	8.75	2.70
Bebidas no alcohólicas	Jugos y néctares envasados	56.06	18.30	29.98	30.70	2.40
Azúcar y mieles	Azúcar	15.05	24.60	10.89	11.12	2.11
Carne de res y ternera	Bistec: aguayón, cuete, paloma, pierna	21.08	135.80	84.41	85.88	1.74
Trigo	Pan blanco	25.99	31.20	23.98	24.35	1.54
Otros derivados de la leche	Yogur	6.67	36.40	7.21	7.29	1.11
Carne de cerdo	Costilla y chuleta	20.28	78.10	47.36	47.55	0.40
Leguminosas	Frijol	50.55	26.40	43.71	39.98	-8.53
Verduras y legumbres frescas	Chile*	10.17	33.90	12.39	10.36	-16.38
Verduras y legumbres frescas	Jitomate	62.99	17.30	49.82	32.65	-34.46

* Precio promedio de chiles jalapeño, poblano, serrano y otros chiles.
N.D.: No disponible. L: litros, kg: kilogramos, gr: gramos, ml: mililitro.
FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Canasta Básica Alimentaria y No Alimentaria Rural

De junio de 2017 a junio de 2018, el precio de los grupos de la Canasta Básica No Alimentaria Rural se ubicó en 5.21%. Este comportamiento se debió, en buena medida, a los precios de vivienda y servicios de conservación (12.10%); limpieza y cuidados de la casa (5.54%); y cuidados de la salud (5.38%). Por el contrario, artículos de esparcimiento (-3.66%); comunicaciones y servicios para vehículos (-0.41%); y enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda (-0.07%) presentaron las únicas variaciones negativas del período. En cuanto al nivel de la canasta básica alimentaria y no alimentaria (Línea de Bienestar Rural) registró una variación anual de 3.93%, inferior a la de la línea de Bienestar Urbana (4.38%) en 0.45 puntos porcentuales.

COSTO MENSUAL DE LA CANASTA BÁSICA ALIMENTARIA Y NO ALIMENTARIA RURAL
- Pesos -

Grupo	Junio		Variación Interanual % 2017-2018
	2017	2018	
Línea de Bienestar Rural	**1 835.93**	**1 908.14**	**3.93**
Canasta Básica Alimentaria Rural	1 014.15	1 043.58	2.90
Canasta Básica No Alimentaria Rural	821.78	864.57	5.21
Vivienda y servicios de conservación	105.75	118.55	12.10
Limpieza y cuidados de la casa	70.27	74.16	5.54
Cuidados de la salud	128.42	135.33	5.38
Cuidados personales	87.61	92.06	5.08
Educación, cultura y recreación	106.46	111.55	4.78
Cristalería, blancos y utensilios domésticos	16.06	16.69	3.92
Otros gastos	14.79	15.37	3.92
Transporte público	144.88	150.45	3.84
Prendas de vestir, calzado y accesorios	116.56	119.57	2.58
Enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda	14.40	14.39	-0.07
Comunicaciones y servicios para vehículos	14.66	14.60	-0.41
Artículos de esparcimiento	1.91	1.84	-3.66

FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Canasta Básica Alimentaria y No Alimentaria Urbana

En conjunto, el total de los grupos de la Canasta Básica Alimentaria y No Alimentaria (Línea de Bienestar Urbana) registró un crecimiento anual de 4.38%. En particular, la inflación anual de los grupos de la Canasta Básica No Alimentaria Urbana se ubicó en 4.91%, de junio de 2017 a junio de 2018, como resultado de los precios en: vivienda y servicios de conservación (11.43%); limpieza y cuidados de la casa (5.41%); y cuidados de la salud (5.22%). Por el contrario, los conceptos que mostraron las variaciones negativas fueron: artículos de esparcimiento (-3.65%); comunicaciones y servicios para vehículos (-0.35%); y enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda (-0.25%).

COSTO MENSUAL DE LA CANASTA BÁSICA ALIMENTARIA Y NO ALIMENTARIA URBANA
- Pesos -

Grupo	Junio		Variación Interanual % 2017-2018
	2017	2018	
Línea de Bienestar Urbana	**2 834.29**	**2 958.36**	**4.38**
Canasta Básica Alimentaria Urbana	1 422.25	1 476.96	3.85
Canasta Básica No Alimentaria Urbana	1 412.03	1 481.40	4.91
Vivienda y servicios de conservación	185.03	206.18	11.43
Limpieza y cuidados de la casa	77.08	81.25	5.41
Cuidados de la salud	187.20	196.97	5.22
Cuidados personales	137.59	144.29	4.87
Educación, cultura y recreación	279.00	292.05	4.68
Otros gastos	25.52	26.64	4.39
Cristalería, blancos y utensilios domésticos	20.84	21.66	3.93
Transporte público	236.46	244.93	3.58
Prendas de vestir, calzado y accesorios	178.56	183.14	2.56
Enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda	24.26	24.20	-0.25
Comunicaciones y servicios para vehículos	55.01	54.82	-0.35
Artículos de esparcimiento	5.48	5.28	-3.65

FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con base en información proporcionada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Fuente de información:
http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx

Evaluación Estratégica de Protección Social en México, segunda edición (CONEVAL)

El 7 de junio de 2018, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) publicó la Evaluación Estratégica de Protección Social en México, segunda edición. A continuación se incluye el contenido.

Prólogo

En 2012, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) publicó la Evaluación Estratégica de Protección Social, en la cual presenta un análisis profundo sobre las características de la protección social, su relación con los derechos sociales, su cobertura, alcance, así como los programas de desarrollo social que atienden esta problemática. Dicha evaluación incluyó un diagnóstico de los principales riesgos existentes en el ciclo de vida, asociados a la protección social. El análisis derivó en recomendaciones para la creación de un sistema de protección social universal que garantice la cobertura y calidad requerida, así como el ejercicio efectivo de los derechos sociales incluyendo a todos los grupos de población.

Dada la relevancia y la persistencia del problema que subyace en la protección social (en el período de 2008 a 2016, la carencia por acceso a la seguridad social ha presentado el mayor porcentaje de personas), el CONEVAL decidió retomar este análisis con la intención de que los actores políticos más importantes tengan información sobre el problema y la urgencia de su atención, ante el cambio en el gobierno federal, algunos gobiernos estatales, así como en el Congreso, que experimentará el país en este 2018.

Esta edición conserva la estructura y la mayoría de los indicadores presentados en 2012, pero con la información más actualizada disponible, con excepción de aquellos indicadores con información desagregada a nivel localidad dado que la fuente más

actual y completa para este análisis sigue siendo el Censo de Población y Vivienda de 2010.

De modo que, en esta versión renovada de la Evaluación Estratégica de Protección Social, el CONEVAL actualizó el análisis para conocer los avances y los retos pendientes en torno a la protección social y encontró que ésta se mantiene fragmentada y es desigual en el nivel de acceso y calidad de los beneficios que brindan los programas que la conforman, por lo que es necesario continuar analizando la implementación de un esquema de protección social universal que ayude a reducir las brechas más urgentes y promueva una mayor igualdad a los accesos básicos para toda la población.

Con esta segunda edición el CONEVAL busca fortalecer la discusión en torno a una de las problemáticas más complejas que afectan a las y los mexicanos.

Introducción

La protección social en México tiene como antecedente el establecimiento de la seguridad social en 1943. En su origen, se asumió ésta como un mecanismo que "proteja a todos los mexicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez, para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir"[7]. Así, la protección ante estos riesgos se basó en el acceso a la seguridad social de las y los trabajadores y, por extensión, de sus familias.

La seguridad social para las y los trabajadores de los sectores público y privado, así como para las fuerzas armadas, se incluyó en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), el cual establece que "es de

[7] Discurso del General Manuel Ávila Camacho en su protesta como Presidente de México ante el Congreso de la Unión, 1º de diciembre de 1940 (Arce Cano, 1944, pp. 35-36).

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" (CPEUM, art.123, apartado A, fracción XXIX).

Por su parte, el artículo 2° de la Ley del Seguro Social promulgada en 1943 disponía 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".

Siete décadas después, ésta sigue siendo la finalidad de la seguridad social en el país; no obstante, la dinámica demográfica, en particular el incremento de la esperanza de vida al nacer[8], fue uno de los factores que motivó una de las reformas más importantes de la seguridad social en México, especialmente en lo referente al sistema de pensiones.

Las proyecciones de población generaron una alerta en relación con la insostenibilidad del sistema de pensiones de retiro, al evidenciarse en el futuro un crecimiento mayor en el número de las y los pensionados respecto a la población económicamente activa.

De esta manera, la Ley del Seguro Social fue reformada en 1995, aunque entró en vigor en 1997. Mientras con la anterior legislación el financiamiento de las pensiones provenía de los aportes de las y los trabajadores activos (más las aportaciones del patrón y las del gobierno federal), con esta nueva Ley se transitó hacia un sistema de cuentas individuales de contribución definida, administradas por empresas privadas denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES). La misma

[8] La esperanza de vida al nacer en México pasó de 61 años en 1970 a 75.2 en 2016 y se proyecta en 79.4 para 2050. Ver: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

reforma del sistema de pensiones atravesó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 2007[9].

Esta reforma, además fue pensada para incentivar la productividad de las empresas, mejorar los servicios médicos y ampliar la cobertura de los servicios de guarderías, con lo cual se lograría una incorporación mayor de la mujer al mercado laboral, y con ello, aumentar la afiliación de personas a la seguridad social[10].

No obstante, la carencia por acceso a la seguridad social sigue siendo la más alta entre las que considera la medición multidimensional de la pobreza. De acuerdo con datos de 2016, 55.8% de la población (68.4 millones de personas) carecían de acceso a la seguridad social. Es decir, frente a las nuevas configuraciones del trabajo, la seguridad social, así como fue definida originalmente, no ha podido cubrir a todas y todos los trabajadores y sus familias[11]. Con el fin de 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 2003 se creó el Programa de Apoyo al Empleo (PAE); en 2004 comenzó a operar el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular); en 2007 lo hicieron el Seguro Médico para una Nueva Generación (ahora Seguro Médico Siglo XXI) y el programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y el de 70 y Más —que en 2013 se cambió a programa de Pensión para Adultos Mayores (PAM)— y en 2013 empezó a operar el Seguro de Vida de Jefas de Familia a nivel federal. Mientras que

---

9 Los cambios en estas legislaciones se presentarán a lo largo de este documento.

10 Al respecto ver la Exposición de Motivos de la Reforma a la Ley del Seguro Social en: http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-03-07.pdf

11 La legislación sobre seguridad social en México también ha quedado rezagada frente a las nuevas configuraciones de la familia, por ejemplo, no considera la protección de los conyugues del mismo sexo y las familias homoparentales produciendo un nuevo tipo de exclusión a la seguridad social. Ante este hecho, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 2013 y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2014 modificaron sus criterios de afiliación a la seguridad social para incluir a estas nuevas formas de familia, apelando al principio pro persona establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Al respecto ver: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201402/009 y https://www.gob.mx/issste/prensa/issste-pionero-en-brindar-seguridad-social-a-parejas-del-mismo-sexo-en-mexico

los gobiernos locales crearon iniciativas dirigidas a cubrir riesgos asociados a la protección social, en particular las relacionadas con salud, vejez, cuidado de niños (guarderías) y vivienda[12]. Las principales diferencias entre estos programas (no contributivos) y los de la seguridad social son:

a) Fuente de financiamiento. La seguridad social se financia principalmente con aportaciones tripartitas: trabajador o trabajadora, empleador y gobierno, sobre todo de los dos primeros. 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 la población beneficiaria 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 todas y todos los trabajadores con una relación laboral subordinada[13]. En cambio, los programas no contributivos cubren riesgos 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 las y 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

[12] Entre éstos destacan los programas para adultos mayores que, en 2016, existían en 23 entidades federativas (uno de los más importantes es el creado por el gobierno de la Ciudad de México (Distrito Federal en 2001).

[13] "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).

con cierto grado de estabilidad en el tiempo, mientras que los programas sociales no contributivos tienden a ser iniciativas de administración o legislaturas particulares que pueden modificarse o cancelarse con relativa facilidad.

Además 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 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 similitud con otros programas estatales y federales ya existentes.

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 de Norteamérica 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 49.5 a 52.8 millones de personas. El aumento de población en pobreza fue constante hasta 2014 que registró 55.3 millones de personas.

En su momento, el Gobierno Federal y el Poder Legislativo emprendieron acciones para enfrentar contextos económicos adversos y, en especial, para que éstos no se reflejaran en la estructura de consumo y gasto de los hogares mexicanos vulnerables, particularmente estas iniciativas se concentraron en la ampliación de la cobertura de programas sociales clave como Oportunidades (hoy Programa de Inclusión Social, PROSPERA), Apoyo Alimentario, Seguro Popular y Programa de Empleo Temporal (PET). También se modificaron los sistemas de seguridad social que permitieron efectuar retiros limitados de las cuentas individuales de pensiones de vejez a quienes

perdieron su empleo, así como —en el marco de la crisis económica 2008/2009— se aprobaron aumentos al presupuesto de infraestructura y a los subsidios energéticos.

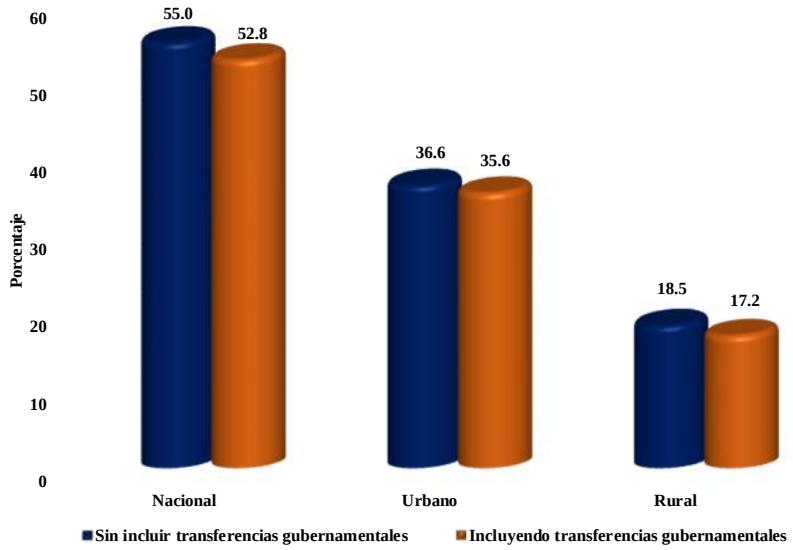
Con excepción del PET, los principales programas de transferencias (como PROSPERA y Procampo) no están diseñados para dirigir sus apoyos a la población ante contingencias económicas. Además, por su diseño (financiamiento contributivo con costos relativamente altos) y en el contexto de la desigualdad 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 las y los 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.

En México, los grupos de población que resintieron más la crisis residían en áreas urbanas y en zonas fronterizas con Estados Unidos de Norteamérica, 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 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.

Sin embargo, en las gráficas *Población en pobreza con y sin transferencias de programas gubernamentales* y *Población en pobreza extrema con y sin transferencias de programas gubernamentales*, 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 durante la crisis económica. Se observa que la contención de los instrumentos de política social fue mayor en las áreas rurales que en las urbanas. Los programas sociales, ya sean en apoyos monetarios o en especie, incidieron en los ingresos de la población, y por lo tanto sobre los niveles de pobreza. Por ejemplo, con datos obtenidos del MCS-ENIGH 2010 —que reportó los efectos de la crisis económica del 2009—, se observa que la pobreza habría sido 2.2 millones de personas más a nivel nacional. Tanto en el ámbito rural como urbano la pobreza habría aumentado si la población no tuviera acceso a las transferencias gubernamentales (ver gráfica siguiente).

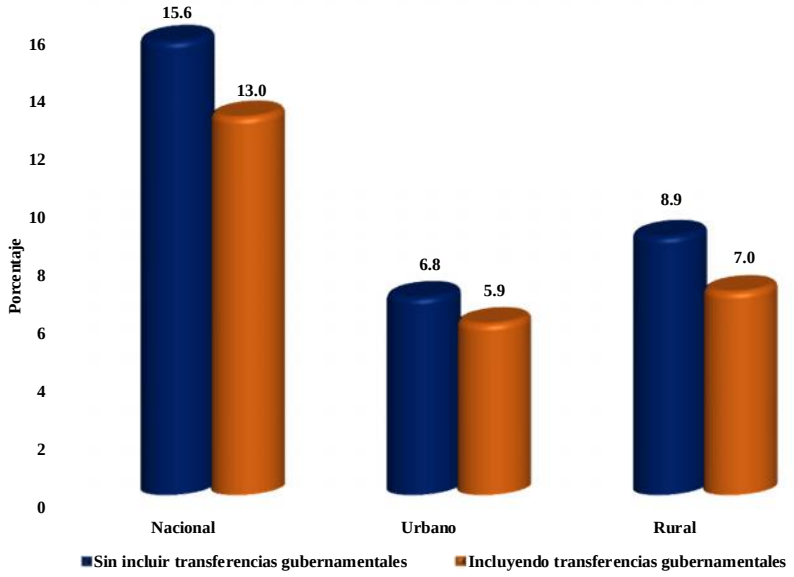
POBLACIÓN EN POBREZA CON Y SIN TRANSFERENCIAS DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES, MÉXICO, 2010
-Millones de personas-



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

Esta incidencia de los programas sociales es más notable en la pobreza extrema. Con datos del MCS-ENIGH 2010, se observa que la pobreza extrema hubiera sido 2.6 millones de personas más a nivel nacional. En los ámbitos rurales y urbanos también habría sido mayor (ver gráfica siguiente).

POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA CON Y SIN TRANSFERENCIAS DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES, 2010



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

Esta mayor contención de los instrumentos de política pública en las zonas rurales 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 sociales, 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.

De modo que este entramado institucional de programas sociales dirigidos a la protección social puede describirse como sistema. 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 de protección social implica desigualdades amplias en cobertura y beneficios, genera desincentivos importantes, distorsiona los mercados laborales[14], y no es claro que tenga sostenibilidad financiera. Además, este entramado institucional provee cobertura errática e incompleta para todos estos riesgos[15]. Es evidente que esta situación no es deseable o sostenible en el mediano y el largo plazo.

En síntesis, la insuficiente cobertura de la seguridad social (vía el trabajo formal), la creación desordenada de nuevos instrumentos no contributivos tanto en el ámbito federal como estatal, así como la carencia de instrumentos de política social para enfrentar las crisis, mejorar el ingreso de las personas así como sus condiciones laborales, entre otros aspectos, han motivado a distintos autores e instituciones a formular propuestas para mejorar el conjunto de instrumentos de protección social en México[16]. Esto, porque la protección social es uno de los elementos clave para articular el desarrollo social y el económico.

Con la intención de discutir tanto la definición de un sistema de protección social como la propuesta de su universalidad, esta evaluación se estructura 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, acceso y la calidad de los programas. 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 sobre 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

[14] Al respecto Levy (2008) sostiene que la política social ha creado incentivos indirectos a la informalidad con la creación de programas de acceso libre, como el Seguro Popular, que podrían incitar a que algunos trabajadores permanezcan o transiten hacia la informalidad.

[15] Al respecto, consúltese Levy, 2008.

[16] 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 (2018) y la Universidad Nacional Autónoma de México (2012).

y en la cuarta se enuncian recomendaciones de política pública.

Capítulo 1. Características generales de la protección social en México

En la última década se observa una literatura creciente sobre protección social y un consenso de que, en países en desarrollo, 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 las personas en pobreza y que elevan la inversión en capital humano y otros activos productivos. Con ello se mejoró la capacidad de la población en situación de pobreza para enfrentar situaciones de fluctuación de ingresos (a partir de la experiencia de los programas de transferencias condicionadas de México con Prospera y Brasil con Bolsa Escola).

No obstante, algunos autores sostienen que la pobreza no se debe combatir sólo con transferencias de ingreso. La capacidad de hacer frente a los riesgos económicos que afectan cada una de las etapas de la vida, debe partir de una red de protección basada en derechos y obligaciones que bien podrían institucionalizarse en un sistema de seguridad social universal que desincentive la informalidad laboral y fomente la productividad de las empresas hoy afectadas por la carga impositiva que las incita a la creación de empleos precarios (tercerizados, informales, de poca duración, etcétera),

que fomentan la informalidad y la creación de programas sociales no contributivos por parte del Estado para darle atención a estos trabajadores y trabajadoras excluidos del sistema de seguridad social contributivo, lo que a su vez incentiva la permanencia de los individuos en la informalidad (Antón et.al., 2012). Otros autores refutan esta idea y sostienen que la creación y aumento de los programas sociales no incentivan la informalidad laboral dado que—en el caso mexicano— aún existe un "premio salarial" en el mercado laboral formal, es decir, que individuos con similares características ganan más dinero cuando lo hacen en el mercado formal (Esquivel; Ordaz-Díaz, 2008).

En lo que la mayoría de los autores coinciden, es en la necesidad de que las políticas de protección social atiendan, además de los resultados negativos del desarrollo, la promoción 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 implementadas en respuesta a niveles de vulnerabilidad, riesgo y pobreza que se consideran socialmente inaceptables. 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 del Estado.

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)[17]. 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, 2000).

En el caso de México, la protección social está constituida por dos sistemas, uno de seguridad social contributiva, originado a partir de la década de 1940; y el otro por un conjunto de programas sociales no contributivos, cuya aparición se aceleró en el

[17] Para una descripción más completa, ver Barrientos y Hulme, 2009.

transcurso de las dos últimas décadas[18].

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 el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la muerte y la vejez[19]. 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, mitigación y atención, 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 los menores y adultos mayores) para complementar el ingreso, puede tener como consecuencia la asistencia irregular de los menores o su deserción 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 a los hogares pobres para salir de la pobreza, entre otros.

---

[18] Se considera a la protección social como la atención de contingencias de la población no asalariada o con ciertos tipos de vulnerabilidad social. Por otra parte, se considera seguridad social contributiva a la atención ligada a las y los trabajadores bajo una relación formal de trabajo que cubren cotizaciones y por lo tanto las contingencias derivadas de la imposibilidad de obtener ingresos son atendidas a través de seguros sociales. 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.

[19] 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.

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.

Por último, debe aclararse que la definición de protección social en esta evaluación no considera todas las acciones para prevenir, mitigar y atender la multiplicidad de riesgos que enfrenta la población. Para 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 toda la población 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.

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 con acceso a programas sociales o a la seguridad social (contributiva) aumentó y en mayor proporción la población con menores ingresos. Los hogares beneficiarios de PROSPERA pasaron de 5.8 millones en 2011 a 6.8 en 2016; en el mismo período el PAM pasó de atender 2.1 millones de personas a 5.4 y el Seguro Popular de 51.8 millones de beneficiarios y beneficiarias a 54.9 millones (Inventario CONEVAL, 2011-2016). Por otro

lado, se reportó un incremento en la cantidad de trabajadoras y trabajadores asegurados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lo que implica un aumento en el empleo formal. De acuerdo con información del IMSS, en 2017 hubo 19.2 millones de trabajadoras y trabajadores permanentes y eventuales asegurados, 800 mil más que en 2016.

b) La población con carencia por acceso a la salud, medida sólo como derechohabiencia, disminuyó 22.9 puntos porcentuales: de 38.4 en 2008 a 15.5 en 2016. Esta reducción se debió en buena medida al avance en afiliación del Seguro Popular.

c) Hubo avances importantes en la cobertura de programas sociales que atienden riesgos relacionados con la seguridad social. Se creó el programa PAM para atender a los adultos mayores que no cuentan con una pensión de retiro. El programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadores y Padres Solos extendió su cobertura al pasar de 125 mil 359 niñas y niños atendidos en 2007 a 317 mil 723 en 2017 (Anexo Estadístico del Quinto informe de Gobierno 2016-2017). Por su parte, el Programa de Seguro de Vida para Jefas de Familia duplicó su cobertura entre 2013 y 2016 al pasar de 3.0 a 6.5 millones de beneficiarias (CONEVAL, 2013a; CONEVAL, 2017a).

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 salud[20] (atención con capacidad resolutiva); 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 2016 era de 15.5%, mientras que el de quienes carecían de acceso a la seguridad social ascendía, en el mismo año, a 55.8.

En cuanto a las políticas activas de empleo, en 2016, el PAE ejerció un mil 564 millones de pesos[21] y logró insertar laboralmente a 317 mil 706 personas para aminorar el nivel de desocupación (1.9 millones de personas)[22]. Por su parte el PET (que contó con el mayor presupuesto entre los dirigidos al trabajo y apoyó a un mayor número de trabajadores en 2016) atendió a 891 mil 95 personas y ejerció 4 mil 357 millones de peso en el mismo año[23].

PROSPERA es el instrumento de atención a la población en pobreza más relevante del Gobierno Federal, tanto en cobertura como en presupuesto. En 2016 contó con un presupuesto ejercido de 82 mil 354 millones de pesos y alcanzó una cobertura de 6.8 millones de familias[24]. La población atendida ha crecido de manera pronunciada a lo largo de su historia 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, aún existe población

[20] No existe consenso sobre una definición de acceso efectivo. Sin embargo, a partir de los Estudios Diagnósticos de los Derechos Sociales que el Consejo elabora actualmente —los cuales serán publicados oportunamente— el CONEVAL identifica que es posible aproximar una definición del acceso efectivo mediante las dimensiones de disponibilidad, acceso y calidad; de tal manera que no es posible hablar del ejercicio de los derechos sociales sin el cumplimiento de éstas.

[21] CONEVAL, Inventario de Programas y Acciones Federales de Desarrollo social 2016.

[22] La fuente es Servicio Nacional de Empleo (SNE), Acciones de vinculación laboral disponible en https://www.empleo.gob.mx/sne/acciones-vinculacion-laboral

[23] CONEVAL, Inventario de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016.

[24] Información del Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016. La información de PROSPERA considera la suma de las tres dependencias en las que opera (SEDESOL, SALUD y SEP).

en pobreza que no han podido ser atendida 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 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el de PROSPERA. Hay una gran cantidad de hogares dispersos en zonas rurales cuya información no se conoce 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 PROSPERA para 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.

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* y el diagnóstico de seguridad social del *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018*).

Así, frente a riesgos similares, tienden a obtener beneficios menores quienes tienen menores ingresos[25] 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, más recientemente la Estrategia Nacional de Inclusión (ENI)), 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. El Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016, identificó 75 programas federales vinculados a los riesgos asociados a la protección social: 40 de bienestar económico, 22 de salud, 5 de trabajo y 8 de seguridad social. A nivel estatal, según el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014, se encontraron los siguientes: 570 de bienestar económico, 443 de salud, 155 de trabajo y 22 de seguridad social.

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 de Norteamérica. Las acciones del Gobierno Federal para contener la disminución del nivel de vida de

[25] 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.

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 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.

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 toda la población y los hogares. La selección de los riesgos que enfrentan las personas 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 nacional[26] y que afectaran 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

[26] 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.

analizan en esta evaluación, se representan en la siguiente figura. 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: niñas y niños, adolescentes y jóvenes, adultos y adultos mayores. Las celdas simbolizan los riesgos relacionados con una de las dimensiones de protección social que enfrentan las personas que se encuentran en un momento del ciclo de vida particular.

La primera celda de color verde, por ejemplo, indica que cualquier persona a lo largo de su ciclo de vida puede 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 amarillo señala que tanto 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.

PRINCIPALES RIESGOS ASOCIADOS A LA PROTECCIÓN SOCIAL EN EL CURSO DE VIDA

<table>
<tr><th></th><th>Niñas y Niños</th><th>Adolescentes y jóvenes</th><th>Adultos</th><th>Adultos mayores</th></tr>
<tr><td>Asociados al acceso a la salud</td><td colspan="4">Gastos adicionales, pérdida de ingreso y efecto sobre el estado de salud de las personas por falta de acceso y utilización de los servicios preventivos y curativos de salud</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Asociados al trabajo</td><td colspan="2" rowspan="3"></td><td colspan="2">Dificultad para encontrar trabajo por falta de habilidades y competencias/ Problemas de información en el mercado laboral</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pérdida de ingreso laboral</td></tr>
<tr><td colspan="2">Desbalance en vida familiar y profesional por parto/Puerperio</td></tr>
<tr><td colspan="4">Disminución en ingreso familiar por no participación laboral de las mujeres/Dificultad para el cuidado de niñas, niños y adultos mayores</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Asociados a vejez, discapacidad y orfandad</td><td></td><td colspan="2">Disminución del gasto por aportaciones para la vejez</td><td>Pérdida de ingreso por vejez</td></tr>
<tr><td colspan="4">Pérdida o disminución del ingreso temporal o permanente por enfermedad o accidente</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gastos y pérdida de ingreso por discapacidad permanente que deriva en dependencia total</td><td colspan="2" rowspan="2">Pérdida o disminución de ingreso temporal o permanente por accidente o enfermedad laboral</td></tr>
<tr><td colspan="2">Falta de ingreso por orfandad</td></tr>
<tr><td>Asociados al ingreso</td><td colspan="4">Ingresos bajos/Bajo capital humano</td></tr>
</table>

Nota: 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.

FUENTE: CONEVAL, 2012b.

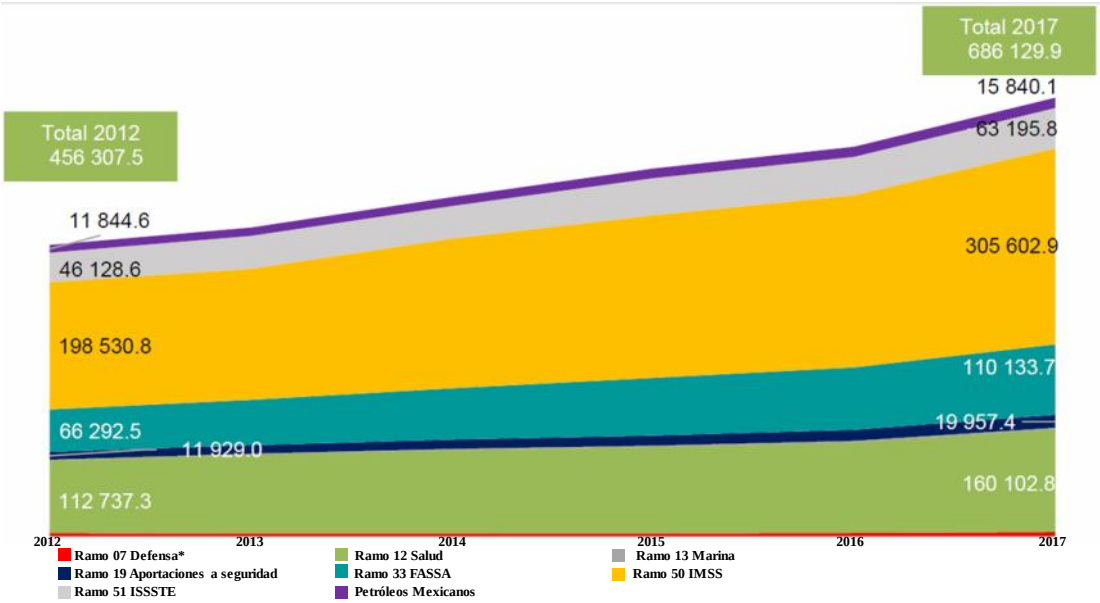
A continuación, se presenta un diagnóstico de los riesgos asociados a cada una de las dimensiones de la protección social, así como una caracterización de la dispersión de los programas sociales y la dificultad para acceder a ellos. El objetivo es, por una parte, esbozar el escenario poblacional actual de las dimensiones en términos de indicadores clave y, por otra, 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 2012 y 2017. Entre éstos pueden destacarse los siguientes:

a) El gasto total en salud (por ramo) del Gobierno Federal creció 50.4% entre 2012 y 2017, pasó de 456 mil 307.5 millones a 686 mil 129.9 millones (ver gráfica siguiente)[27].

GASTO EN SALUD POR RAMO, 2012-2017
-Millones de pesos constantes de agosto de 2012-

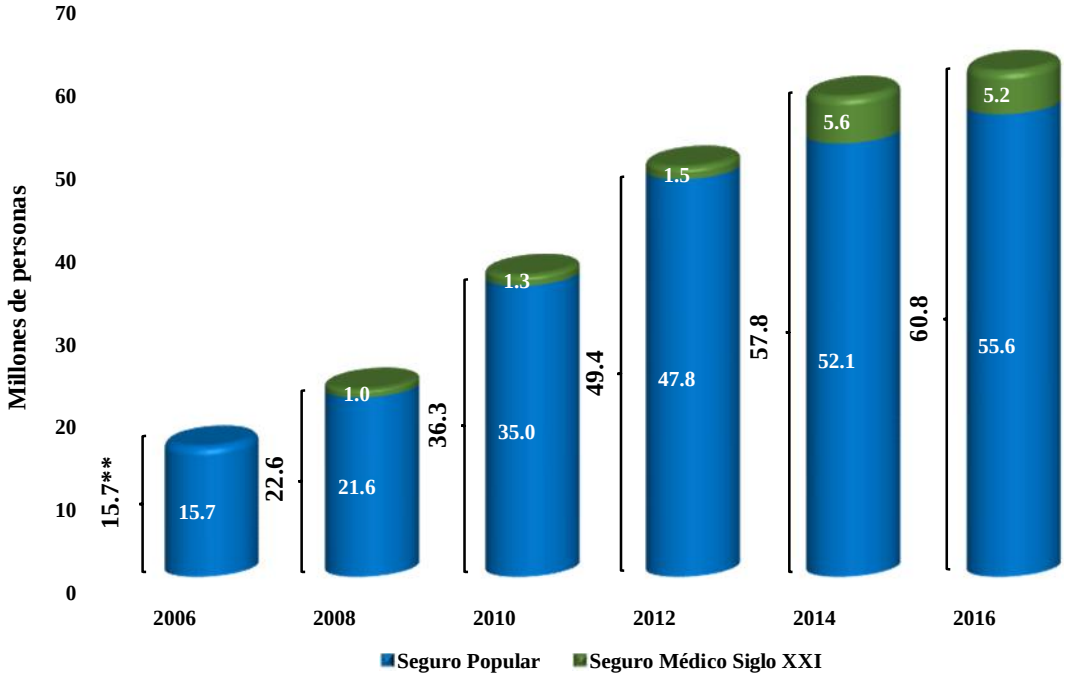


* En virtud de su nivel menor con otras instituciones Ramo 07 Defensa (7 mil 117.5 millones de pesos en 2012 y 8 mil 603.3 millones de pesos en 2017) no alcanza a distinguirse en la gráfica.
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en la Cuenta Pública de 2012 a 2017.

b) La afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y al Seguro Médico Siglo XXI (antes Seguro Médico para una Nueva Generación) creció de manera pronunciada en los últimos años; sin embargo, de 2014 a 2016 se observa un pequeño decremento en este último (ver gráfica siguiente). La población afiliada al Seguro Popular aumentó de 15.7 millones de personas en 2006 a 55.6 millones en 2016, mientras que la del Seguro Médico Siglo XXI pasó de poco más de un millón en 2008 a 5.2 millones en 2016. Esto representa un paso importante hacia la universalización de la atención en salud (ver gráfica siguiente).

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

POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SEGURO POPULAR Y SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, *2006-2016
-Millones de personas-



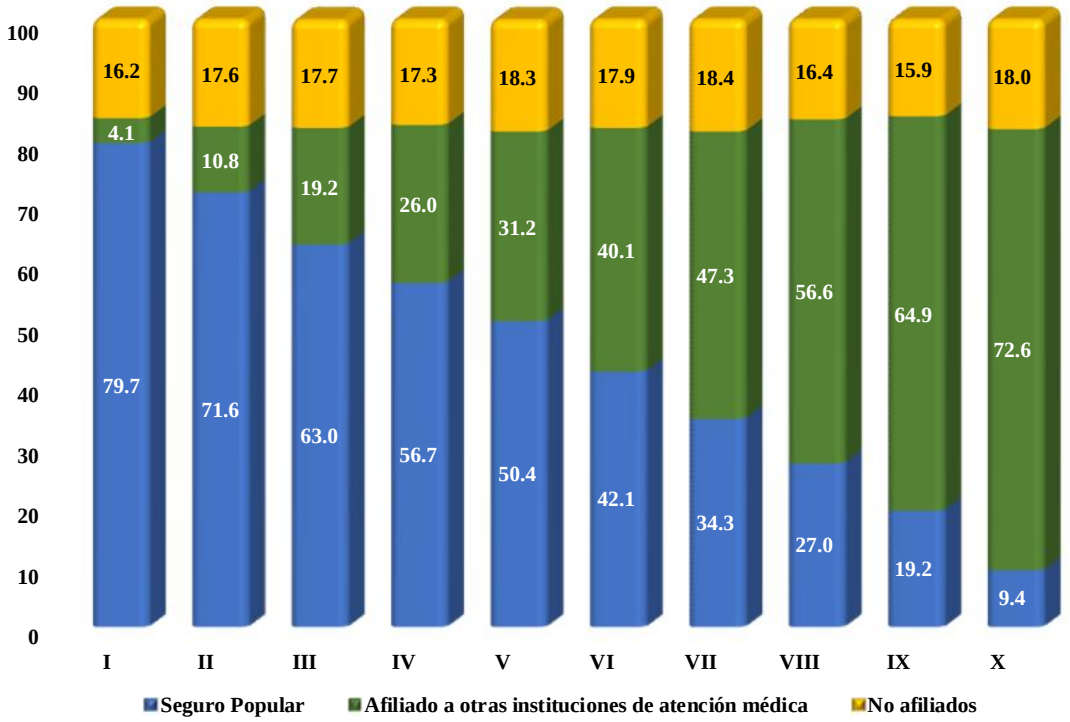
* El nombre del programa Seguro Médico para una Nueva Generación es Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013.

** Para 2006 no se reporta información del programa Seguro Médico para una Nueva Generación dado que aún no operaba

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el MEC 2016 del MCS-ENIGH, los Inventarios Federales de Acciones y Programas Sociales 2010, 2012, 2014 y 2016; Evaluación Específica de Desempeño 2012 - 2013 (Seguro Médico Siglo XXI).

c) Entre los instrumentos de política pública en materia de salud resalta el Seguro Popular. En la gráfica siguiente puede observarse que proporciones significativas de la población de los deciles de menores ingresos están afiliadas al Seguro Popular; en contraste, la afiliación a otras instituciones de atención médica (ya sea IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o servicios privados) es mayor para los deciles de más altos ingresos.

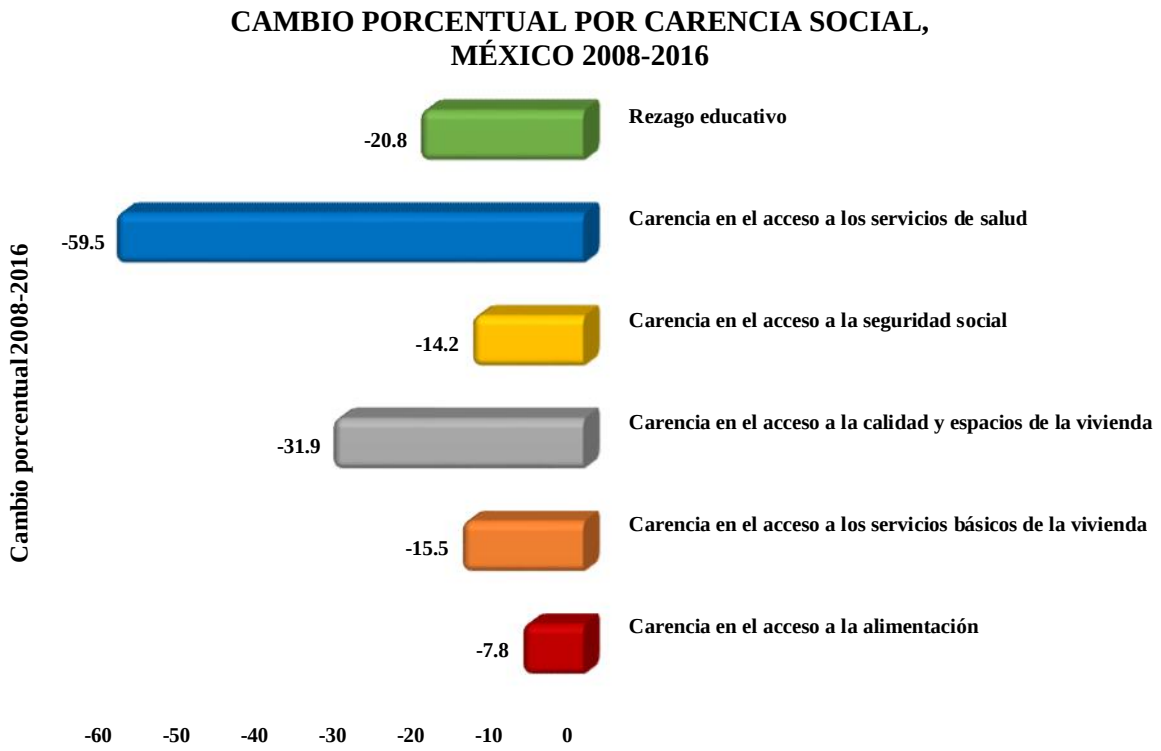
COMPOSICIÓN DE LA AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL Y AL SEGURO POPULAR
-Porcentaje-



Nota: Existen 8 millones 517 mil 533 personas (6.95% de la muestra total) que cuentan con Seguro Popular y una afiliación a alguna otra institución de atención médica. En esta gráfica aparecen exclusivamente como afiliadas al Seguro Popular.
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el MEC del MCS-ENIGH 2016.

d) La población nacional con carencia por acceso a la salud, medida sólo como derechohabiencia, de acuerdo con la medición de pobreza del CONEVAL tuvo una variación porcentual de -59.5% entre 2008 y 2016. Esto representa que 23.8 millones de personas lograron acceso a los servicios de una institución o programa presupuestario de salud en este período[28]. Esta es la carencia que disminuyó de manera más pronunciada, lo cual se debió en buena medida al avance de cobertura del Seguro Popular (ver gráfica siguiente).

[28] Las cifras corresponden a los nuevos afiliados al Seguro Popular, IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE, ISSSTE ESTATAL, Pemex, Defensa y Marina, seguros privados de gastos médicos, seguridad social indirecta y otras instituciones médicas distintas de las anteriores. Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con información del MCS-ENIGH 2008 y el MEC del MCS-ENIGH 2016.

A pesar de estos logros, el panorama del sistema de salud es complejo y aún existen retos que deben enfrentarse. Si bien destaca el aumento de la cobertura, que puede ser un cimiento 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 2015, el gasto total en salud ascendió a un billón 86 mil 982 millones de pesos, que representan 5.9% del Producto Interno Bruto (PIB) del país. Del total, 41.4% fue erogado directamente por las familias mediante gasto de bolsillo; 6.5%, a través de seguros privados; y 47.8% lo constituyó el gasto público en salud[29]. En 2017, del total del gasto público (ver cuadro *Gasto ejercido por instituciones públicas de salud*),

[29] Cifras de la OECD 2015. Recuperado de http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en

13.4% corresponde al gasto en salud de las instituciones de seguridad social, ISSSTE, Pemex, Defensa y Marina; 45.4% al sector privado con seguridad social (IMSS); y 41.2% al de los servicios estatales, de la Secretaría de Salud y del IMSS-Prospera para población no cubierta por la seguridad social contributiva.

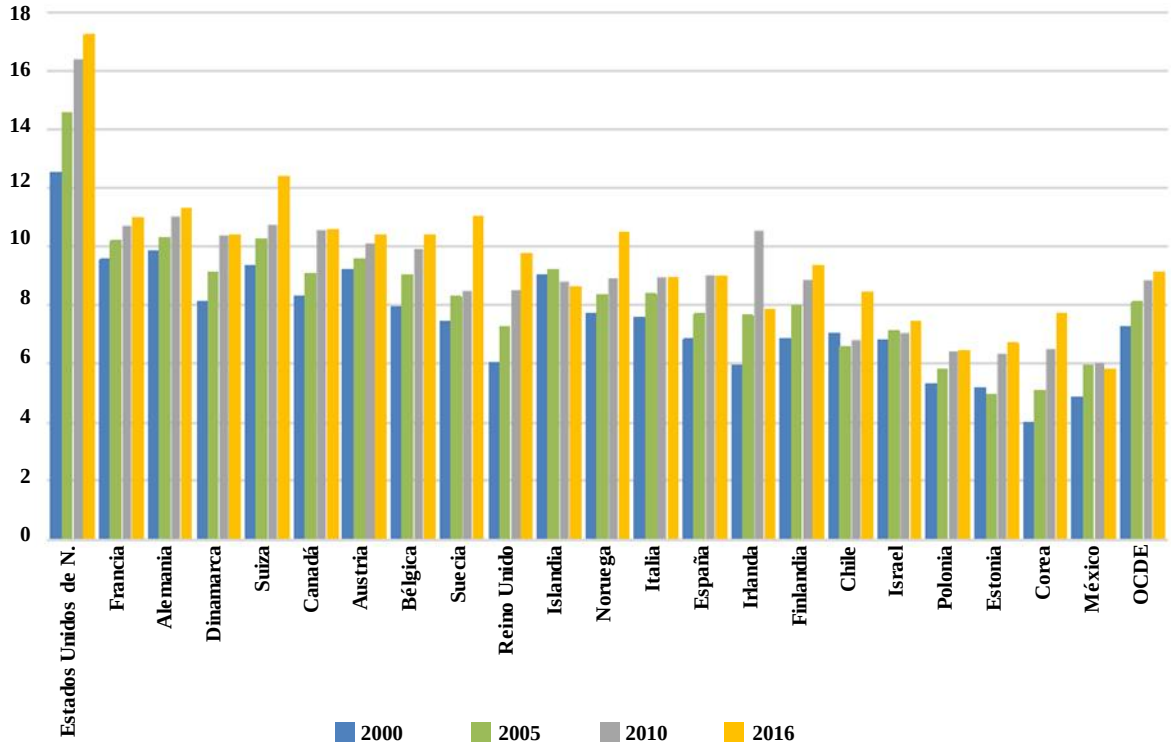
GASTO EJERCIDO POR INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD, MÉXICO 2000-2017*
-Millones de pesos-

Institución	2000	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variación real 2000-2017		Variación real 2012-2017	
								Monto	%	Monto	%
Nacional	**153 510.2**	**478 639.7**	**490 636.2**	**517 881.1**	**554 373.3**	**528 140.2**	**557 576.9**	**404 066.7**	**263.22**	**78 937.2**	**16.49**
Población sin seguridad social	**53 943.5**	**212 404.0**	**222 461.5**	**232 622.1**	**249 905.3**	**215 582.5**	**229 855.2**	**175 911.7**	**326.10**	**17 451.2**	**8.22**
Secretaria de Salud	**37 498.8**	**175 574.0**	**183 751.0**	**190 708.5**	**198 790.4**	**205 381.2**	**218 505.2**	**181 006.4**	**482.70**	**42 931.2**	**24.45**
Ramo 12 “Salud”	14 666.4	109 281.5	115 146.2	116 340.7	117 288.4	119 542.4	127 575.1	112 908.7	769.85	18 293.6	16.74
Ramo 33 “FASSA”	22 832.4	66 292.5	68 604.8	74 367.8	81 502.0	85 838.8	90 930.1	68 097.7	298.25	24 637.6	37.16
Programa IMSS-PROSPERA**1/	3 537.5	8 500.0	8 800.0	9 311.7	9 719.3	10 201.3	11 350.0	7 812.5	220.85	2 850.0	33.53
Gasto estatal 2/	12 907.2	28 330.0	29 910.5	32 601.9	41 395.6			-12 907.2	-100.00	-28 330.0	-100.00
Población del sector privado con seguridad social SEM y SSFAM (IMSS)	80 360.9	199 417.80	198 353.9	217 621.0	230 507.4	237 417.6	253 139.6	172 778.7	215.00	53 721.8	26.94
Instituto Mexicano del Seguro Social	79 096.1	198 530.8	197 433.4	216 669.0	229 380.3	236 487.7	252 316.0	173 219.9	219.00	53 785.2	27.09
Seguro de Salud para la Familia	1 264.8	887.0	920.5	952.0	1 127.1	929.9	823.6	-441.2	-34.88	-63.4	-7.15
Población del sector público con seguridad social (Pemex, Defensa y Marina)	19 205.8	66 817.9	69 820.8	67 638.0	73 960.6	75 140.1	74 582.1	55 376.3	288.33	7 764.2	11.62
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 3/	13 148.9	46 128.6	49 832.3	47 308.2	52 511.4	52 852.7	52 176.6	39 027.7	296.81	6 048.0	13.11
Petróleos Mexicanos 4/	4 397.7	11 844.6	12 329.4	12 724.7	13 460.0	13 695.9	13 078.1	8 680.4	197.38	1 233.5	10.41
Secretaría de la Defensa Nacional 4/	1 659.2	7 117.5	5 870.2	5 723.8	5 884.6	6 391.3	7 103.2	5 444.0	328.11	-14.3	-0.20
Secretaría de Marina 4/		1 727.2	1 788.9	1 881.3	2 104.6	2 200.2	2 224.2	2 224.2		497.0	28.77

* Cifras de Cuenta Pública.
** Hasta 2014 llamado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
1/ En 2000 considera el presupuesto ejercido para el programa IMSS Solidaridad.
2/ Dirección General de Información en Salud – Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud. Los datos para 2016 y 2017 no se encuentran disponibles.
3/ Considera el presupuesto ejercido en la función salud (no se incluye el componente de seguridad social).
4/ Considera el presupuesto ejercido por la institución en la función salud. La información correspondiente al año 2000 no se encontró disponible
FUENTE: CONEVAL.

Aun cuando el gasto en salud como porcentaje del PIB en México ha aumentado de manera considerable en las dos últimas décadas (lo cual se refleja en los niveles de afiliación y está relacionado con la disminución de la carencia en el acceso a los servicios de salud), el país sigue teniendo un gasto por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (ver gráfica siguiente). Sin embargo, en 2016 fue el país con mayor porcentaje de gasto de bolsillo (gasto directo de los ciudadanos en consultas, hospitalizaciones, medicamentos o estudios de laboratorio o gabinete) (41% del gasto total) y sus costos administrativos representaron 5.2% en 2015, porcentaje mayor al 3% promedio de los países de la OCDE)[30].

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB EN PAÍSES DE LA OCDE, 2000, 2005, 2010 Y 2016



Nota: El promedio de OCDE está calculado como el promedio de los 34 países miembros.
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con información de la OCDE.
Recuperado de http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#

[30] Cifras de la OCDE 2015. Recuperado de http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en

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 importante del gasto público en salud es financiada por aportaciones de las y los trabajadores, tanto del sector público como privado, así como por las cuotas patronales. Por ejemplo, en lo relativo al gasto en el seguro de salud del IMSS, el monto de las cuotas obrero-patronales alcanzó un total de 255 mil 768 millones de pesos en 2015 (23.7% del gasto total en salud para el mismo año); este último no incluye las cuotas del gobierno como patrón. En 2015, el gasto de bolsillo de las familias y las cuotas obrero-patronales del IMSS financiaron 65.0% del gasto total en salud[31].

El financiamiento de los servicios de salud provistos por la Secretaría de Salud, los servicios estatales e IMSS-Prospera se hace en su totalidad con recursos públicos, en su mayoría de origen federal, y se dirige a la población no asegurada. Por ejemplo, 86.8% de los recursos de IMSS-Prospera son transferidos como subsidio por el Gobierno Federal. 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 Siglo XXI, y el programa IMSS-Prospera, operado por el IMSS.

Aunque el diseño del Seguro Popular comprendió el pago de las familias inscritas según su nivel socioeconómico, en la práctica 99.7% de la población afiliada estuvo exenta del pago de la prima en 2016 (Registros Administrativos la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS); por esta razón, en el mismo año, el promedio anual de cuotas captadas por beneficiario o beneficiaria[32] fue de 0.09 pesos (Anexo

[31] Estimaciones del CONEVAL con base en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016; Gasto en Salud por Fuente de Financiamiento, 1993-2015 (Secretaría de Salud).

[32] La cuota captada por beneficiario es el dinero que el paciente o su familia aportan para cubrir los gastos catastróficos en salud. Estos montos son fijados anualmente por la Comisión Nacional de Protección Social mediante la Tabla de Niveles de las Cuotas Familiares del Sistema de Protección Social en Salud. Los valores de las cuotas para el ejercicio fiscal de año 2016 están disponibles en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5431525&fecha=31/03/2016

Estadístico del Quinto Informe de Gobierno 2016-2017).

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 2017, del presupuesto ejercido en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, 260 mil 663 millones de pesos provinieron de las cuotas obrero-patronales y sólo 81 mil 132 millones de pesos de las aportaciones del Gobierno Federal (Registros Administrativos IMSS, 2018a). En contraste, en el caso del ISSSTE, en 2016, de los 70 mil 586 millones de pesos que se destinaron a servicios de salud, sólo 17.8% fueron financiados por las y los trabajadores (en este caso, el Gobierno Federal aporta a la vez la cuota social y la del empleador). En 2016, el gasto anual por persona según régimen de afiliación tuvo una gran varianza y fue la siguiente: ISSSTE 7 mil 700 pesos; PEMEX y Fuerzas Armadas 16 mil 167 pesos; IMSS 5 mil 75 pesos[33]; población no cubierta por la seguridad social (atendida por servicios estatales de salud, Secretaría de Salud e IMSS-PROSPERA) 2 mil 318 pesos[34].

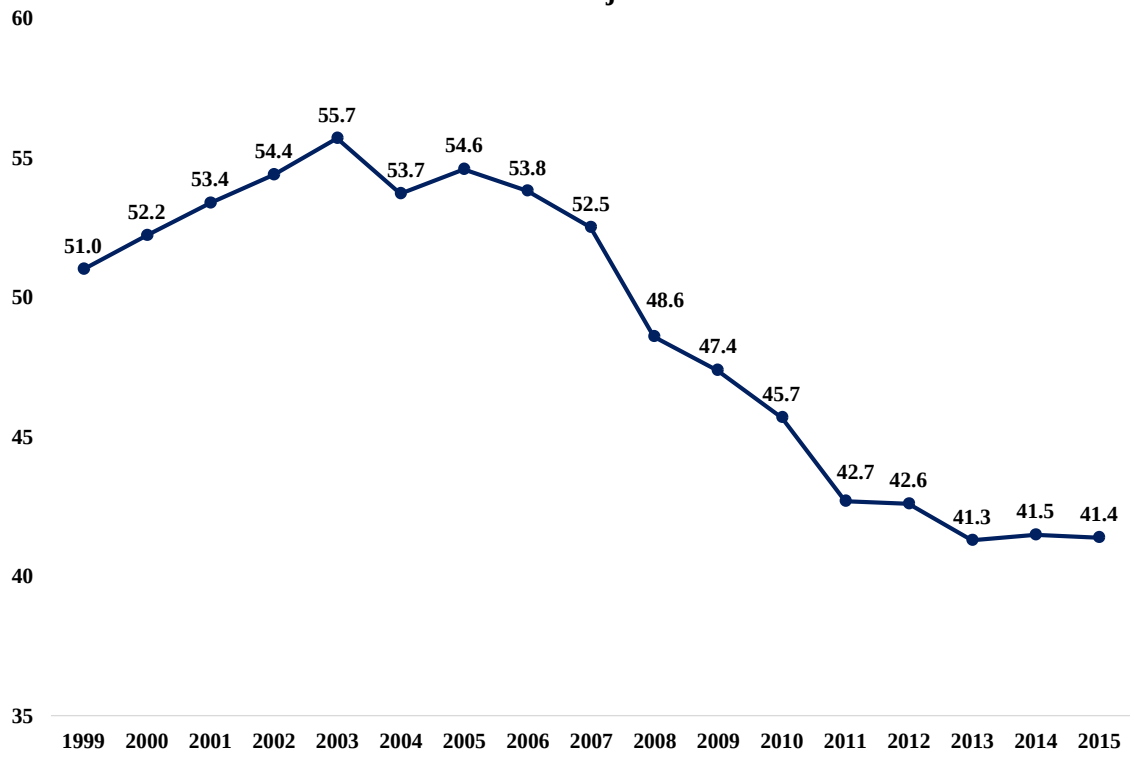
Gasto privado en salud

Según datos de la OCDE, en 2003, 55.7% del gasto total en salud provenía del bolsillo de los hogares; a partir de ese año y hasta 2007 hubo reducciones menores en el porcentaje. De 2007 a 2015 se presentó una reducción más pronunciada para ubicarse en 41.4%, 14.3 puntos porcentuales por debajo del valor de 2003 (ver gráfica siguiente).

[33] Los datos del IMSS corresponden al gasto en salud de 2015.

[34] Elaboración del CONEVAL con información del MEC 2016 del MCS-ENIGH; registros administrativos del ISSSTE e Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; Cuenta pública 2016; DGIS de la Secretaría de Salud.

GASTO EN SALUD FINANCIADO POR LOS HOGARES (GASTO DE BOLSILLO), MÉXICO, 1999-2015
-Porcentaje-

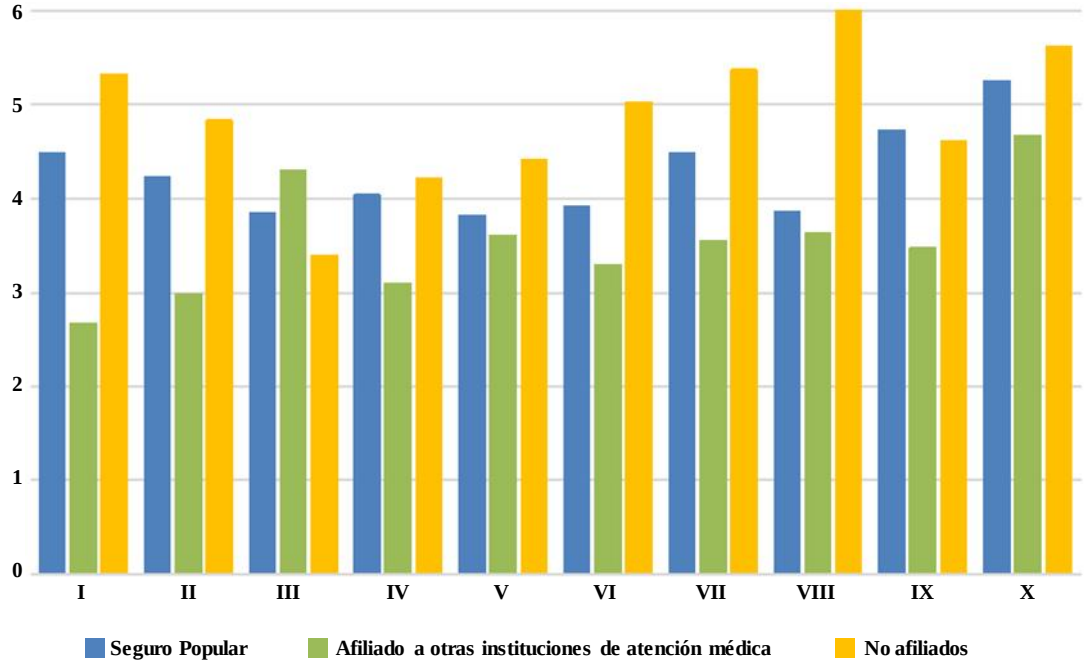


FUENTE: Elaboración del CONEVAL con información de la OCDE. Recuperados de https://data.oecd.org/healthres/healthspending.htm

Por otro lado, de acuerdo con estimaciones basadas en el MEC del MCS-ENIGH 2016, 55% de los hogares del país destina a la salud un promedio anual de 5 mil 530 pesos; el rubro de salud en el que más gastan los hogares (62.2% del gasto total del hogar en salud) corresponde a la atención ambulatoria: consultas médicas, medicamentos recetados y atención hospitalaria.

La gráfica siguiente muestra que los hogares sin afiliación a instituciones de atención médica son los que tienen un mayor porcentaje de su gasto destinado a la salud, seguido de los hogares donde algún miembro cuenta con acceso al Seguro Popular. Finalmente, las personas afiliadas a otras instituciones de atención médica son quienes destinan menor porcentaje de su gasto en salud. En promedio a nivel nacional la población afiliada al Seguro Popular, a otras instituciones de atención médica y no afiliada destinan 4.3, 3.5 y 4.9% de su gasto total a salud, respectivamente.

PROMEDIO DEL PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD RESPECTO DEL GASTO DEL HOGAR, POR DECIL DE INGRESO Y TIPO DE AFILIACIÓN, MÉXICO 2016



FUENTE: Estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2016 y el MEC del MCS-ENIGH 2016.

Estado de salud de la población mexicana

La población de México muestra una situación contrastante 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, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016 registró que los principales factores de riesgo en la actualidad son el sobrepeso y la obesidad (72.6% en la población adulta), la hipertensión arterial (25.5%), falta de actividad física (14.4%) y la diabetes (9.4%). 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.

El estado de salud de la población todavía no logra alcanzar las cifras promedio de los países que integran la OCDE (ver cuadro siguiente). En el caso de México, en 2015 la expectativa de vida era menor tanto al nacimiento[35] como a los 65 años[36], y las tasas de mortalidad infantil, materna y por cáncer cervicouterino[37] eran 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 no alcanzó la Meta del Milenio de tener 22 muertes por cada cien mil nacidos vivos en 2015 y para ese año la razón de este tipo de mortalidad fue de 34.6. Por su parte, el número de muertes por accidentes automovilísticos se incrementó, mientras que en los países de la OCDE disminuyó. El único indicador que mejoró con relación a 2009 fueron las cifras de bajo peso al nacer[38], pues de 8.4% en aquel año (CONEVAL, 2012b, p. 46) pasó a 5.8% en 2015, lo que lo ubica con mejores resultados que el promedio de países de la OCDE (ver cuadro siguiente).

[35] 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.

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

[37] Es el número de defunciones de mujeres por cáncer cervicouterino por cada mil mujeres en el año de referencia.

[38] Peso de un recién nacido menor de 2.5 kilos, sin importar su edad gestacional.

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PARA EL CONJUNTO DE PAÍSES QUE INTEGRAN LA OCDE Y PARA MÉXICO, 2015

Indicador	OCDE	México
Esperanza de vida (años) total	80.6	75.0
Mujeres	83.1	77.7
Hombres	77.9	72.3
Expectativa de vida a los 65 años total	19.5	17.7
Mujeres	21.1	18.6
Hombres	17.9	16.8
Bajo peso al nacer*	6.5	5.8
Mortalidad neonatal**	2.5	7.9
Mortalidad infantil**	3.9	12.5
Mortalidad materna***	7.0	34.6
Mortalidad por cáncer cervicouterino****	3.9*	10.2*
Cambio porcentual de muertes por accidentes de automóvil (1970-2014)****	-74.7	42.7

* Porcentaje de nacidos vivos
** Por un mil nacidos vivos
*** Por 100 mil nacidos vivos
**** Datos de 2014
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en datos de la OCDE, recuperado de https://data.oecd.org/

La transición epidemiológica es visible en las principales causas de mortalidad. El cuadro siguiente muestra el comparativo de las principales causas de mortalidad general entre 2000 y 2015. En 2015, las enfermedades no transmisibles (enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas) ocuparon los primeros lugares de las causas de muerte más importantes en la población general.

Asimismo, se puede observar que, entre 2000 y 2015, las tasas de mortalidad aumentaron en casi todos los casos y las seis primeras causas de muerte mantuvieron su lugar sin cambios.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, MÉXICO, 2000 Y 2015

	2000			2015		
	Lugar	**Número**	**Tasa de Mortalidad**	**Lugar**	**Número**	**Tasa de Mortalidad**
Enfermedades del sistema circulatorio	1	97 655	100.2	1	166 934	139.7
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	59 803	61.3	2	114 591	95.9
Tumores (neoplasias)	3	57 784	59.3	3	85 201	71.3
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	4	52 129	53.5	4	68 577	57.4
Enfermedades del sistema digestivo	5	42 201	43.3	5	62 968	52.7
Enfermedades del sistema respiratorio	6	38 540	39.5	6	55 485	46.4
Enfermedades del sistema genitourinario	9	11 954	12.3	7	22 494	18.8
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8	18 602	19.1	8	16 214	13.6
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7	19 388	19.9	9	12 992	10.9
Enfermedades del sistema nervioso	12	7 444	7.6	10	11 368	9.5
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	11	8 648	8.9	11	10 994	9.2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	9 572	9.8	12	9 364	7.8
Trastornos mentales y del comportamiento	13	5 006	5.1	13	5 327	4.5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	14	3 856	4.0	14	4 753	4.0
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	15	2 722	2.8	15	4 598	3.8
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	17	972	1.0	16	2 859	2.4
Embarazo, parto y puerperio	16	1 325	1.4	17	913	0.8
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	18	56	0.1	18	40	0.0
Enfermedades del ojo y sus anexos	19	10	0.0	19	16	0.0
Total		**437 667**			**655 688**	

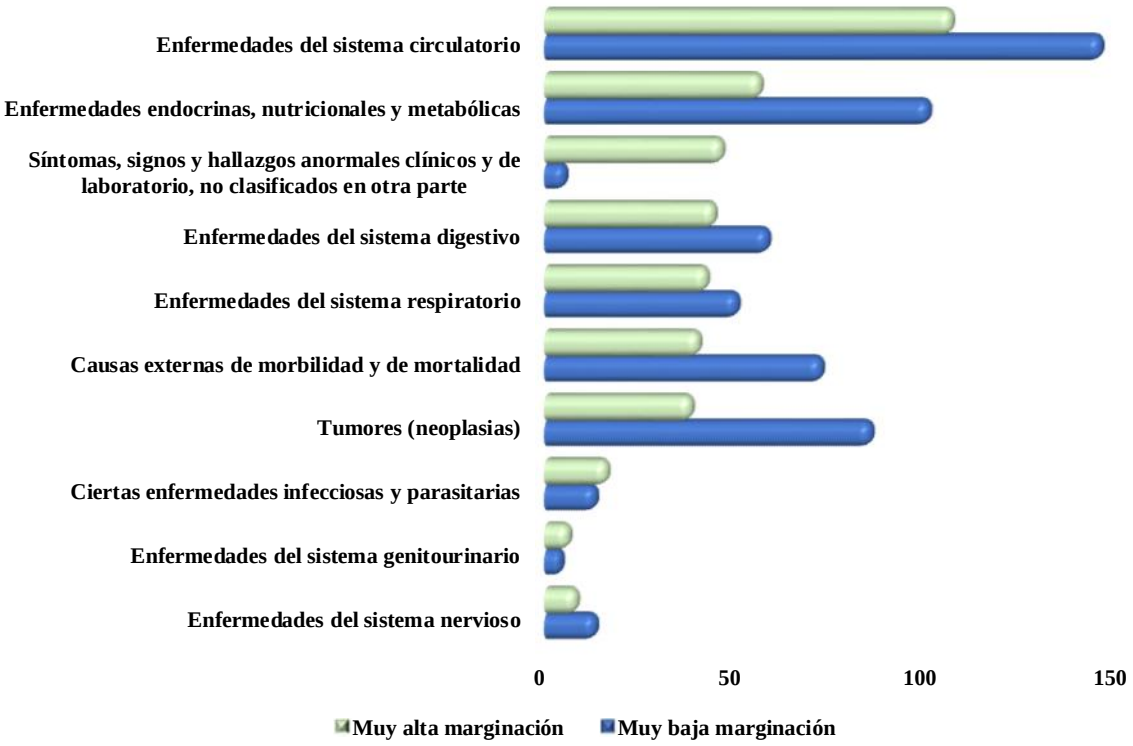
Nota: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10/2

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con registros administrativos de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud disponibles en la página del INEGI.

Ahora bien, las tasas de mortalidad son distintas entre los municipios de muy alta y muy baja marginación; es importante mencionar que, en los municipios de muy alta

marginación, la tasa de mortalidad por "síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte", es considerablemente más alta que para los municipios de muy baja marginación (ver gráfica siguiente).

TASA DE MORTALIDAD POR LAS PRINCIPALES CAUSAS SEGÚN NIVEL DE MARGINACIÓN, 2015



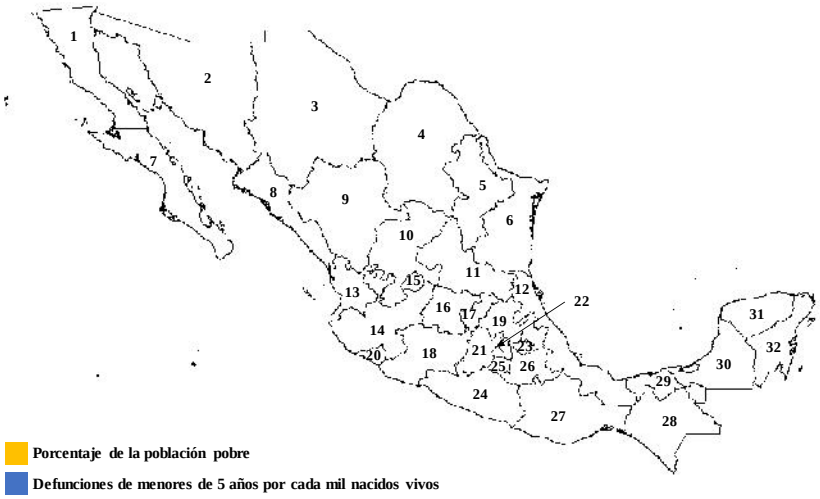
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con información de los registros administrativos de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud disponibles en INEGI 2015 y el Índice de Marginación de la CONAPO 2015.

Por otra parte, como se mostró en el cuadro *Indicadores del estado de salud de la población para el conjunto de países que integran la OCDE y para México*, la tasa de mortalidad infantil fue de 12.5 por cada mil menores de cinco años en 2015. Se debe subrayar que detrás del promedio nacional persisten desigualdades en las entidades federativas, por zonas geográficas, entre poblaciones indígenas y no indígenas, así como de acuerdo con el nivel de ingreso (ver mapa siguiente).

Lo anterior implica importantes retos de política pública: garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad y la existencia de un sistema de salud ordenado,

pero también la atención a otros determinantes sociales de la salud como los patrones culturales de las zonas rurales e indígenas del país que dificultan la atención médica de mujeres embarazadas y menores (CONEVAL, 2012a).

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE VIVE EN CONDICIONES DE POBREZA Y TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS (POR CADA MIL NACIDOS VIVOS) POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO, 2014



Entidad Federativa	Pobreza	Defunciones
1. Baja California	28.6	16.9
2. Sonora	29.4	11.9
3. Chihuahua	34.4	16.7
4. Coahuila de Zaragoza	30.2	16.1
5. Nuevo León	20.4	11.8
6. Tamaulipas	37.9	14.6
7. Baja California Sur	30.3	12.1
8. Sinaloa	39.4	10.5
9. Durango	43.5	16.3
10. Zacatecas	52.3	13.7
11. San Luis Potosí	49.1	15.6
12. Veracruz de Ignacio de la Llave	58.0	16.4
13. Nayarit	40.5	14.1
14. Jalisco	35.4	13.0
15. Aguascalientes	34.8	11.8
16. Guanajuato	46.6	13.7
17. Querétaro	34.2	11.8
18. Michoacán	59.2	14.1
19. Hidalgo	54.3	17.0
20. Colima	34.3	10.9
21. Estado de México	49.6	16.3
22. Ciudad de México	28.4	13.5
23. Tlaxcala	58.9	14.5
24. Guerrero	65.2	17.7
25. Morelos	52.3	14.1
26. Puebla	64.5	17.4
27. Oaxaca	66.8	18.5
28. Chiapas	76.2	17.9
29. Tabasco	49.6	16.7
30. Campeche	43.6	14.0
31. Yucatán	45.9	13.0
32. Quintana Roo	35.9	13.7

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con cifras de pobreza 2014 y de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud a 2014.

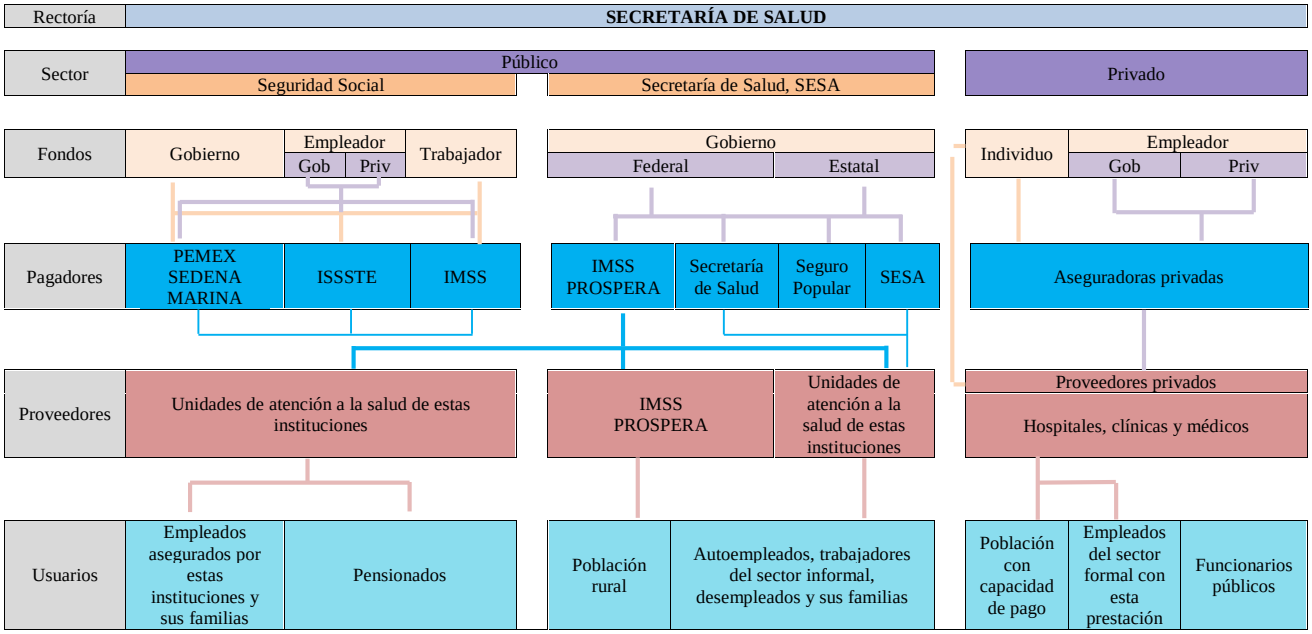
Organización institucional del sector salud

Como se observa en los apartados previos, 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). La figura siguiente ilustra la estructura del sistema, fuentes de financiamiento, pagadores, proveedores y población cubierta.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO, 2018



FUENTE: CONEVAL, 2012b.

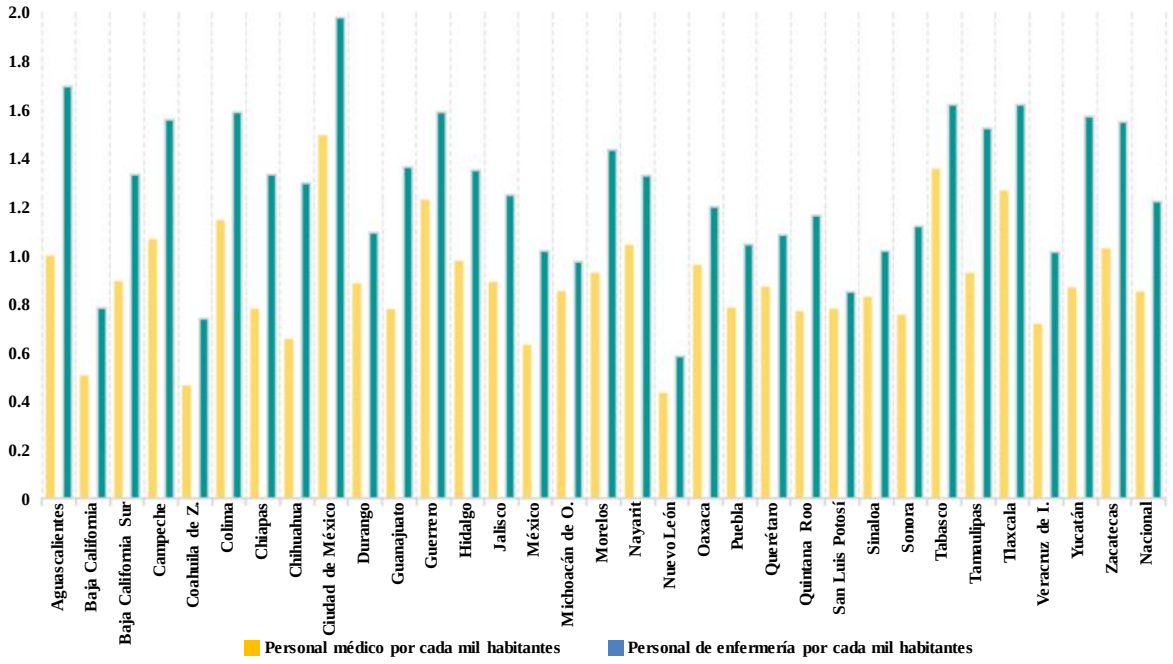
El sector salud tiene avances importantes en la mejoría de la cobertura y oferta de servicios, sin embargo, la segmentación, inter e intra institucional, obstaculiza un desempeño apropiado y limita la rectoría de la Secretaría de Salud, lo que se refleja en la escasa convergencia de las políticas de 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.

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. En 2010, 30.9% de las localidades rurales entre un mil 500 y 2 mil 500 habitantes carecían de algún establecimiento médico en la comunidad (CONEVAL, 2012b). En lo que se refiere a personal, en 2015 por cada mil habitantes, en promedio a nivel nacional se contaba con 0.9 médicos y médicas y 1.2 enfermeras y enfermeros con una gran varianza entre estados (ver gráfica siguiente). 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.

MÉDICOS Y MÉDICAS GENERALES Y PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA POR CADA MIL HABITANTES POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO, 2015



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en datos obtenidos a partir de los cubos dinámicos reportados por la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud y de los Tabulados básicos de la Encuesta Intercensal 2015, reportados por el INEGI.

El Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016, Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud, de la Secretaría de Salud, reportó la dispersión de los trabajadores de la salud[39] entre instituciones. En 2014, cuatro de cada diez trabajadores se encontraban en la Secretaría de Salud, tres de cada diez en el IMSS y en el sector privado poco menos de dos trabajadores. Al considerar únicamente el número de personal médico por institución, destaca que la Secretaría de Salud y el IMSS concentran la mayor cantidad de médicos generales, aproximadamente 75% del total en el país (Secretaría de Salud, 2016). Por otra parte, la cantidad de médicos generales titulados en el período de 2000 a 2015, alcanzó la cifra de diez médicos por cada 100 mil habitantes, en tanto que para personal de enfermería se observó la cantidad de 9.5 por cada 100 mil habitantes.

En este sentido cabe destacar que para el período de 2000 a 2015, en Baja California Sur y Quintana Roo no se contaba con escuelas o facultades de medicina (Secretaría de Salud, 2016).

Afiliación, acceso y uso de los servicios de salud

Afiliación

El indicador de acceso a los servicios de salud considera que las personas derechohabientes tengan acceso a servicios médicos de alguna institución pública de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), el Seguro Popular o los servicios médicos privados; por lo tanto, el indicador es reflejo del nivel de afiliación de la población a algún sistema de salud.

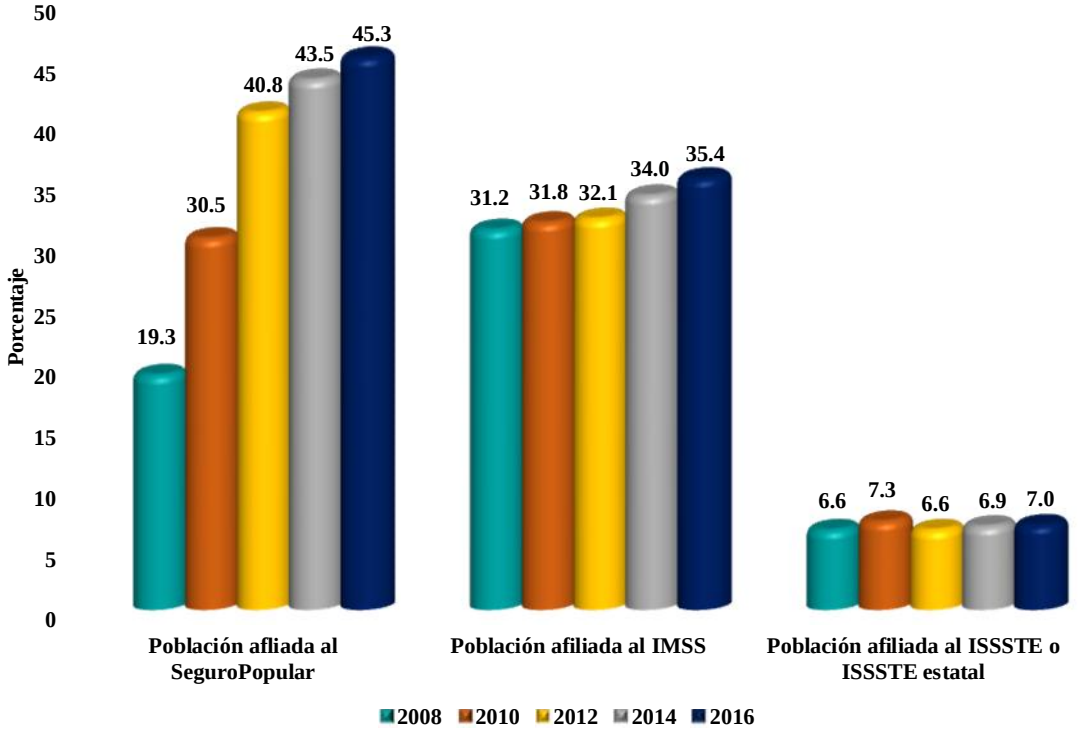
En 2016, 15.5% de la población del país presentaba esta carencia, es decir 19.1 millones de personas reportaron no contar con acceso a servicios médicos. En el

[39] Se considera a todas las y los profesionales de la salud que están en contacto con pacientes y los que se encuentran en labores administrativas, incluyendo personal médico, de odontología, de enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y otro personal técnico.

período de 2008 a 2016, la reducción de la población en esta situación fue de 22.9 puntos porcentuales; es decir, en ocho años 23.8 millones de personas más reportaron contar con cobertura médica. De 2008 a 2010 se observa la mayor reducción de esta carencia con 9.2 puntos porcentuales, lo que equivale a 9.4 millones de personas.

La reducción de esta carencia se debe principalmente a la tendencia creciente de afiliación al Seguro Popular. De 2008 a 2016, el porcentaje de población afiliada a este esquema pasó de 19.3 a 45.3%, lo que significa que en 2016 la mayor provisión de servicios de salud en el país se otorgaba mediante el Seguro Popular, seguido del IMSS que alcanzó 35.4% en 2016 (ver gráfica siguiente).

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SU AFILIACIÓN, MÉXICO*, 2008-2016

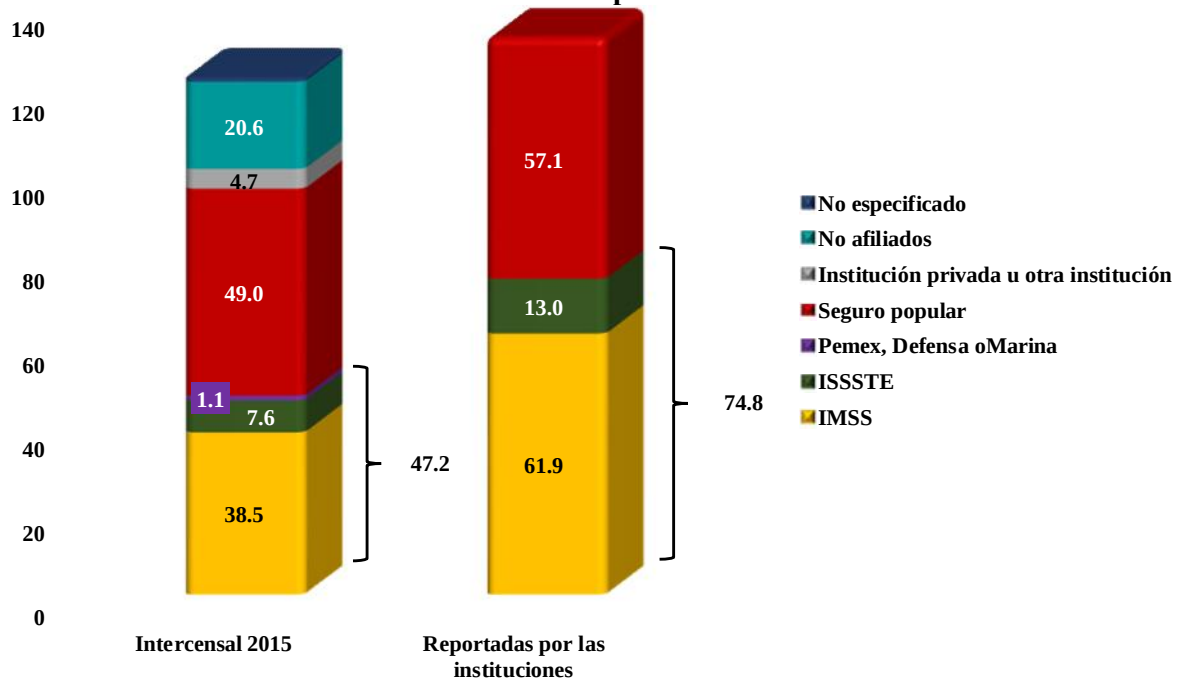


* Cabe señalar que una persona puede estar afiliada a más de una institución.
Nota: Algunas cifras pueden variar por cuestiones de redondeo
FUENTE: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2012, 2014 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

En la actualidad, la mayor parte de la población del país está afiliada a algún sistema de salud. Sin embargo, se presentan inconsistencias entre las cifras reportadas en 2015

por las propias instituciones y los resultados de la Encuesta Intercensal del mismo año. De acuerdo con la Intercensal, de los 119.9 millones de mexicanos, 47.2 millones señalaron estar afiliados alguna institución de seguridad social, 49.0 millones reportaron afiliación al Seguro Popular, y 20.6 dijeron no estar afiliados a alguna institución. En contraste, de acuerdo con las cifras de las propias instituciones, ese mismo año, 74.8 millones de personas estaban afiliadas a la seguridad social[40], y 57.1 millones al Seguro Popular. Así, la Encuesta Intercensal reportó cifras de personas afiliadas inferiores a las institucionales (ver gráfica siguiente).

COMPOSICIÓN DE LA AFILIACIÓN A INSTITUCIONES PÚBLICAS POR TIPO DE FUENTE, MÉXICO, 2015
-Millones de personas-



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con datos de los tabulados de la Intercensal 2015 del INEGI y del Quinto Informe de Gobierno 2016-2017 (cifras de 2015).

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.

[40] Sin incluir Pemex, Defensa y Marina.

De acuerdo con el Censo 2010, en México había 192 mil 245 localidades, de las cuales 188 mil 594 eran rurales (menos de 2 mil 500 habitantes) y en ellas vivían 26 millones de personas.

LOCALIDADES Y POBLACIÓN GEOGRÁFICA Y GRADO DE ACCESO GEOGRÁFICO

Censo 2010			Grado de acceso geográfico a servicios de salud					
			Muy alto (1)	Alto (2)	Medio (3)	Bajo (5)	Muy bajo (6)	Sin acceso (6)
Localidades								
Urbanas	Ciudad (a)	630	587	43	-	-	-	-
	Centro de población (b)	3 021	2 531	490	-	-	-	-
Rurales (menores a 2 mil 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 porcentual		**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 a 2 mil 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		**100.00**	**81.6**	**9.2**	**2.0**	**3.3**	**1.0**	**2.8**

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.

FUENTE: CONEVAL, 2012b 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.

De acuerdo con esta clasificación, del total de las localidades del país, 7.4% (14 mil 178) de ellas tenían en 2010 un muy alto grado de acceso geográfico a los servicios de salud, pues disponían de un centro de salud o unidad de hospitalización; estas localidades concentraban casi 82% (91.6 millones) de la población del país (ver cuadro anterior). El resto tiene diferente grado de acceso:

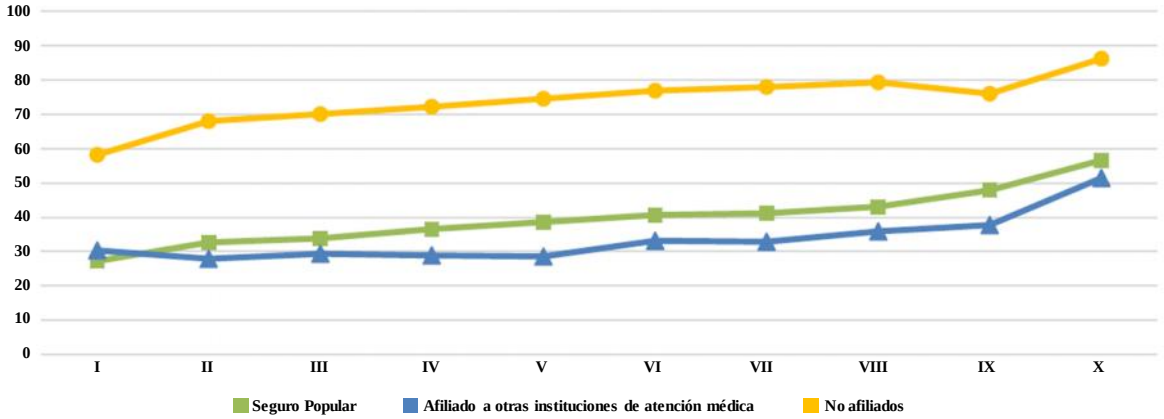
- Alto grado de acceso: 50 mil localidades con 10.4 millones de habitantes.
- Grado de acceso medio: 18 mil localidades con 2.3 millones de personas.
- Bajo y muy bajo grado de acceso: 52 mil 658 localidades (27.4%) con 4.8 millones de personas.
- Sin acceso: 57 mil 171 (29.7%) con 3.2 millones de personas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

Uso de los servicios de salud

De acuerdo con datos del MEC del MCS-ENIGH 2016, 31.5 millones de personas (42.3% de las personas que reportaron haber tenido algún problema de salud que les haya impedido realizar sus actividades diarias) usaron 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 reportó hacer uso de ellos (ver gráfica siguiente). Así, 36.9% de la población en los cuatro deciles más pobres utilizaban los

servicios privados de salud, aunque no necesariamente de forma exclusiva.

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, 2016
-Porcentaje respecto del total de cada decil-



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con información del MEC del MCS-ENIGH 2016.

Paquetes de beneficios diferenciados

Las instituciones otorgan diferentes beneficios a sus afiliados y afiliadas con calidad heterogénea. El IMSS no tiene definidas intervenciones o un paquete de beneficios explícitos; otorga los servicios con base en la capacidad resolutiva 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 ofrezcan a sus trabajadores y trabajadoras los servicios médicos y hospitalarios. En cambio, el Seguro Popular limita su cobertura a un mil 621 enfermedades. 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-Prospera y de recursos estatales.

Es importante mencionar que los beneficios que se obtienen a través del Seguro Popular no pueden ser equiparados a la derechohabiencia a instituciones de seguridad

social, como el IMSS o el ISSSTE, ya que los derechohabientes a estas instituciones cuentan con los beneficios de la red médica y hospitalaria de cada uno de estos proveedores. Por su parte, la calidad y cobertura de los servicios del Seguro Popular, al no ser proveedor de servicios, dependen de la capacidad instalada en cada región.

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

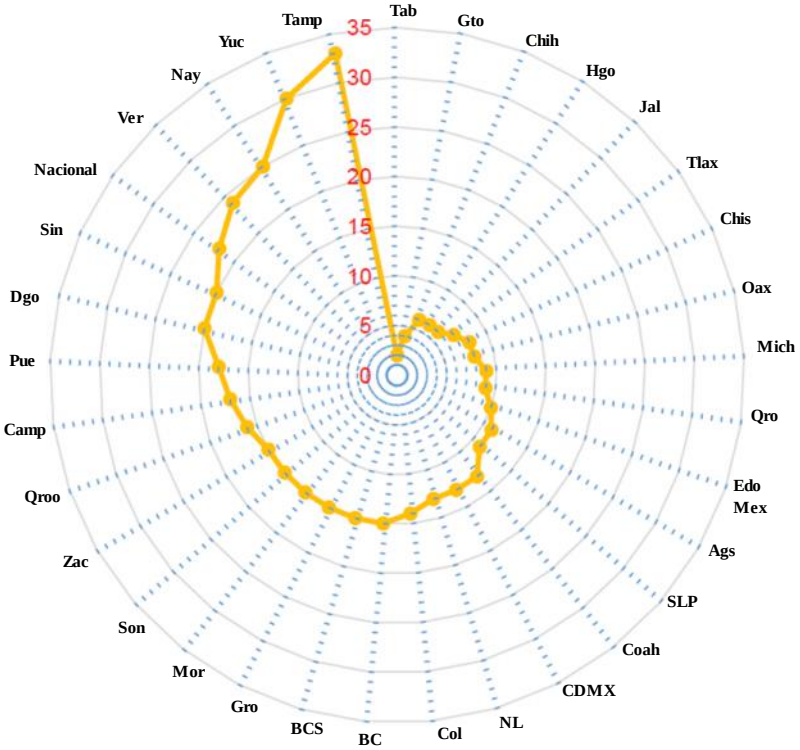
Existe una gran dispersión en la entrega de los servicios de salud en el país. De acuerdo con el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 (Inventario CONEVAL Estatal) y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 (Inventario CONEVAL Federal), el número de programas y acciones de salud en el país fue de 443 estatales (2014) y 22 federales (2016) (ver gráfica siguiente).

Las entidades con el mayor número de programas y acciones de salud en 2014 fueron Tamaulipas (33 programas, 28% del total de programas en la entidad), Yucatán (30 programas, 24.8% del total de programas en la entidad) y Nayarit (25 programas, 24.3% del total de programas en la entidad); mientras que Tabasco (2 programas, 8% del total de programas en la entidad) y Guanajuato (4 programas, 5.1% del total de programas en la entidad) fueron las entidades con menos programas alineados a este derecho.

En el ámbito federal, el CONEVAL identificó en 2016, y clasificó como prioritarios por su contribución a la disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud,

ocho programas de los cuales cuatro se consideran fuertemente prioritarios y cuatro ligeramente prioritarios[41].

NÚMERO DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE SALUD ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016), MÉXICO



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016, el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 y los resultados de la Medición de la pobreza 2016.

Otra manera de analizar la relevancia de las intervenciones en salud es a través del gasto por persona que ejercieron en 2014 (2016 para el caso de los programas federales) (ver gráfica siguiente)[42]. El estado con el gasto por persona más alto fue Chiapas (31 pesos), enseguida, se encuentran Quintana Roo (27.4 pesos), Nayarit (16.6 pesos), y Campeche (11.8 pesos). El gasto en salud del Gobierno Federal ascendió a 2

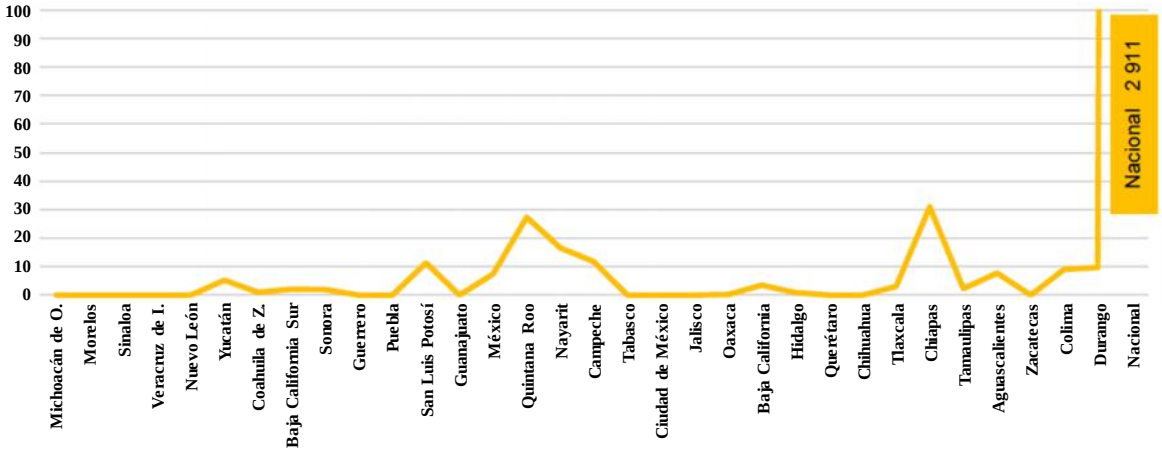
[41] Para mayor información consultar el informe CONEVAL de Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2017, recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/Consideraciones%20Presupuestales/Consideraciones%20Presupuestarias%202017.pdf

[42] El cálculo es el cociente "bruto" del presupuesto que ejercieron los programas de salud en 2014 y 2016 en relación con el número total de personas en la entidad, de acuerdo con la encuesta Intercensal 2015; es decir, sólo se considera a la población potencial sin tomar en cuenta la población objetivo.

mil 911.5 pesos por persona, lo que muestra un incremento respecto a los un mil 605.5 pesos por persona identificados en 2010.

GASTO ANUAL POR PERSONA DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES FEDERALES (2016) Y ESTATALES (2014) DE SALUD, MÉXICO, 2016

-Pesos-



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016, el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 y los tabulados básicos de la encuesta Intercensal 2015.

2. Diagnóstico de riesgos asociados a la vejez, discapacidad y orfandad

El acceso a la seguridad 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 seguridad social es ofrecer a las y los trabajadores protección económica y de salud ante la vejez, la discapacidad y la

muerte, así como ante la maternidad, enfermedades y accidentes que ocasionen incapacidad temporal para trabajar.

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 todas y 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; aun dentro del contributivo coexisten diversos esquemas de pensiones. Sólo las y 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 o trabajadora, empleador o empleadora 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 las y los trabajadores del sector privado (externos) como a los del mismo instituto. Las y 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 las y 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 las y los trabajadores. Lo mismo sucede con las y los trabajadores al servicio del Estado que cotizan al ISSSTE, pues la reforma de 2007 trajo consigo un sistema de cuentas individuales para las y los nuevos trabajadores y la elección para las y los empleados 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 (Sinaloa y Estado de México, entre otros), la mayoría aún son de reparto.

El IMSS, la institución de seguridad social de las y 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 de la o el afiliado o pensionado o pensionada (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 las y los trabajadores afiliados ante la maternidad y enfermedades y accidentes no laborales que generen incapacidades de carácter temporal.

En 2016, el IMSS registró un gasto de 67.2 millones de pesos por concepto del pago de 276 mil 53 jubilaciones y pensiones, de los cuales 214 mil 903 (77.8%) fueron jubilaciones por años de servicio, mientras que 35 mil 196 fueron pensiones otorgadas directamente a las o los trabajadores (cesantía en edad avanzada y vejez, incapacidades parciales permanentes, invalidez por riesgo de trabajo y por enfermedad general) que representan 12.8% del total, asimismo, se otorgaron 25 mil 954 pensiones por

fallecimientos, que significan 9.4% del total (IMSS, 2017). Lo anterior, revela que para 2016 poco más de 90% de las personas que recibieron una pensión por el IMSS, dicha recepción estuvo directamente relacionada con su edad. El resto la obtuvo a causa de un accidente, enfermedad con secuelas permanentes o por viudez.

En 2017, los pensionados del IMSS por Invalidez y Vida y por incapacidad permanente de riesgos de trabajo bajo el régimen de 1973 alcanzaron su pensión a una edad promedio de 51 años, mientras que la edad promedio de las y los pensionados por los mismos motivos del régimen de 1997 fue de 41 años (Registros Administrativos IMSS, 2018b).

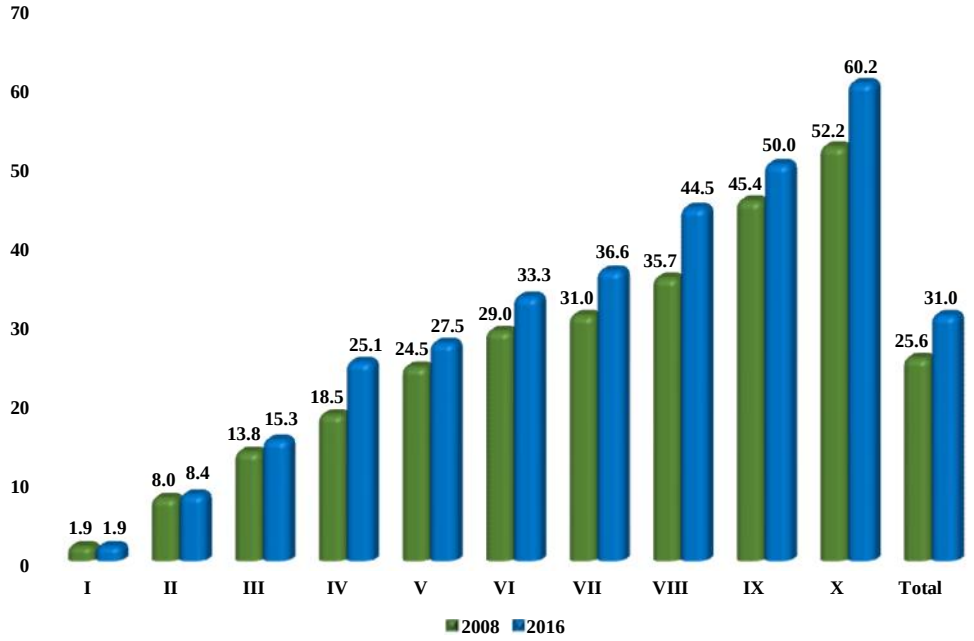
En 2017, 3.4 millones de trabajadoras y trabajadores afiliados al IMSS tuvieron una incapacidad temporal derivada de un accidente o enfermedad durante un promedio de 17.3 días (Registros Administrativos IMSS, 2018b). La problemática asociada a esta situación, junto con las diferencias de cesantía y vejez, 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 las y los trabajadores y sus familias, además de la economía nacional. El retiro de una trabajadora o 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 o trabajadora 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 las y los trabajadores del sector privado.

Pensiones de vejez

Las pensiones de vejez tienen como objetivo 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, 26% de las personas mayores de 65 años no tienen algún tipo de pensión o programa de apoyo económico para adultos mayores. En lo que se refiere a pensiones de retiro o vejez de la seguridad social, de acuerdo con cifras de la ENIGH, en 2016 sólo 31% de las personas mayores de 65 años estaban cubiertas, y los deciles más bajos eran los más desprotegidos (ver gráfica siguiente). Mientras que 60.2% de los adultos mayores en el decil 10 cuentan con una pensión, el porcentaje es de sólo 1.9 para el decil con menores ingresos.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS CON PENSIÓN O JUBILACIÓN, O AMBAS, DE LA SEGURIDAD SOCIAL (CONTRIBUTIVO) POR DECIL DE INGRESO, MÉXICO, 2008 Y 2016



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

La situación se agudiza en la población indígena donde ocho de cada diez personas nunca han contribuido a la seguridad social (ver figura siguiente), lo cual significa que

no contarán con una pensión o jubilación contributiva al final de su vida laboral —con las prestaciones sociales que esto implica— y podrían depender solamente de los programas sociales y pensiones no contributivas.

POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN SU CONTRIBUCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL, MÉXICO, 2016
-Porcentaje-

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

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 las y 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). Las y los pensionados del seguro de retiro, cesantía y vejez también reciben atención médica por parte del IMSS. Para el cierre del año 2016, el porcentaje de las y los asegurados o cotizantes del IMSS era de 40.8% respecto a la población derechohabiente en el mismo año[43].

En el marco de la Ley del IMSS vigente, las pensiones de cesantía en edad avanzada se otorgan a las y los trabajadores que quedan privados de trabajo remunerado a partir de los 60 años. La o el trabajador debe tener un mil 250 semanas de cotización (24 años) para tener derecho a la pensión. Si no reúnen este requisito, tienen la opción de

[43] Esto se refiere a las personas que están aseguradas en el IMSS de manera directa como titulares. Se incluyen todas las modalidades de aseguramiento, tanto las relacionadas con trabajadores como con los no trabajadores en las modalidades 32 (seguro facultativo), 33 (seguro de salud para la familia) y 40 (continuación voluntaria al régimen obligatorio). No considera a pensionados, ni a los beneficiarios de asegurados y pensionados (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016)

seguir cotizando para cubrir las semanas necesarias o retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición; con ello, declinan 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 sobrevivencia 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 a quienes hayan cotizado por lo menos un mil 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 sobrevivencia, 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.

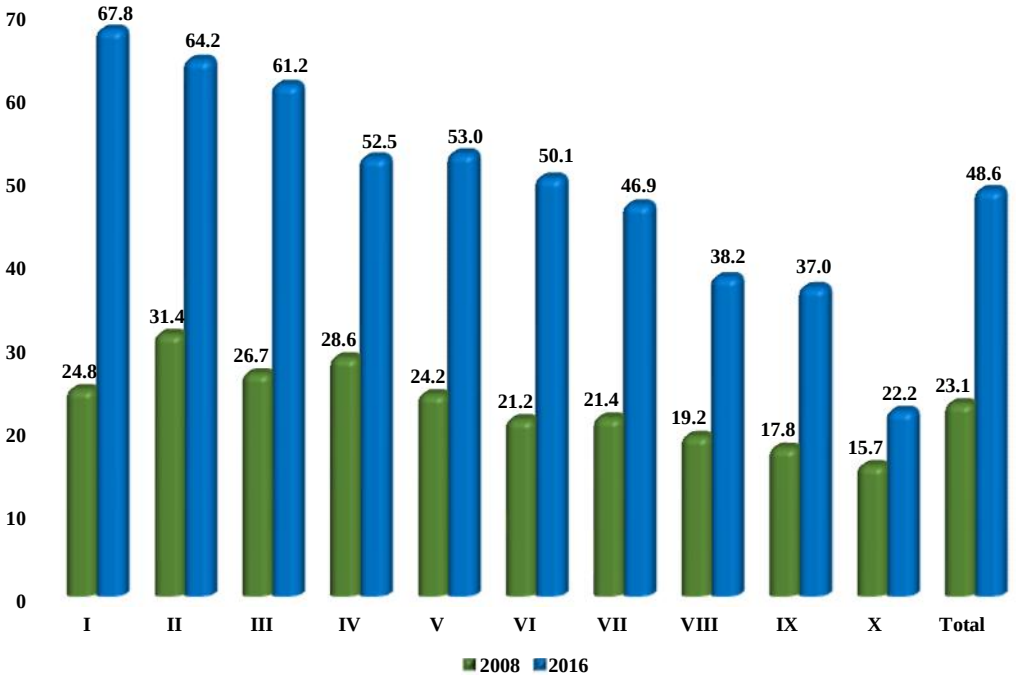
En ambos tipos de pensiones, el seguro de sobrevivencia es para otorgar una pensión a la esposa o concubina del pensionado por cesantía o vejez, así como a hijas a hijos menores de 16 años o menores de 25 años si siguen estudiando después de la muerte del pensionado. En el caso de la viuda, el monto de la pensión es equivalente a 90% de la pensión que estaba disfrutando el pensionado, de 20% para cada uno de las hijas e hijos huérfanos de padre, y 30% para los huérfanos y huérfanas de ambos padres. La suma de las pensiones de la viuda y los hijos e hijas 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 100% de la Pensión de Cesantía o Vejez. En el caso de la Ley de 1997, la misma pensión le corresponde al viudo o

concubinario que dependiera económicamente de la trabajadora; tratándose de la Ley 1973, la pensión le corresponde al viudo o concubinario si dependía económicamente de la trabajadora y se encuentra completamente incapacitado.

Por otro lado, debido a que no todas las y 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. En 2016, 48.6% 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 60% en los tres primeros deciles, aunque en los más altos también se han visto beneficiados (ver gráfica siguiente).

Asimismo, la gráfica muestra cómo la cobertura de los programas de adultos mayores creció entre 2008 y 2016, lo cual favoreció principalmente a la población de menores ingresos. En términos de cobertura, los programas de adultos mayores alcanzan a un mayor porcentaje de la población donde tiene menor presencia la cobertura de los sistemas contributivos; sin embargo, el acceso a la seguridad social sigue siendo diferenciado, ya que los sistemas contributivos incluyen el acceso, al menos, a servicios de salud, componente que no está contemplado en los programas de adultos mayores no contributivos.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS BENEFICIARIA DE PROGRAMAS DE ADULTOS MAYORES POR DECIL DE INGRESO, MÉXICO, 2008 Y 2016



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Actualmente, la pensión de vejez no contributiva más importante, en cuanto a cobertura y presupuesto, es el programa PAM del Gobierno Federal. Asimismo, existe un amplio y diverso conjunto de programas estatales, como los de Durango, Guerrero, Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Nuevo León, Sonora, Veracruz de Ignacio de la Llave y Zacatecas.

Hasta 2011, el programa 70 y Más —hoy PAM— de la SEDESOL cubría a todas las personas de 70 años y más que residían en localidades menores de 30 mil habitantes. En 2018 el apoyo monetario otorgado por el PAM consta de 580 pesos mensuales, en entregas bimestrales, y un pago de marcha de un mil 160 pesos otorgado por única vez a la persona nombrada como representante por la o el beneficiario cuando éste fallece. Para junio de 2017, el programa registró un padrón de 5 millones 375 mil 977 personas atendidas, lo que representa un aumento de 188.4% en su cobertura respecto al 2008 y

un presupuesto original para el mismo año de 39 mil 100.5 millones de pesos (Listado CONEVAL, 2017).

En el ámbito estatal, en 2014, fueron al menos 11 entidades federativas las que otorgaron 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 para ser beneficiarios y los montos de los beneficios. En general, estos programas exigen una condición de residencia en la entidad durante un número de específico de tiempo y no recibir algún otro beneficio por concepto de pensión. Los detalles de estos programas, así como el número de beneficiarios y beneficiarias y el monto presupuestario estatal asignado en 2014 (estatal) y 2016 (federal), se presentan en el cuadro siguiente.

Ahora bien, a pesar de estos esfuerzos, en 2016 aún había en el país 2.5 millones de personas de 65 años o más que no recibían pensiones contributivas o no contributivas y de éstas, 61.1% eran mujeres. Lo cual tiende a profundizarse ante el envejecimiento de la población y una mayor sobrevivencia femenina en edades avanzadas (CONEVAL, 2018).

PROGRAMAS DE PENSIONES FEDERAL (2016) Y ESTATALES (2014) PARA ADULTOS MAYORES, MÉXICO

Gobierno	Programa	Requisitos	Tipo de apoyo	Monto mensual (pesos)	Periodicidad	Beneficiarios o beneficiarias	Presupuesto ejercido (MDP)
Federal	Pensión para Adultos Mayores	Adulto mayor de 65 años o más que no perciba pensión de tipo contributiva superior a un mil 92 pesos mensuales	Monetario / No Monetario	580	Bimestral	5 453 775.00	38 846.26
Chiapas	Amanecer	64 años y ser residente de Chiapas	Monetario	550	Mensual	N.D.	1 043.92
Coahuila de Zaragoza	Programa Bienestar del Adulto Mayor	N.D.	Monetario / No Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	1.00
Distrito Federal (hoy Ciudad de México)	Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años Residentes en el Distrito Federal	Establecidos en la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años	Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Durango	Seguro Social para Pensión Norteamericana	Personas que trabajaron como mínimo 10 años en Estados Unidos de Norteamérica, que cuentan con número de Seguro Social Norteamericano propio y cuya edad es de 62 años como mínimo	Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Estado de México	Programa de Gente Grande	Personas de 60 o más que viven en condición de pobreza multidimensional	No monetario	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Guerrero	Programa Pensión Guerrero	N.D.	Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	42.09
Jalisco	Programa Atención a los Adultos Mayores	65 años o más, que no reciben ingresos a través del pago de jubilación o pensión de tipo contributivo	Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	400.00
Nuevo León	Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor	N.D.	Monetario / No Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	552.00
Sonora	Programa de Apoyo a Adultos Mayores	N.D.	Monetario / No Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Veracruz de Ignacio de la Llave	Asistencia Alimentaria para el Adulto Mayor	N.D.	No Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
	Programa Adelante con nuestros abuelitos	Adultos mayores de 60 años	No Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Zacatecas	Programa Sumando a los Abuelos	N.D.	Monetario	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016.

En el sistema de pensiones de vejez actual se observan los siguientes problemas:

a) En 2016, 69% de los adultos mayores de 65 años no recibían 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 2016, sólo 24.8% de las y los jóvenes ocupados (de 15 a 29 años) a nivel nacional tenía Sistema de Ahorro para el retiro (SAR) o se encontraban inscritos en alguna de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) (CONEVAL, 2018).

b) La intermitencia entre el mercado laboral formal e informal, es decir el tránsito de trabajadores y trabajadoras entre estos dos sectores, afecta la densidad de cotización (DC)[44]. De acuerdo con Castañon Ibarra y Ferreira Blando (2017), la DC promedio de los cotizantes al IMSS de la generación AFORE[45] es de 42.9%, lo anterior sugiere que en promedio las y los trabajadores pasan más de la mitad de su vida laboral en la informalidad. El diseño actual del sistema de pensiones en México tiene como elemento fundamental, el número de cotizaciones que se tienen que hacer para tener derecho a recibir una pensión. La Ley del Seguro Social (LSS) establece un mínimo de 1250 semanas cotizadas para obtener una pensión. (Castañon Ibarra y Ferreira Blando, 2017).

c) Para 2017, el salario promedio de cotización al IMSS fue de 334.21 pesos (4.2 salarios mínimos), mientras que, para diciembre de 2016, 36.5% de las y los cotizantes trabajadores al IMSS[46], lo hacían con uno y dos salarios mínimos.

---

[44] Este indicador puede definirse como el cociente de los períodos con aportación que el trabajador ha realizado al sistema de pensiones, entre el tiempo total que ha permanecido en el mercado laboral.

[45] Castañón Ibarra y Ferreira Blando (2017), le llaman generación AFORE al grupo de trabajadores que han cotizado al IMSS desde julio de 1997 y hasta diciembre 2015.

[46] Se refiere a los trabajadores en las modalidades 10, 13, 14, 17, 30, 34, 35, 43, 44, 36, 38 y 42. Debido a que un mismo trabajador puede registrarse en el Instituto con más de un empleo en más de una empresa; la estadística de trabajadores del IMSS contabiliza a estos afiliados tantas veces como número de puestos mantengan. Para mayor detalle sobre la descripción de las modalidades de aseguramiento en el IMSS consulte el glosario de términos del Capítulo I. Asegurados, de la Memoria Estadística 2016, disponible en http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2016

Aun cuando las y los trabajadores logren cumplir con los requisitos establecidos en la LSS para tener derecho a recibir una pensión, el bajo nivel salarial de cotización 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 (PMG), como lo estipula el artículo 170 de dicha Ley.

d) En las y 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 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 limitación estructural del sistema de pensiones para otorgar beneficios a toda la población, así como la precarización del mercado laboral, 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 la o el trabajador termina con una pensión contributiva inferior a una Pensión Mínima Garantizada otorgada por la seguridad social.

Finalmente, en cuanto a incidencia distributiva, el sistema de pensiones en México ejerce una proporción sustantiva del gasto social a través de instrumentos regresivos en términos absolutos en detrimento de instrumentos progresivos o neutrales. Un ejemplo de lo anterior son las brechas en el nivel de gasto y pensiones; en 2015, de 100% del subsidio público para pensiones, el programa de Pensión para Adultos Mayores (PAM) del sistema no contributivo recibía sólo 7.3% de este presupuesto y atendía a 53.4% de la población con pensión (contributiva o no contributiva); por su parte, el sistema contributivo[47] contaba con 92.7 del presupuesto y atendía solo a 46.2% de la población con pensión (contributiva o no contributiva)[48].

Pensiones de invalidez y vida

El seguro de invalidez general de la seguridad social protege a las y 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 de la o el asegurado. Asimismo, las y 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

[47] Conformado por pensionados del IMSS, IMSS RJP, ISSSTE, PEMEX, CFE, LFC.
[48] Al respecto, véase el informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018.

laboral, en primera instancia, las y los trabajadores incapacitados reciben un subsidio equivalente a 60% del Salario Base de Cotización, a partir del cuarto día de incapacidad y hasta por un período 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% de la percibida durante el último año—, el Seguro de Invalidez y Vida le otorgará una pensión temporal por períodos 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, la o el trabajador debe cotizar al menos 250 semanas (150 si la incapacidad es de más de 75% 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. Una o 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 100% del salario mayor de los que sirvieron de base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas.

En caso de fallecer la o el asegurado o pensionado o pensionada por invalidez, se otorga una pensión a los dependientes del asegurado o asegurada, la cual es vitalicia para la viuda (o viudo si éste hubiera sido dependiente económico de la asegurada);

para las y los hijos, el beneficio sólo se otorga hasta que éstos cumplan 16 años o los 25 si las y los huérfanos siguen estudiando, o bien, no hay límite de edad cuando la o 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 o viudo, ni hijos o hijas, se otorga una pensión vitalicia a las y los ascendientes (padre, madre, abuelo o abuela) de la o el 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% 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% de la pensión que le hubiera correspondido a la o el asegurado en caso de que se hubiera pensionado por invalidez, o la que ya gozaba la o el pensionado. Las y los huérfanos reciben el 20% si sólo son de padre o de madre, y 30% si son de ambos. Al igual que en las pensiones de cesantía y vejez, el monto de las pensiones de la viuda o viudo e hijos e hijas no debe superar el 100% de la pensión que recibía o hubiera recibido la o el pensionado por invalidez.

Es importante mencionar que, en el sistema no contributivo, la SEDESOL cuenta también con un seguro de sobrevivencia (Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia), el cual brinda un seguro de vida a las familias con jefatura femenina en situación de vulnerabilidad por carencias sociales o por ingresos, para contribuir a que las niñas, niños y jóvenes hasta 23 años, en condición de orfandad materna, asistan a la escuela y cuenten con un esquema de seguridad social. Se otorga un apoyo que oscila entre 330 y 2 mil 40 pesos mensuales, de acuerdo con el nivel educativo al que asiste, siempre y cuando éstos se encuentren inscritos en el Sistema Educativo Nacional. Se

excluye de este requisito a los menores, que no se encuentran en edad escolar o padecen alguna discapacidad que no les permita asistir a la escuela.

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 la o el trabajador se traslada al lugar del trabajo y de éste a su domicilio.

En México, las y 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 la o el asegurado haya cotizado en el IMSS. La y 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 o trabajadora del 100% de su último salario base de cotización, desde el primer día que se incapacita y hasta por un máximo de 52 semanas. Durante este período, de ser necesario, se hace una valoración 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 la o 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 513 de la Ley Federal del Trabajo. Ello implica que el

trabajador o trabajadora 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 o asegurada una pensión provisional durante un período de dos años, en los cuales tanto el IMSS como la o el pensionado pueden pedir que se revise el dictamen de incapacidad. Si al finalizar el período de adaptación persiste la incapacidad o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, 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— procede cuando el grado de incapacidad permanente es igual o menor de 25%, o si la o el trabajador tiene una incapacidad entre 25 y 50% y elige esta forma de compensación, en vez de una pensión. El monto de una pensión por incapacidad permanente total es igual a 70% del último salario de la o el 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 las y los trabajadores y pensionadas y pensionados en caso de muerte por riesgos de trabajo. Ante este evento, se otorga una pensión a los mismos y mismas beneficiarias que en el caso de las pensiones de cesantía, vejez e invalidez. Además de las anteriores prestaciones en dinero, las y los pensionados y sus beneficiarios y beneficiarias tienen el derecho 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 y empleadas. 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 las y 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 las 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 de los y las trabajadoras (que incluye la subcuenta de retiro, a la cual contribuyen el empleador o empleadora, el asegurado o asegurada 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 muerte

La discapacidad laboral en las y los trabajadores producto de un accidente o enfermedad es un asunto crecientemente importante en México para la seguridad social, para los propios trabajadores y trabajadoras y para la economía en su conjunto. La protección efectiva de las y 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 y trabajadoras como para patrones y patronas 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 y beneficiarias en caso de deceso de la trabajadora o trabajador, pensionado o pensionada 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 incapacidad 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 pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo”, 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” (Ley Federal del Trabajo, Arts. 478 y 480). 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.

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 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales”. (Ley del Seguro Social. Art. 119). 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.

b) Determinación y medición del estado de invalidez. El procedimiento es complejo, ya que involucra juicios subjetivos del médico sobre la persona afectada 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 una o un trabajador se pensiona por cualquier motivo, incluyendo por riesgos de trabajo e invalidez y vida: a) si se retira con el régimen de la Ley de 1973, el trabajador o trabajadora 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 se retira con 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 o patrona 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 la o 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 o pensionada 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 o trabajadora 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 conductas[49] y tiene pocos incentivos para que las y 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 o pensionada 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 o pensionada 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 o pensionada 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 una o un pensionado tenga dos o 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 100% del salario más alto de los que se hayan utilizado en el cálculo de cualquiera de ellas. Por otro lado, una o 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 o pensionada 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 o pensionada con una o varias pensiones por invalidez y vida o riesgos de trabajo solicita después una de

[49] 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.

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 de la o el 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 2017, el 40.3% del total de pensionadas y pensionados directos por riesgos de trabajo tenían más de una pensión (Registros Administrativos IMSS, 2018b).

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 las y los dependientes de las y los afiliados o pensionados y pensionadas. Los pensionados y pensionadas de riesgos de trabajo e invalidez pueden incorporar/modificar beneficiarios y beneficiarias a la seguridad social de manera ilimitada y en cualquier tiempo. Todas las y 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 las y los huérfanos y a sus ascendientes. En cuanto a las y los huérfanos, la ley limita el pago de una pensión mientras sean menores de edad, se encuentren estudiando o sean discapacitados o discapacitadas; de modo implícito, se reconoce su inhabilidad transitoria para trabajar y su dependencia económica del asegurado o asegurada. Respecto a los viudos o concubinarios y los y las ascendientes, la ley establece en forma explícita que les otorgará pensión sólo si dependen económicamente de la o el 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 las y 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.

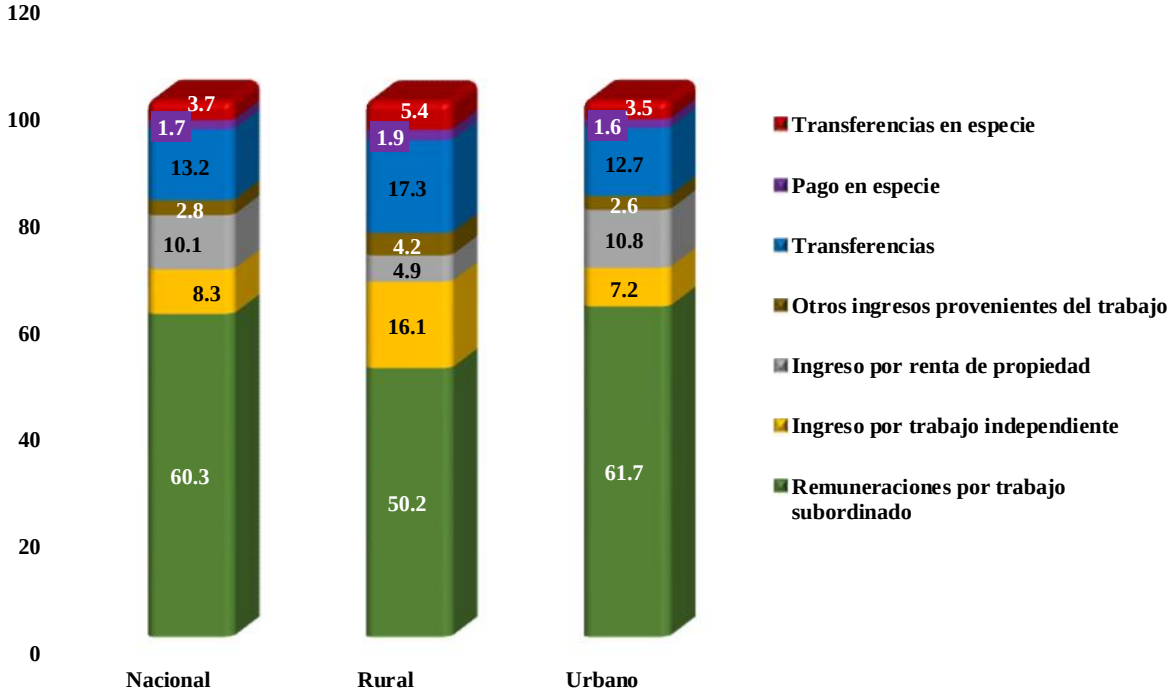
f) Promoción de la intervención temprana para la rehabilitación, el reentrenamiento y la búsqueda de trabajo.

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

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 71.3% del ingreso total de los hogares en 2016. La importancia del ingreso laboral era mayor en áreas urbanas que en las rurales, en especial el ingreso por remuneraciones por trabajo subordinado donde representó 61.7% en el área urbana y 50.2% en el rural; por su parte, el ingreso por transferencias es mayor en las zonas rurales (ver gráfica siguiente). La relevancia del salario es creciente en ambos contextos, lo cual significa que es responsable de la mayor parte de las variaciones en la pobreza, en particular en períodos de alta inflación como la registrada en 2017 que alcanzó un promedio de 6.6 en el último trimestre.

PORCENTAJE DE LOS RUBROS DE INGRESO RESPECTO AL INGRESO CORRIENTE TOTAL MENSUAL POR PERSONA. NACIONAL, RURAL Y URBANO, MÉXICO, 2008-2016



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Desocupación

La desocupación promedio en México entre 2006 y 2017 fue de 4.5 puntos porcentuales. Alcanzó su nivel más alto en el tercer trimestre de 2009 cuando llegó a 6.2% y se mantuvo entre los 5 y 4% hasta mediados de 2016. A partir de cuarto trimestre de 2016 se redujo paulatinamente hasta llegar a 3.3% en el cuarto trimestre de 2017 (ver gráfica siguiente).

El nivel de esta tasa podría ser calificado como bajo si se contrasta con el registrado en el mismo período en los países de la OCDE. La desocupación promedio del conjunto de los países miembros de la OCDE en 2006-2017 fue de 7.1%, 2.6 puntos porcentuales más que el promedio mexicano. Entre los países con la tasa de desocupación más alta en 2017, puede mencionarse a Grecia (21.0%), España (16.6) e

Italia (11.4%)[50]. 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.

Si se consideran los indicadores de desocupación complementarios como la tasa de subocupación[51], de ocupación parcial y desocupación[52] y las condiciones críticas de ocupación[53], el panorama varía y México presenta datos menos alentadores (ver gráfica siguiente). Aun así, en el período considerado, la tasa de subocupación nunca bajó de 6.0 puntos, la de ocupación parcial y desocupación de 8.9 puntos y la de condiciones críticas de la ocupación de 10.5 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.

---

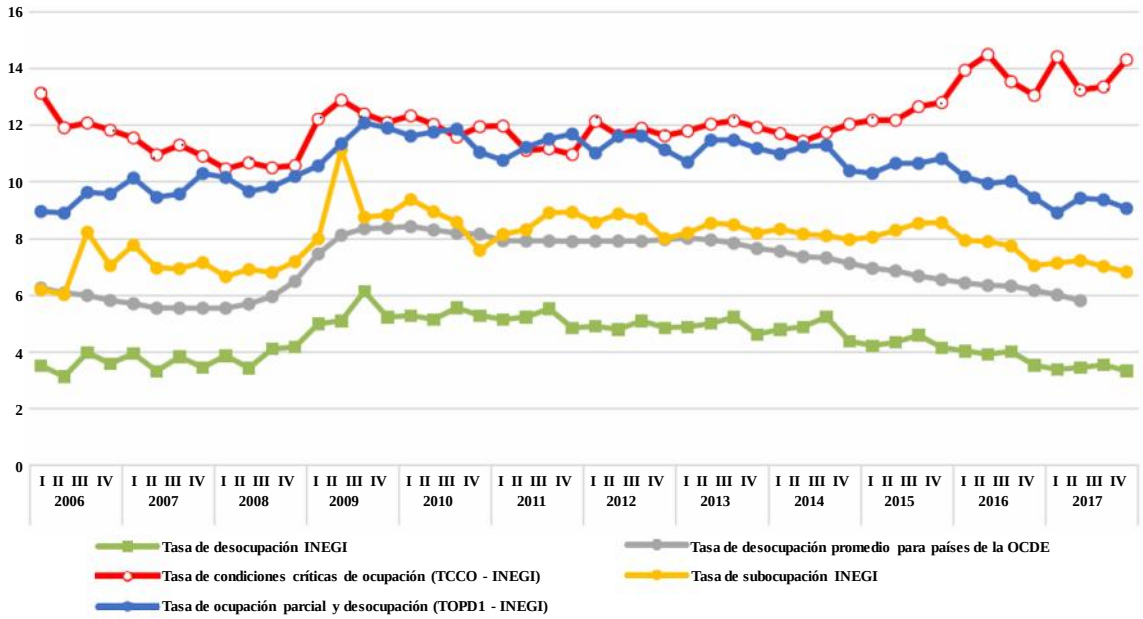
50 OCDE, *Unemployment rate*. Recuperado de: https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm#indicator-chart.

51 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, s.f.).

52 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, s.f.).

53 Personas ocupadas que se encuentran en las siguientes situaciones: trabajan menos de 35 horas a la semana por razones de mercado; trabajan más de 35 horas a la semana recibiendo ingresos laborales mensuales inferiores al salario mínimo; trabajan más de 48 horas semanales percibiendo ingresos de hasta dos salarios mínimos. (INEGI, s.f.).

TASAS DE DESOCUPACIÓN COMPLEMENTARIAS, MÉXICO, 2006-2016
-Porcentaje-



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en la ENOE (2006-2017) y OECD (*Unemployment rate*) recuperado de https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm#indicator-chart.

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 las 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 las y los desempleados financiar la transición hacia un empleo más productivo, aun cuando como efecto secundario pueda aumentar el nivel de las tasas de desempleo.

Otras opciones de las y 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. Las y los trabajadores pueden retirar, por motivo de cesantía, entre 30 y 90 días de salario base de cotización de su AFORE o 11.5% del saldo en la cuenta de retiro, cesantía y vejez (lo que resulte menor) cada cinco años. En 2016, un millón 763 mil 300 trabajadores y trabajadoras del IMSS hicieron uso de este beneficio (CONSAR, 2017, p. 51). 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% de un salario mínimo por un máximo de dos jornales diarios y 132 jornales al año por beneficiario. En 2016, el programa ejerció un presupuesto de 4,357.3 millones de pesos y atendió a 891 mil 95 personas.

d) Seguro de desempleo en la Ciudad de México. La población objetivo son las personas de 18 años o más que buscan empleo y residen en la Ciudad de México. En 2018, el beneficio consiste en la entrega mensual de 2 mil 418 pesos durante un plazo máximo de 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 Latina[54] y de la OCDE que no cuenta con un instrumento de este tipo (CISS, 2011).

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 el PET, el programa de Capacitación para Incrementar la Productividad y el PAE. 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 (ver cuadro siguiente).

PROGRAMAS DE POLÍTICAS ACTIVAS DE EMPLEO, MÉXICO, 2016

Programa	Beneficio	Población atendida (personas)	Presupuesto ejercido (MDP)
Programa de Empleo Temporal (PET)	Jornales/ Equipo para la producción	891 095	4 357.3
Capacitación para Incrementar la Productividad	Capacitación/ Certificación de competencias/ Asesoría jurídica/ Formación y educación	59 763	42.6
Programa de Apoyo al Empleo (PAE)	Servicios de bolsa de trabajo, prácticas laborales, talleres ocupacionales, ferias de empleo/ Capacitación	408 624	1 564.0

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el inventario CONEVAL de programas y acciones de desarrollo social 2016.

En 2016, el PAE ejerció un mil 564 millones de pesos y logró insertar laboralmente a 317 mil 706 personas[55] para contribuir a aminorar el nivel de desocupación (1.9 millones de personas en 2016 según datos de la ENOE). Por lo tanto, se observa el tamaño del área de oportunidad existente para la implementación de políticas activas de empleo en México.

[54] Los países de América Latina con seguro de desempleo son: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Uruguay y Venezuela.

[55] La fuente es Servicio Nacional de Empleo (SNE), Acciones de vinculación laboral disponible en https://www.empleo.gob.mx/sne/acciones-vinculacion-laboral

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

GASTO PÚBLICO EN PROGRAMAS DE MERCADO DE TRABAJO EN PAÍSES DE LA OCDE
-Porcentaje del PIB en 2015-

Indicadores	Gasto público en programas de mercado de trabajo					
	Porcentaje del PIB en 2015					
	Canadá	Corea	México	Estados Unidos de Norteamérica	Polonia	Francia
Servicios públicos de búsqueda de empleo y su administración	0.12	0.04	0.00	0.02	0.08	0.25
Entrenamiento	0.07	0.04	0.00	0.03	0.01	0.37
Incentivos al empleo	0.01	0.04	0.00	0.01	0.13	0.05
Empleo subsidiado	0.01	0.02	0.00	0.03	0.17	0.09
Creación directa de empleo	0.01	0.20	0.00	0.00	0.02	0.22
Incentivos de inicio	0.00	0.02	0.00	0.00	0.05	0.03
Apoyos durante el desempleo	0.62	0.32	0.00	0.18	0.15	1.97
Retiro temprano	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00
Total	0.86	0.67	0.01	0.28	0.73	2.98

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en OCDE *(Public spending on labour markets)*. Recuperado de: https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-labour-markets.htm

Servicios de cuidado infantil

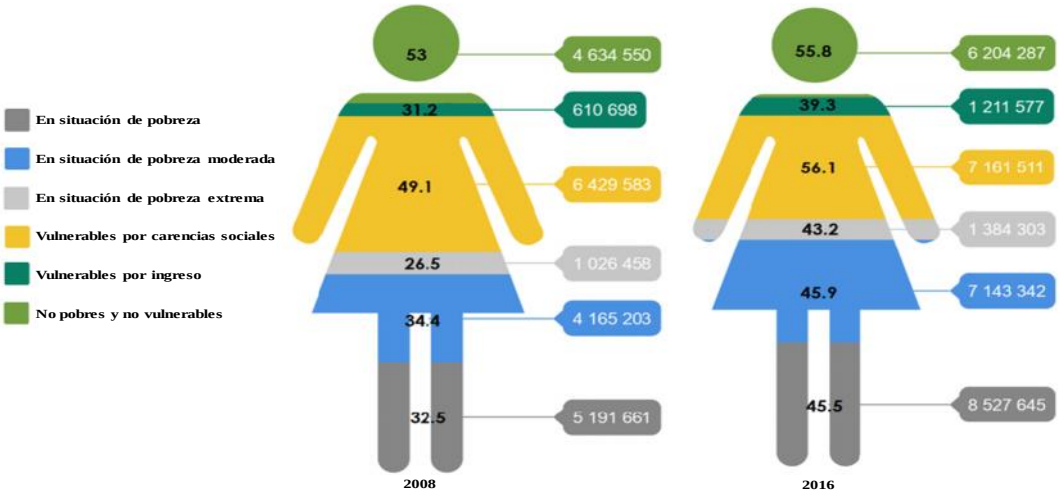
Un tercer riesgo asociado al mercado de trabajo es el de la disminución del ingreso familiar, en virtud de que uno o más miembros que trabajaban, mujeres en particular, requieran permanecer en casa atendiendo a niños, personas con alguna discapacidad o adultos mayores con dificultades para realizar actividades 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 1970 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, p. 882-883). La participación de las mujeres en el trabajo remunerado ha aumentado de 17.6% en 1970 a 43.2 en 2017[56]. Adicionalmente, hay que precisar que la participación laboral de las mujeres es distinta en función de su situación de pobreza. Por ejemplo, en 2016 la participación laboral de las mujeres era de 55.8% entre quienes no eran ni pobres ni vulnerables, pero apenas 45.5% entre quienes eran pobres (ver figura siguiente).

[56] Estimaciones del CONEVAL con información de la ENOE cuarto trimestre de 2017 y Censo General de Población 1970. Porcentaje de la Población Económicamente Activa (PEA) respecto a la población en edad de trabajar.

TASA DE PARTICIPACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES, SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA 2008-2016



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIHG 2008 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Para las mujeres que suspenden temporalmente su vida laboral debido a decisiones reproductivas y al correspondiente período 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. Los servicios no contributivos están conformados por los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil y los Centros de Asistencia Infantil Comunitarios, Cursos de Preescolar Comunitarios, Preescolar Indígena, así como las Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras de la SEDESOL (ver cuadro siguiente).

La oferta pública de servicios de cuidado infantil atendía en 2017 a casi un millón de niñas y niños con diversos tipos de servicios y para diferentes rangos de edad. Los servicios contributivos más importantes, por el número de niñas y niños atendidos, eran los del IMSS con 197 mil 710, mientras que entre los no contributivos las estancias infantiles de la SEDESOL atendían a 317 mil 723 infantes en 2017.

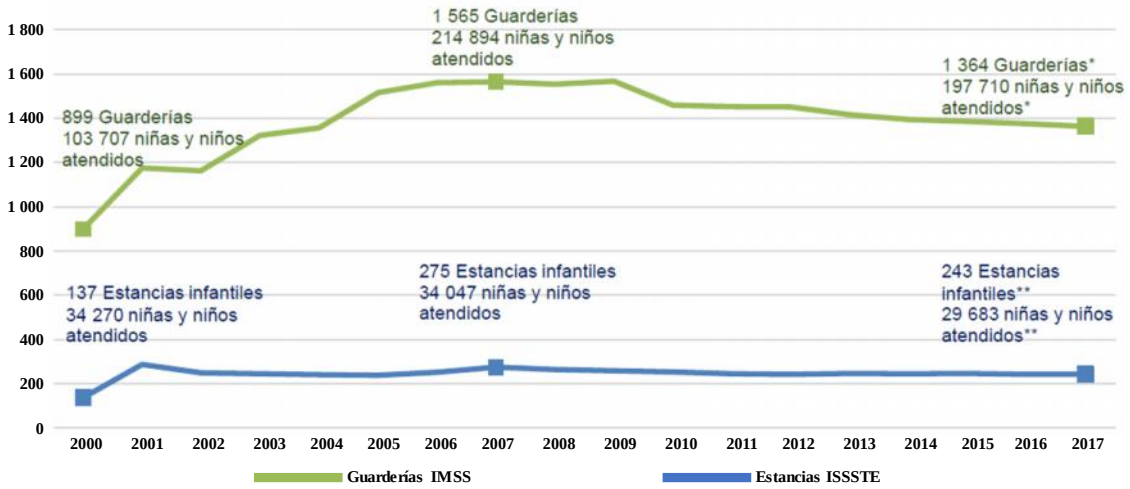
SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL, MÉXICO, 2017

Institución	Nomenclatura	Modalidad	Nivel	Población objetivo	Niñas y niños atendidos	Número de Centros
ISSSTE 1/	Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Hijos de trabajadores afiliados (de 2 meses a 6 años)	29 683*	243*
IMSS 2/	Guarderías	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Hijos de trabajadores afiliados (de 43 días a 4 años)	197 710*	1 364
DIF 3/	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Población infantil (45 días a 5 años 11 meses)	35 462**	486**
SEP 4/	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios	Semiescolarizado (comunitario)	Educación inicial y preescolar	Población infantil (de 2 a 6 años)	70 998**	1 715**
	Centros de Desarrollo Infantil	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	45 días a 5 años 11 meses	67 877***	1 152***
	Cursos de Preescolar Comunitarios	Semiescolarizado (comunitario)	Educación inicial y preescolar	Población infantil (de 3 a 5 años 11 meses)	164 743***	18 237***
	Preescolar Indígena	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Población infantil (de 4 a 6 años)	423 344***	9 838***
SEDESOL 5/	Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	Escolarizado	Educación inicial	Población infantil (de 1 a 3 años 11meses)	312 209*	9 157*
				Población Infantil con alguna discapacidad (de 1 a 5 años 11 meses)	5 514*	
Total					**1 307 540**	**42 192**

1/ Cifras al mes de junio. Incluye el número de niñas y niños atendidos en estancias propias, contratadas y de Organizaciones de la Sociedad Civil, en las que se atienden a niñas y niños con discapacidad.
2/ Cifras al mes de junio. Se refiere a menores inscritos al último día hábil del período que se reporta.
3/ Cifras al mes de septiembre.
4/ Cifras correspondientes al ciclo 2016-2017.
5/ Cifras preliminares a junio.
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en datos obtenidos de: *Anexo Estadístico del Quinto Informe de Gobierno **Informe de Actividades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia correspondiente al período enero-septiembre de 2017 del Sistema Nacional DIF. ***Serie Histórica y Pronósticos de la Estadística del Sistema Educativo Nacional, Sistema Nacional de Información Estadística Educativa, SEP.

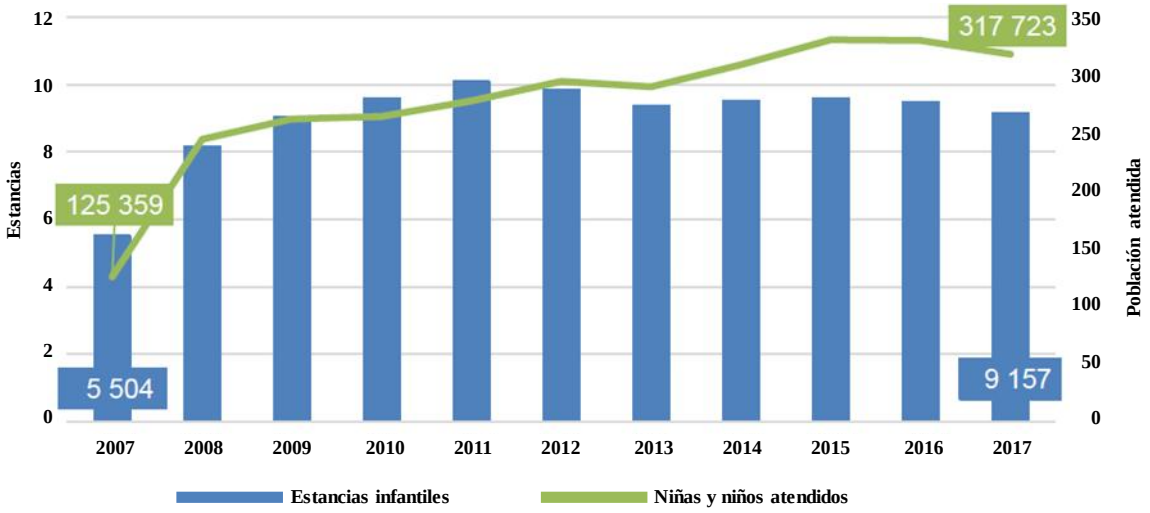
En el largo plazo, los servicios contributivos que crecieron más fueron los del IMSS, pues entre el año 2000 y 2017 el número de niñas y niños atendidos creció 90.6% (al pasar de 103 mil 707 a 197 mil 710; ver gráfica siguiente). El número de niñas y niños atendidos por estancias infantiles de la SEDESOL, por su parte, creció en 153.5% entre 2007 y 2017 (al pasar de 125 mil 359 a 317 mil 723; ver gráfica *Estancias infantiles de la SEDESOL y niñas y niños atendidos*).

SERVICIOS DE GUARDERÍAS DEL IMSS Y ESTANCIAS INFANTILES DEL ISSSTE Y NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS, MÉXICO, 2000-2017
-Guarderías y estancias-



* Cifras al mes de junio. Se refiere a niños inscritos al último día hábil del período que se reporta.
** Cifras al mes de junio. Incluye el número de niños atendidos en estancias propias, contratadas y de Organizaciones de la Sociedad Civil en las que se atienden a niños con discapacidad.
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con información de los Anuarios Estadísticos del ISSSTE (Recuperados de: https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos) y Estadísticas e Informes del IMSS (recuperados de: http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas).

ESTANCIAS INFANTILES DE LA SEDESOL Y NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS, MÉXICO, 2007-2017
-Escala en miles-



Nota: Las cifras de 2017 son preliminares a junio.
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con información del Anexo Estadístico del Quinto Informe de Gobierno 2016-2017. Recuperado de http://framework-gb.cdn.gob.mx/quintoinforme/5IG_ANEXO_FINAL_TGM_250818.pdf

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 2016 fue de 4 mil 230.6 pesos al mes en el IMSS, y 940.0 pesos mensuales en las estancias de la SEDESOL (Anexo estadístico del Quinto Informe de Gobierno 2016-2017).

Entre los resultados de estos programas, el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras es el único que ha tenido una evaluación de impacto, cuyo principal hallazgo fue que una madre beneficiaria tiene mayores probabilidades de encontrar empleo (18%) con relación a las que no reciben el apoyo. Además, de acuerdo con los indicadores de resultados, 70% de las personas beneficiarias que permanecieron más de dos meses en el programa accedieron a un trabajo remunerado (CONEVAL, 2017a). Por su parte, en 2015 y 2016, el tiempo promedio de estadía de los menores en las guarderías del IMSS fue de 7.3 horas diarias, contribuyendo al

objetivo de que los menores asistan a las guarderías durante la jornada laboral de las personas beneficiarias (CONEVAL, 2017b).

Finalmente, entre los retos que enfrentan los servicios de cuidado infantil destacan los siguientes: conseguir que un segmento importante de la población que no puede pagar la oferta de cuidado infantil existente acceda a ésta, tanto por una ampliación de la cobertura como por una mayor difusión de los servicios, particularmente en las localidades con mayor grado de rezago social.

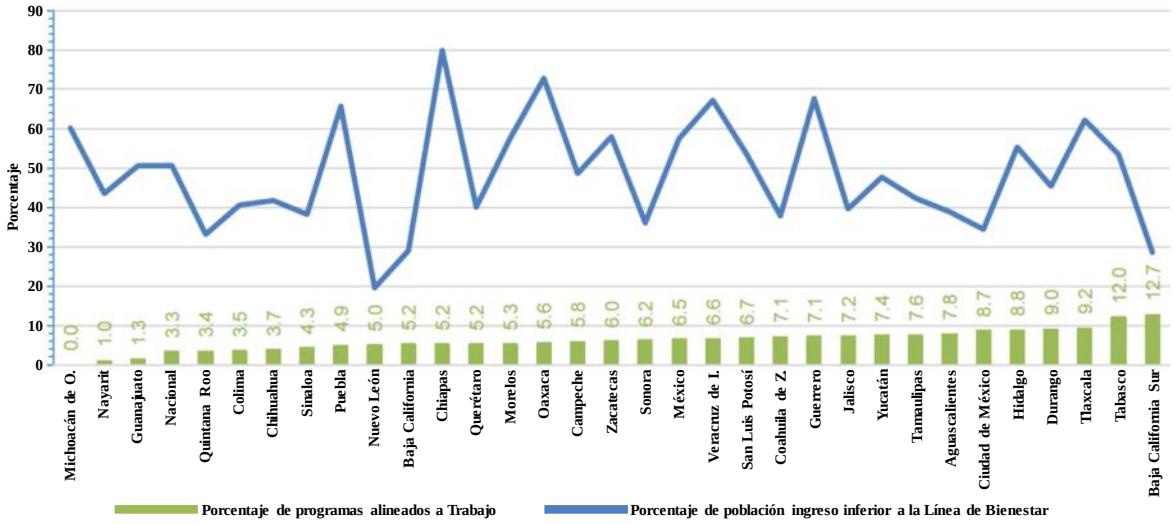
Dispersión de programas federales y estatales de trabajo

De acuerdo con el Inventario Federal 2016 y el Inventario Estatal 2014, en dichos años existían 160 programas y acciones de desarrollo social vinculados al derecho social al trabajo. De éstos, 155 eran estatales[57] y 5 del Gobierno Federal (ver gráfica siguiente).

Los estados con el mayor número de programas de trabajo respecto al total de sus programas sociales son: Baja California Sur (12.7%), Tabasco (12%) y Tlaxcala (9.2%). En contraste, no se identificaron programas asociados a este derecho en Michoacán de Ocampo, y entre aquellas en que sí se identificaron los que tienen un menor porcentaje son: Nayarit (1%), Guanajuato (1.3%) y Quintana Roo (3.4%).

[57] 31 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 Michoacán de Ocampo.

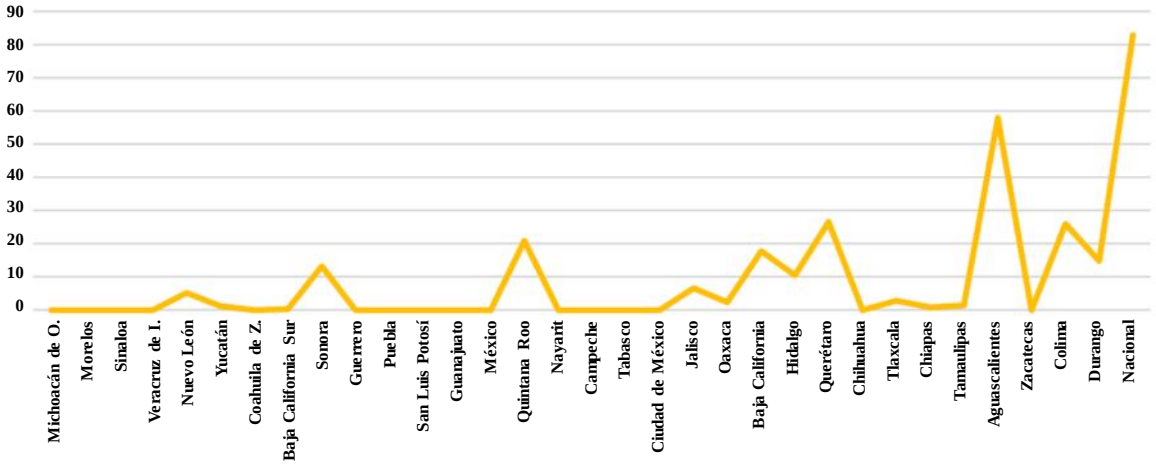
PORCENTAJE DE PROGRAMAS DE Y ACCIONES DE TRABAJO ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) RESPECTO AL TOTAL DE PROGRAMAS EN LA ENTIDAD Y EL GOBIERNO FEDERAL FRENTE A LA POBLACIÓN CON INGRESO MENOR A LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016, el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 y los tabulados básicos de la encuesta Intercensal.

El presupuesto ejercido por este grupo de programas y acciones ascendió a 269.5 millones de pesos en las entidades (no se cuenta con información presupuestaria para 129 de los 155 programas estatales) y a 6 mil 717 millones de pesos en el Gobierno Federal. El gasto promedio por persona llegó a 4.42 pesos en el conjunto de las entidades y a 56.2 pesos en el Gobierno Federal en 2016. Una aproximación más precisa considera sólo el gasto por persona en edad de trabajar (entre los 15 y los 69 años). La distribución de esta medida por entidad muestra que en Aguascalientes los programas de trabajo ejercieron el gasto anual más alto por persona en edad de trabajar (57.9 pesos por persona), seguido por Querétaro (26.6 pesos por persona) y Colima (26.0 pesos por persona); siguiendo este criterio, el Gobierno Federal ejerció 82.8 pesos por persona (ver gráfica siguiente).

GASTO ANUAL POR PERSONA (15 A 69 AÑOS) DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES FEDERALES (2016) Y ESTATALES (2014) DE TRABAJO, MÉXICO
-Pesos-



FUENTE: Elaboración del CONEVAL base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016, el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 y los tabulados básicos de la encuesta Intercensal.

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[58]. Como resultado de dicho ejercicio[59], se identificaron 49 programas y acciones vinculados a los derechos sociales de trabajo, educación y a la dimensión de bienestar económico.

De este subconjunto de programas y acciones, por ejemplo, se identificaron en Jalisco y en Ciudad de México (Distrito Federal) los siguientes programas orientados a la población desempleada: Programa estatal de apoyo a desempleados y subempleados y Programa Seguro de Desempleo, respectivamente. Algunos ejemplos de programas y acciones alineados con las políticas activas de empleo son: Programa Empleo Joven (Chiapas), Programa Empleo en tu Colonia (Coahuila de Zaragoza), Programa Bien

[58] 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).

[59] 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.

Empleo (Jalisco), Programa Jóvenes al Empleo (JALE) (Nuevo León), Programa mi Primer Trabajo (Ciudad de México, Distrito Federal) y Programa de Empleo a Liberados (Tamaulipas).

Se desconocen los efectos de estos programas estatales. En el Gobierno Federal, la evaluación de impacto 2010 del Programa de Apoyo al Empleo mostró que para todas las modalidades de Bécate se encuentran efectos positivos en el ingreso para las y 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.

4. Diagnóstico de riesgos asociados a ingresos insuficientes

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 estadounidenses 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)[60]. 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 en 2009 con base en la Ley General de Desarrollo Social.

NÚMERO DE PERSONAS POR TAMAÑO DE LOCALIDAD Y CONDICIÓN DE INGRESOS INSUFICIENTES, MÉXICO, 2014-2016

Año	Personas por tamaño de localidad y condición de ingresos insuficientes					
	Porcentaje			Número de personas		
	Población con ingresos menores al 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 al valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Nacional						
2016	17.5	50.6	100.0	21 412 350	62 023 173	122 636 694
2014	20.6	53.2	100.0	24 636 773	63 817 333	119 871 143
Urbano						
2016	13.9	47.8	76.8	13 115 674	45 080 208	94 240 334
2014	17.1	50.5	76.8	15 774 525	46 481 282	92 076 985
Rural						
2016	29.2	59.7	23.2	8 296 676	16 942 965	28 396 360
2014	31.9	62.4	23.2	8 862 248	17 336 051	27 794 158

FUENTE: Estimaciones del CONEVAL con información del MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016.

[60] La Línea de Bienestar Mínimo permite identificar a la población con ingresos inferiores al valor de una canasta alimentaria básica. Al tomar como referencia el mes de marzo de 2018, la Línea de Bienestar Mínimo fue calculada en un mil 482.8 pesos por persona para las zonas urbanas y en un mil 54.7 pesos por persona para las rurales. La Línea de Bienestar hace posible identificar a la población con ingresos inferiores al de una canasta alimentaria y no alimentaria. Ésta fue calculada para el ámbito urbano en 2 mil 985.5 pesos por persona y en un mil 928.7 pesos para el rural.

Como se muestra en el cuadro anterior, en 2014, 20.6% de la población tenía ingresos menores del valor de una canasta alimentaria (LBM); esta cifra disminuyó en 2016 a 17.5%. De éstos, 13.9% habitaba zonas urbanas y 29.2 zonas rurales. Es decir, 21.4 millones de personas, no contaba con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus mínimas necesidades alimentarias utilizando todos sus ingresos.

Por otro lado, la población menor a 16 años es la que representa un mayor porcentaje de la población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria y no alimentaria en relación con el porcentaje que representan de la población total, lo cual habla de una vulnerabilidad de este grupo en términos de ingreso (ver cuadro siguiente).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS BÁSICOS POR CONDICIÓN DE INGRESOS INSUFICIENTES, MÉXICO, 2016

Indicadores demográficos	Indicadores demográficos básicos por condición de ingresos insuficientes, México, 2016		
	Población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
	Porcentaje		
Porcentaje de población menor o igual a 5 años	13.3	12.0	10.1
Porcentaje de población de 6 a 15 años	25.1	22.8	19.1
Porcentaje de población de 16 a 24 años	13.2	15.1	15.6
Porcentaje de población de 25 a 64 años	40.5	42.5	47.4
Porcentaje de población de 65 años o más	7.9	7.6	7.8
Edad mediana	23.0	25.0	28.0
Tamaño promedio del hogar	4.3	4.1	3.7

FUENTE: Estimaciones del CONEVAL con datos del MEC del MCS-ENIGH 2016.

En cuanto a las carencias sociales, se puede observar (ver cuadro siguiente) que la población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria y no alimentaria presentan un porcentaje más alto de todas las carencias en comparación con la

población total. Si bien estas diferencias siguen siendo considerables para la mayoría de las carencias, la carencia por acceso a los servicios de salud es muy similar para este grupo y la población total, lo cual habla de cierto acceso a instituciones de servicios médicos sin importar el nivel de ingreso.

INCIDENCIA EN LOS INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL DE LA MEDICIÓN DE LA POBREZA POR CONDICIÓN DE INGRESOS INSUFICIENTES, MÉXICO, 2016
-Porcentaje-

Carencias sociales	Incidencia en los indicadores de carencia social por condición de ingresos insuficientes, México, 2016		
	Población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Rezago educativo	27.8	24.1	17.4
Carencia por acceso a los servicios de salud	16.5	17.4	15.5
Carencia por acceso a la seguridad social	81.4	74.3	55.8
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	27.3	19.6	12.0
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	42.6	29.8	19.3
Carencia por acceso a la alimentación	32.7	29.2	20.1

FUENTE: Estimaciones del CONEVAL con datos del MEC del MCS-ENIGH 2016.

En lo que se refiere a las prestaciones laborales, se evidencia que la población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria y no alimentaria tienen un acceso considerablemente menor a prestaciones laborales. Asimismo, por cómo se distribuyen los datos, se puede afirmar que aquellos dentro de este grupo de población que tienen alguna prestación laboral, tienen más de una (ver cuadro siguiente).

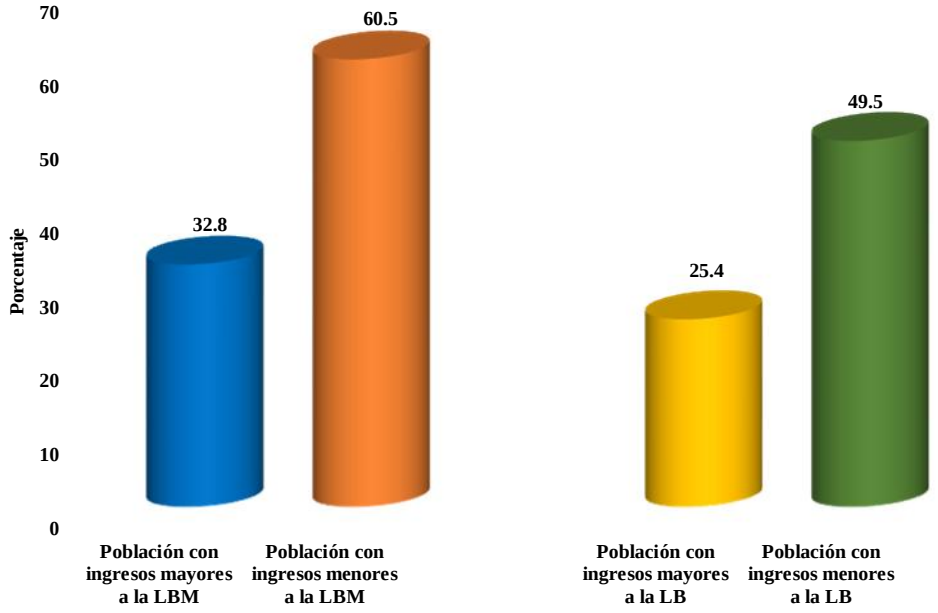
PORCENTAJE DE PERSONAS DE LA POBLACIÓN OCUPADA CON PRESTACIONES LABORALES POR CONDICIÓN DE INGRESOS INSUFICIENTE, MEXICO, 2016

	Población ocupada con prestaciones laborales por condición de ingresos insuficientes, México, 2016		
	Población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Derecho a incapacidad con goce de sueldo	5.7	16.7	32.8
SAR o AFORE	5.2	15.2	30.3
Servicios médicos por parte del trabajo	6.8	18.7	35.0
Sin prestaciones	93.0	80.3	63.3

FUENTE: Estimaciones del CONEVAL con datos del MEC del MCS-ENIGH 2016.

Por último, en lo referente a la distribución de la cobertura de los programas sociales entre la población con ingresos superiores o inferiores a la LB y la LBM, en la gráfica siguiente se observa que la proporción más importante de la población beneficiaria de estos programas corresponde a la que tiene un ingreso inferior a la LB y la LBM.

PORCENTAJE DE COBERTURA DE PROGRAMAS SOCIALES POR CONDICIÓN DE INGRESOS, MÉXICO, 2016



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

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 las niñas y 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. El costo mínimo para lograr esto por medio de transferencias individualizadas iguales al valor de la canasta alimentaria más la canasta

no alimentaria (a precio de octubre de 2017) sería de 334 mil 944 millones de pesos[61].

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 una cantidad importante de recursos, sólo logran generar un ingreso apenas suficiente para desplazar un porcentaje chico de la población con insuficiencia de ingresos sobre la Línea de Bienestar Mínimo (ver gráficas *Población en pobreza con y sin transferencias de programas gubernamentales* y *Población en pobreza extrema con y sin transferencias de programas gubernamentales).*

Otra propuesta para garantizar el acceso a la protección social, es el esquema de Seguridad Social Universal (SSU) que presentan Antón, Hernández y Levy (2012), en el cual se proponen una serie de beneficios universales, financiados principalmente por un impuesto común (similar al Impuesto al Valor Agregado, IVA), que garantizaría un acceso igualitario a los servicios de salud y una pensión de vejez mínima universal garantizada, además de transferencias directas a las familias pobres para compensar el impacto de los impuestos al consumo que financiarían la SSU.

[61] Cálculos del CONEVAL. Se consideró a la población mexicana de 2018 y se obtuvo de las proyecciones de CONAPO (http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos), mientras que los datos de población urbana y población rural se obtuvieron aplicando la composición porcentual de la población observada en el Censo de Población y Vivienda de 2010 del INEGI (http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo13&s=est&c=17503).

El esquema de SSU tendría un efecto directo en las cifras de pobreza, ya que, de acuerdo con ejercicios estadísticos de simulación elaborados en 2010, el cambio en la incidencia de la pobreza sería de -14.2 puntos porcentuales (-7.0 en la pobreza moderada y -7.2 en la pobreza extrema)[62].

Considerando los mismos parámetros de este ejercicio, pero con datos del 2016 (MEC 2016 del MCS-ENIGH) el cambio porcentual en la pobreza sería de -13.8 puntos porcentuales (-8.8 en la pobreza moderada y -5.0 en la pobreza extrema)[63].

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:

---

[62] El ejercicio se realizó con datos de 2010, bajo los siguientes supuestos:
a) Se consideró la cobertura universal de seguridad social para toda la población y para las personas de 65 años o más la cobertura incluía servicios de salud y pensión.
b) Para toda la población ocupada, se incrementó el ingreso laboral de la siguiente forma:
Se incrementa (1 + 0.158) x (1+tasa) -1= 22.4% a los afiliados al IMSS como prestación laboral
Se incrementa (1 + 0.099) x (1+tasa) -1= 16.2% a los NO afiliados al IMSS como prestación laboral.
Donde: tasa = (16 x proporción de gasto en alimentos) = (16 x 0.31) = 4.97 por ciento.
c) Se transfieren los 28.8 miles de millones de pesos de excedente tributario entre los integrantes del primer quintil de ingreso.
d) Se incrementa en 16% la parte alimentaria de las líneas de bienestar.

[63] El ejercicio se realizó con datos de 2016, bajo los siguientes supuestos:
a) Se aumenta el ingreso laboral en 22.4% para los afiliados al IMSS y en 16.2% a los trabajadores no afiliados al IMSS.
b) Se regresa el excedente tributario definido por Levy (28.8 miles de millones de pesos de 2010=36.7 miles de millones de pesos de 2016) al quintil más bajo de la población. Equivalente a 120.15 pesos por persona.
c) Se aumenta en 16% el costo de los alimentos y medicinas en las canastas alimentarias y no alimentarias.
d) Se elimina la carencia en acceso a salud y la carencia en acceso a la seguridad social a todos.
e) Se agrega una pensión de 701.13 pesos a los adultos mayores a 65 años sin jubilación o programa de apoyo.

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.

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.

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 diagnóstico 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. En los últimos años se han hecho esfuerzos importantes para construir un padrón que permita identificar las necesidades a nivel de personas, que permita mejorar la focalización de las intervenciones, sin embargo, 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.

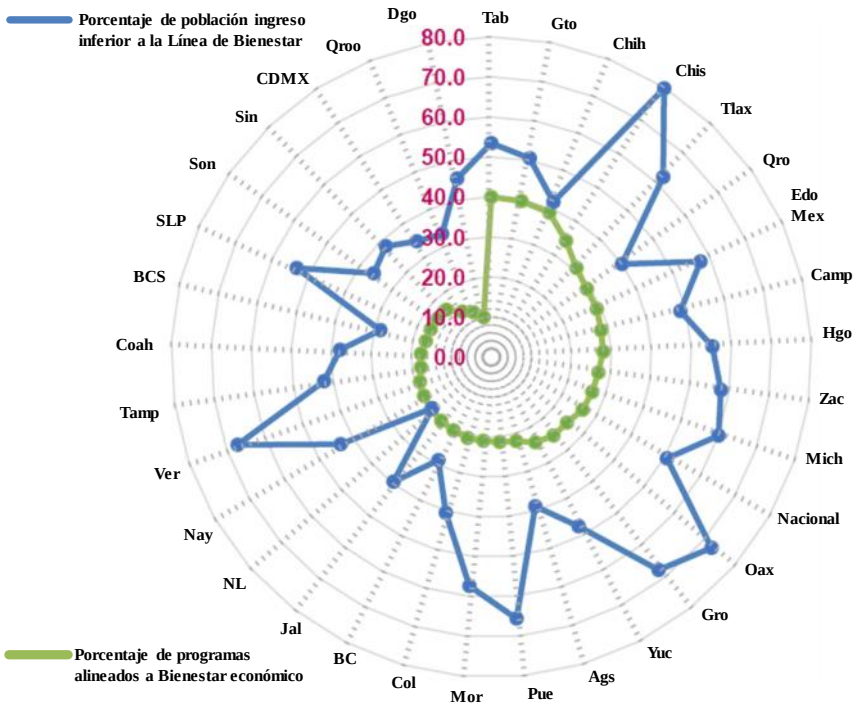
Dispersión de programas federales y estatales dirigidos a la población con ingreso insuficiente

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 disminuyó de 2014 a 2016; el número de personas con ingreso inferior a la Línea de Bienestar y con carencia en alimentación disminuyó entre 2014 y 2016, pasando de 20 millones 535 mil 774 a 17 millones 389 mil 625 mexicanos[64]; quizá esto podría atribuirse a la multiplicidad de instrumentos de protección.

De acuerdo con el Inventario CONEVAL Federal 2016 y el Inventario CONEVAL Estatal 2014, para esos años existían 610 programas y acciones de desarrollo social vinculados a la dimensión de bienestar económico. De éstos, 570 eran estatales y 40 del Gobierno Federal (ver gráfica siguiente). Las entidades con mayor porcentaje de intervenciones vinculadas con al bienestar económico fueron Tabasco (40%), Guanajuato (39.7%) y Chihuahua (38.9%). Por el contrario, las que presentaban el menor porcentaje de intervenciones alineadas a bienestar económico eran Durango (10.1%), Quintana Roo (12.1%) y Ciudad de México (13.5%).

[64] MCS-ENIGH 2014 y MEC del MCS-ENIGH 2016.

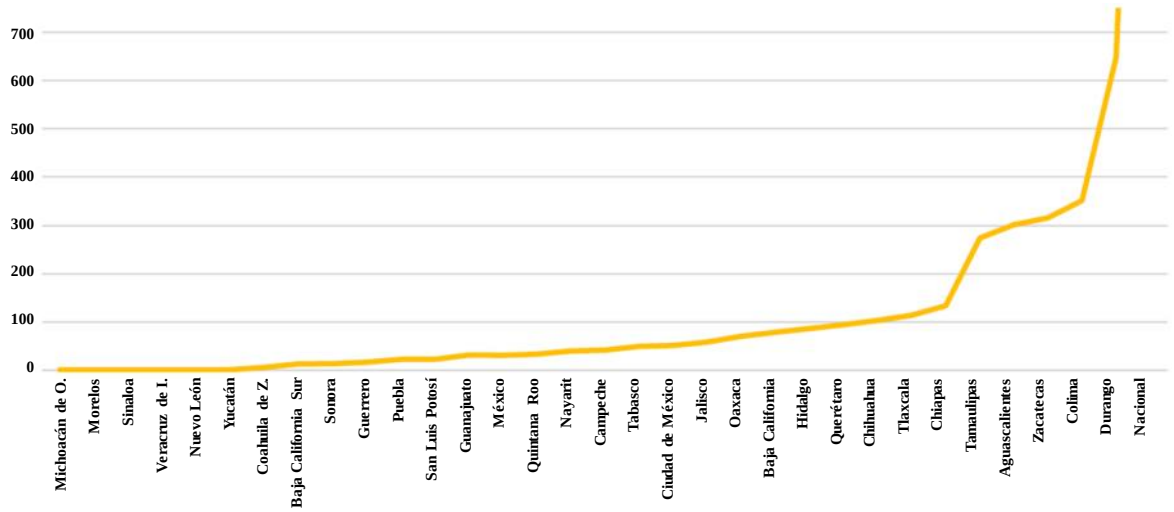
PORCENTAJE DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE SALUD ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) RESPECTO AL TOTAL DE PROGRAMAS EN LA ENTIDAD Y EL GOBIERNO FEDERAL FRENTE A LA POBLACIÓN CON INGRESO MENOR A LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014, así como resultados de la Medición de la Pobreza 2016.

El presupuesto ejercido por este grupo de programas y acciones ascendió a 5 mil 52.7 millones de pesos en las entidades, en 2014, y a 181,657 millones de pesos en el Gobierno Federal, en 2016. El gasto promedio anual por persona fue de 62.4 pesos en los estados y de un mil 519.8 pesos a nivel federal. Otra forma de aproximarse a la relevancia de los programas es considerar sólo el gasto por persona en edad de trabajar (entre los 15 y 69 años). 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 (648 pesos), seguido por Colima (350.9 pesos) y Zacatecas (315.3 pesos). El Gobierno Federal ejerció 2 mil 239 pesos por persona (ver gráfica siguiente).

GASTO ANUAL POR PERSONA DE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES FEDERALES (2016) Y ESTATALES (2014) DE BIENESTAR ECONÓMICO, MÉXICO, 2016 (15-69 AÑOS)



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016, el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 y los tabulados básicos de la Encuesta Intercensal 2015.

La dispersión y multiplicidad de programas asociados al ingreso, así como el hecho de que en 2016 alrededor de 17.5% de la población tenía ingresos menores de 2 mil 764 pesos en áreas urbanas y un mil 787 pesos en áreas rurales por persona al mes[65], 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.

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

[65] Los valores corresponden a los precios de la canasta alimentaria y no alimentaria del mes de diciembre de 2016. http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta- basica.aspx

totalidad de los programas de los inventarios federales y estatales de programas de desarrollo social que el CONEVAL finalizó durante 2014 y 2016. 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[66], que integran información de 152 programas y acciones sociales federales y de 2 mil 528 programas y acciones estatales para 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

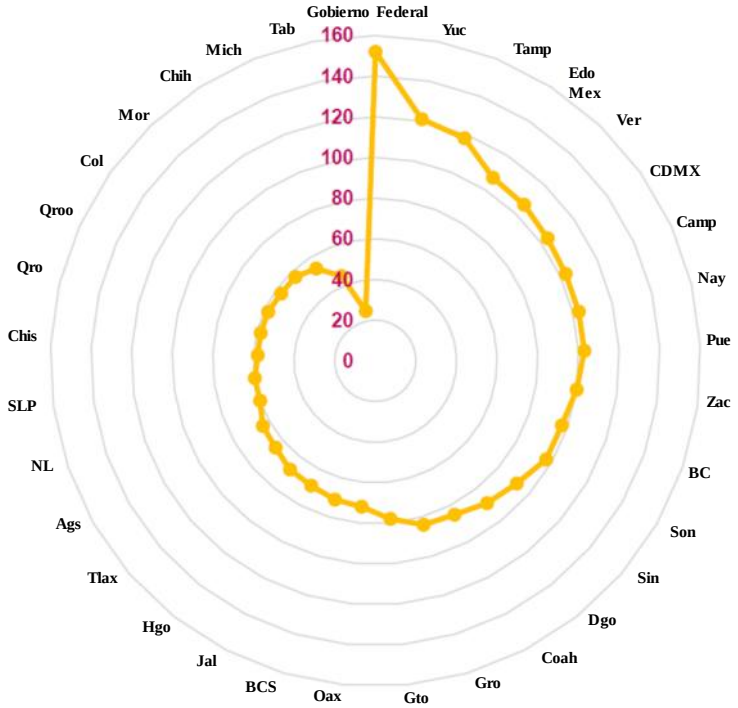
Uno de los efectos de la cobertura parcial de la seguridad social es la creación de numerosos programas y acciones tanto estatales como federales no contributivas para

[66] El Inventario CONEVAL Estatal reúne información de programas y acciones de desarrollo social de las 32 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. Para mayor información, véase https://coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/inventario_nacional_de_programas_y_acciones_sociales.aspx

prevenir, atender y mitigar la materialización de riesgos asociados a la vejez, enfermedad, orfandad, desempleo e insuficiencia de ingresos.

En 2014 se llevaron a cabo 2 mil 528 intervenciones en materia de desarrollo social a nivel estatal, y en 2016 fueron 152 intervenciones federales. Las entidades federativas con el mayor número de programas y acciones son Yucatán (121), Tamaulipas (118), el Estado de México (107) y Veracruz de Ignacio de la Llave (106) (ver gráfica siguiente).

NÚMERO DE PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE DESARROLLO SOCIAL POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO



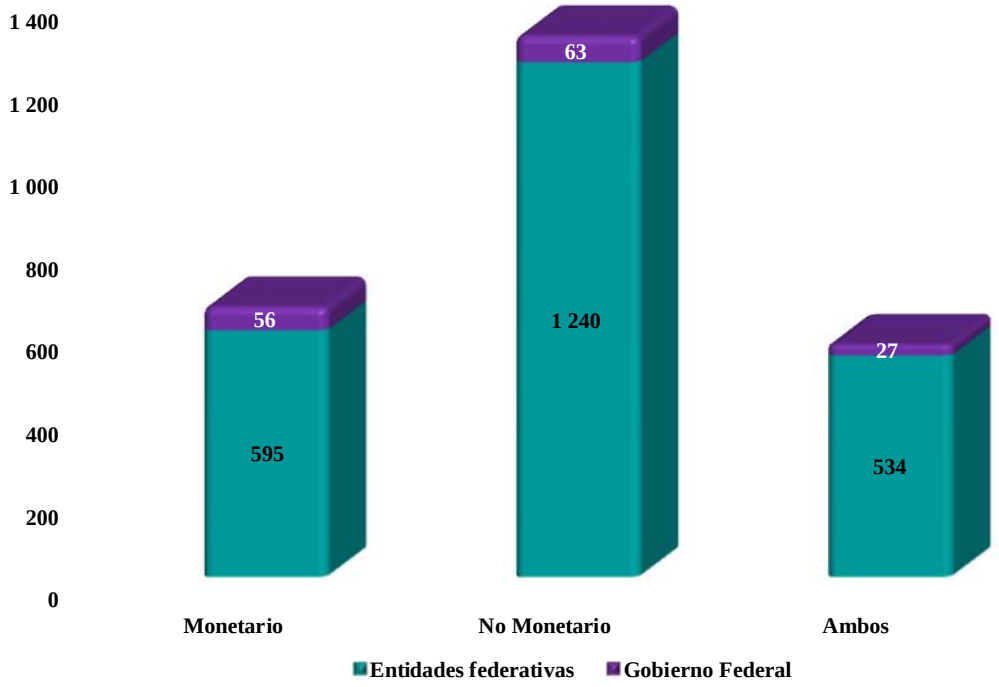
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014.

En contraste, las entidades con el menor número de intervenciones son Tabasco (25) y Michoacán de Ocampo (45); el número de programas de ambas entidades representa menos del dos porciento del total nacional.

En la manera en que los programas entregan sus apoyos se observa una diferencia

entre las entidades y el Gobierno Federal: en los estados, 49.1% de los beneficios son no monetarios (un mil 240 programas), mientras que en el nivel federal esto sucede en 41.4% de los casos (63 programas; ver gráfica siguiente). Así, 56 de los programas federales entregan transferencias monetarias (36.8%).

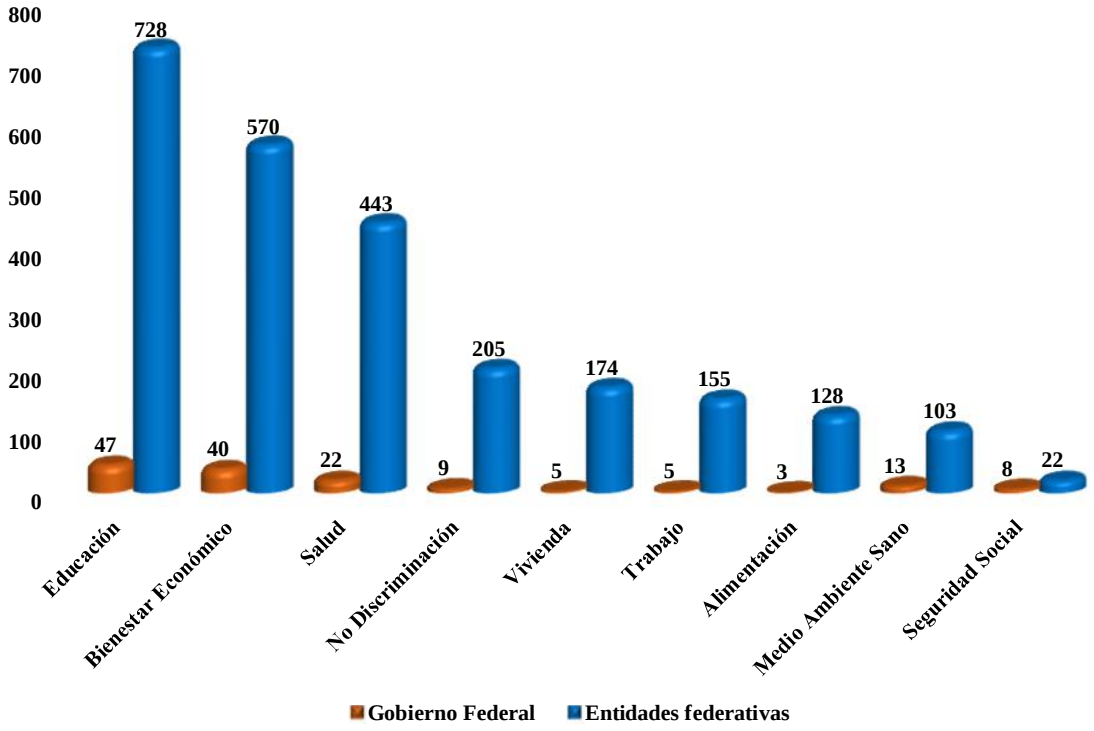
PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE DESARROLLO SOCIAL POR TIPO DE APOYO (MONETARIO-NO MONETARIO), MÉXICO
-Número de programas-



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Nota: En el inventario estatal se identificaron 159 programas que para la forma en que se entrega el apoyo reportaron “no disponible”.

La distribución por derecho social muestra que el mayor número de los programas y acciones, tanto en los estados como en el Gobierno Federal, se dirige a la educación, seguido de la dimensión de bienestar económico (ver gráfica siguiente). En cambio, el derecho con el menor número de intervenciones difiere entre programas estatales y federales, para el caso de las entidades el menor número de programas está dirigido a la seguridad social y para el ámbito federal son los programas dirigidos a alimentación.

NÚMERO DE PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE DESARROLLO SOCIAL POR DERECHO SOCIAL, MÉXICO
-Número de programas-



Nota: 16 programas del inventario estatal reportaron "No disponible" en la categoría de alineación directa a derecho, por lo que no se reportan en esta gráfica.
FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014.

En el caso de los programas federales, el CONEVAL, de manera anual, desde 2010 publica un documento titulado Consideraciones para el Proceso Presupuestario en el cual se identifica el nivel de contribución de los programas presupuestarios a los indicadores de pobreza para enfatizar a los tomadores de decisiones que la atención presupuestaria debería abocarse principalmente a las acciones y programas que tengan mayor incidencia en el acceso efectivo a los derechos sociales.

El cuadro siguiente presenta el número de programas identificados en 2016 con incidencia directa en el acceso efectivo a los derechos sociales.

PROGRAMAS DE DESARROLLO SOCIAL Y SU NIVEL DE PRIORIDAD, MÉXICO, 2016

Derechos sociales	Nivel de prioridad		
	Fuertemente	Medianamente	Ligeramente
Alimentación	-	-	19
Educación	6	4	6
Medio ambiente sano	4	8	6
No discriminación	12	10	13
Salud	7	-	6
Seguridad social	1	-	2
Trabajo	4	23	3
Vivienda	2	2	2

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2017.

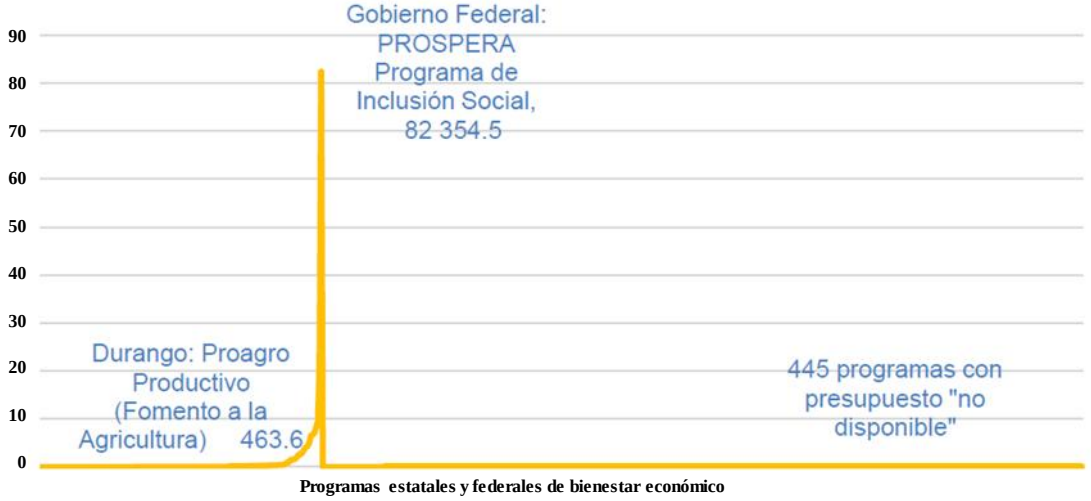
En el caso de las entidades, el orden de las intervenciones es así: la dimensión con mayor número de programas es la de educación (728 programas, 28.8% del total de las intervenciones estatales), seguida por la de bienestar económico (570 programas, 22.5%) y la de salud (443 programas, 17.5%); en el gobierno federal se mantienen el mismo orden, el derecho con más intervenciones es el educativo (47 programas, 30.9%), seguido por la dimensión de bienestar económico (40 programas, 26.3%) y salud (22 programas, 14.5%), mismo orden que se identificó en la primera edición de la Evaluación Estratégica de Protección Social. A continuación, se representa el gasto ejercido por cada uno de los programas estatales en 2014 y federales en 2016, que se distingue por derecho. De los 131 programas estatales y federales dirigidos al derecho a la alimentación (ver gráfica siguiente), 16 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 112 se reportaron como existentes, pero sin especificar su presupuesto. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Alimentación a Población Vulnerable, en el estado de Aguascalientes con un presupuesto ejercido de 66.54 millones de pesos; mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa de Comedores Comunitarios, con 2,405.5 millones de pesos ejercidos.

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE ALIMENTACIÓN, MÉXICO
-Millones de pesos-

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

De los 610 programas dirigidos a la dimensión de bienestar económico y generación de ingresos (ver gráfica siguiente), 113 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 445 se reportaron como existentes, pero sin especificar tampoco su presupuesto. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Proagro Productivo (Fomento a la Agricultura), en Durango (463.6 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue PROSPERA Programa de Inclusión Social (82 mil 354.5 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES Y FEDERALES DE BIENESTAR ECONÓMICO, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-



FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

De los 775 programas educativos (ver gráfica siguiente), 116 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 601 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el Programa Bienestar de Dotación Gratuita de Uniformes Escolares a Alumnos de Educación Pública Básica, del estado de Oaxaca (422.4 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Subsidios Federales para Organismos Descentralizados Estatales (83 mil 465.3 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE EDUCACIÓN, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

Del total de los 116 programas dirigidos al medio ambiente (ver gráfica siguiente), 37 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 69 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa CONVIVE Parques para todos, de Tamaulipas (197 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable (4 mil 811.68 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE MEDIO AMBIENTE SANO, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

Del total de los 214 programas dirigidos a la no discriminación (ver gráfica siguiente), 29 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 175 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el Programa de Infraestructura Indígena (PROII; antes PIBAI), en el estado de Chiapas (438.3 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el Programa de Infraestructura Indígena (4 mil 449.4 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE NO DISCRIMINACIÓN, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

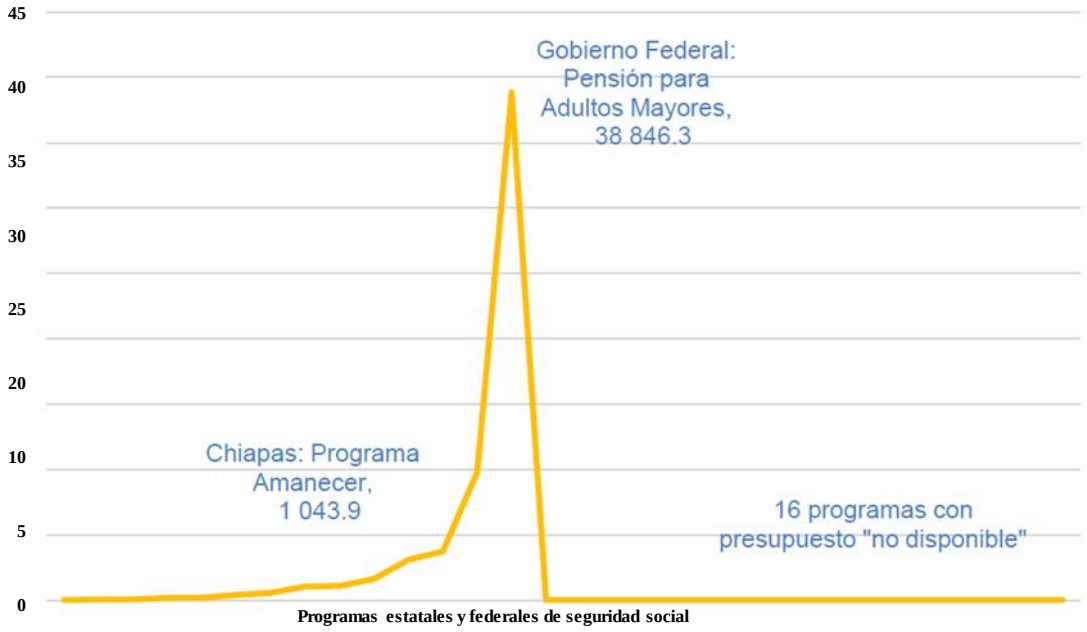
Del total de los 465 programas dirigidos a la salud (ver gráfica siguiente), 55 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 390 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Atención a Personas con Discapacidad, del Estado de México (119.2 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Atención a la Salud (184 mil 171.4 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE SALUD, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

De los treinta programas estatales y federales de seguridad social (ver gráfica siguiente), tres ejercieron un presupuesto menor de los 100 millones de pesos y 16 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el Programa Amanecer, del estado de Chiapas (un mil 43.9 millones de pesos); mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Pensión para Adultos Mayores (38 mil 846.3 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE SEGURIDAD SOCIAL, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-



FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

En la gráfica siguiente se muestran los programas estatales y federales dirigidos al trabajo. Se observa que, del total de 160 programas estatales y federales, 28 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 129 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el Programa Uniformes para Todos, del estado de Aguascalientes (40 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el Programa de Empleo Temporal (4 mil 357.3 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE TRABAJO, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. 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 siguiente se muestra que, del total de 179 programas estatales y federales, 30 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 137 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Papelito Habla del estado de Hidalgo (332 millones de pesos), mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el Programa de acceso al financiamiento para soluciones habitacionales (9 mil 54.2 millones de pesos).

PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES (2014) Y FEDERALES (2016) DE VIVIENDA, MÉXICO
-Miles de millones de pesos-

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014. 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 2016 y 2014 respectivamente. 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, 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 siguiente se muestra el presupuesto promedio ejercido en 2014 por el conjunto de los programas estatales, así como por los programas federales en 2016, y se distingue por derecho social. En este análisis aproximado, se observa, en primer lugar, que el presupuesto total ejercido por el Gobierno Federal es cincuenta veces mayor que el del conjunto de las entidades; es decir, a pesar de que el número de intervenciones estatales es considerablemente mayor que las federales, las primeras ejercen montos totales menores[67]. 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 aquellas alineadas a la seguridad social, seguidas por las de vivienda. En el orden federal, el mayor gasto promedio por programa se ejerció con las intervenciones de salud (15 mil 818.64 millones de pesos) y seguridad social (7 mil 276.50 millones de pesos). La notable diferencia en los montos promedio ejercidos por los programas estales y federales es un efecto del tamaño de la "bolsa" total de presupuesto en cada nivel de gobierno[68].

Estas características presupuestarias se representan de manera conjunta en la gráfica siguiente, 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 azul se refieren a los programas estatales, mientras que las verdes, a los

[67] Es importante señalar que este análisis es meramente indicativo, ya que de las 2 mil 528 intervenciones estatales sólo se tuvo acceso a la información de presupuesto de 463 intervenciones (18.3%).

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

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 tamaño de las esferas muestra el monto del presupuesto ejercido.

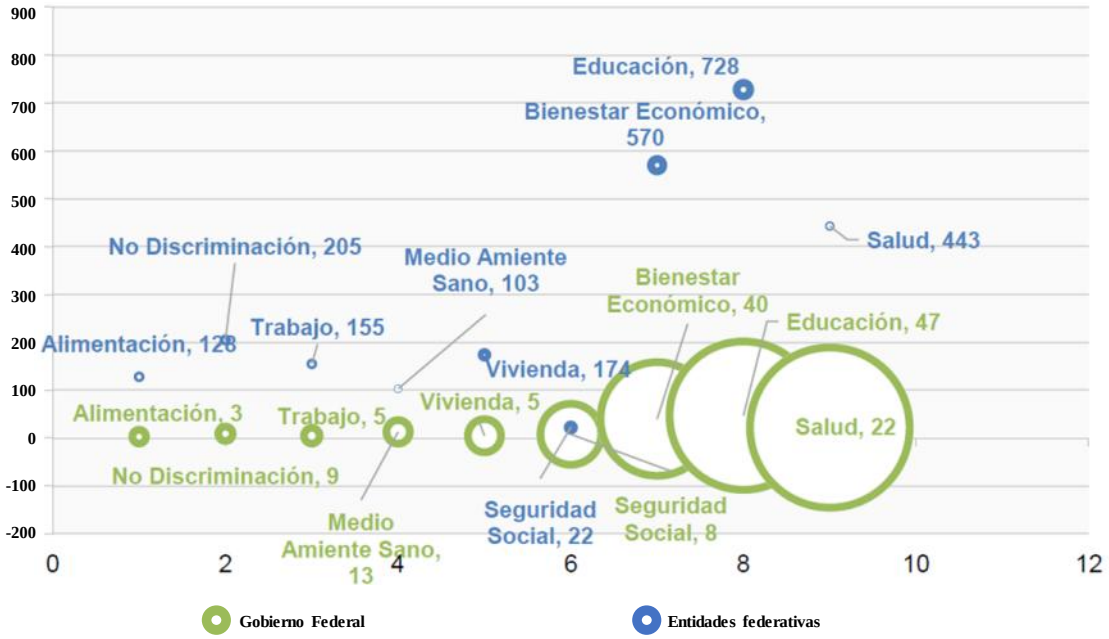
NÚMERO Y PRESUPUESTO EJERCIDO POR LOS PROGRAMAS ESTATALES 2014 Y FEDERALES 2016 DE DESARROLLO SOCIAL CON PRESUPUESTO DISPONIBLE, MÉXICO

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	17	3	291.9	5 665.0	17.2	1 888.3
No Discriminación	30	9	1 509.8	6 032.5	50.3	670.3
Trabajo	27	5	296.5	6 716.9	11.0	1 343.4
Medio Ambiente Sano	34	13	840.5	12 017.0	24.7	924.4
Vivienda	37	5	2 216.1	20 598.8	59.9	4 119.8
Seguridad Social	6	8	2 399.8	58 212.0	400.0	7 276.5
Bienestar económico	128	40	5 052.7	181 657.1	39.5	4 541.4
Educación	129	47	5 618.5	300 738.3	43.6	6 398.7
Salud	55	22	471.7	348 010.4	8.6	15 818.7

Nota: Solo se utilizan los programas estatales con presupuesto (463 programas).

FUENTE: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016.

NÚMERO Y PRESUPUESTO EJERCIDO DE PROGRAMAS Y ACCIONES FEDERALES (2016) Y ESTATALES (2014) DE DESARROLLO SOCIAL, MÉXICO
-Número de programas-



Nota: El Inventario Estatal reúne información de programas y acciones de desarrollo social de las 32 entidades de la república. Para mayor información, https://coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/inventario_nacional_de_programas_y_acciones_sociales.aspx. Los programas están ordenados de menor a mayor de acuerdo con su presupuesto.

FUENTE: Elaboración de la fuente con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014.

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.

Debido a que la información desagregada a nivel de localidades más reciente sigue siendo el Censo de Población y Vivienda de 2010, este apartado conserva la información presentada en la primera edición de esta evaluación.

En este apartado 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, en México había en 2010, 112.3 millones de mexicanos y mexicanas que habitaban en 192 mil 245 localidades. De éstas, 188 mil 594 (98.1%) eran rurales (menos de 2 mil 500 habitantes) y ahí vivían 26 millones de personas (cuadro 15). Más de la mitad de las localidades del país, 103 mil, tenían menos de 20 habitantes, y otras 36 mil 200 localidades tenían entre 20 y 99 habitantes; en ellas vivía 2.7% de la población del país, lo que representa un reto en la instrumentación de cualquier política pública y en la provisión de servicios públicos.

LOCALIDADES Y POBLACIÓN POR TAMAÑO DE LOCALIDAD, MÉXICO, 2010

	Localidades						Población (miles)			Promedio de habitantes por localidad	
	Tamaño de la 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 hab y 14 999 hab	1 182	191 615	0.6	99.7	9 746.7	42 156.7	8.7	37.5	8 245.9	220.0
Ciudad	Entre 15 000 hab 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	97 507.1	14.6	86.8	654 524.1	507.2
	De un millón y más	11	192 245	0.0	100.0	14 829.3	112 336.4	13.2	100.0	1 348 122.4	584.3
		192 245		**100.0**		**112 336.4**		**100.0**		**548.3**	

FUENTE: CONEVAL, 2012b 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% de las localidades (59 mil 100) eran de medio, alto o muy alto grado de rezago social, y concentraban a 10.9% de la población, es decir, a 12.3 millones de personas (ver cuadro siguiente). Otro 44.1% de las localidades (84 mil 800), que abarcaba apenas a 480 mil 300 personas (0.4%), 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 fue posible caracterizarlas. Las demás localidades, la cuarta parte, tenían 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).

LOCALIDADES Y POBLACIÓN POR TAMAÑO DE LOCALIDAD E ÍNDICE DE REZAGO SOCIAL, MÉXICO, 2010

Localidades									
Tamaño de localidad (habitantes)	**Sin grado**	**Muy alto**	**Alto**	**Medio**	**Bajo**	**Muy bajo**	**Total**	**Dist %**	**Dist % acum**
Hasta 19	84 253	1 703	4 524	5 523	3 315	3 652	102 970	53.6	53.6
Entre 20 y 99	391	2 423	7 801	13 070	7 476	5 025	36 186	18.8	72.4
Entre 100 y 499	92	246	3 518	14 562	10 285	5 550	34 253	17.8	90.2
Entre 500 y 1 499	21	12	570	4 138	4 346	3 554	12 641	6.6	96.8
Entre 1 500 hab y 2 499	10	1	53	585	829	1 066	2 544	1.3	98.1
Entre 2 500 y 4 999	2	-	22	305	557	953	1 839	1.0	99.1
Entre 5 000 hab y 14 999	1	-	3	84	292	802	1 182	0.6	99.7
Entre 15 000 hab y 499 999	-	-	-	3	53	538	594	0.3	100.0
Entre 0.5 y 1 millón	-	-	-	-	-	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	387 183	22 173	58 359	71 603	43 203	46 765	629 286	0.6	0.6
Entre 20 y 99	15 293	95 470	354 831	670 539	383 061	235 453	1 754 647	1.6	2.1
Entre 100 y 499	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	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 hab y 2 499	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	6 774	-	76 631	1 034 635	1 916 539	3 326 370	6 390 949	5.7	28.9
Entre 5 000 hab y 14 999	13 071	-	19 729	605 492	2 355 623	6 752 769	9 746 684	8.7	37.5
Entre 15 000 hab y 499 999	-	-	-	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**	**58 434.0**		

FUENTE: CONEVAL, 2012b 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 ascendían a 20 mil 797 y en ellas habitaban 1.8 millones de personas, mientras que las localidades rurales de rezago medio llegaban a 37 mil 293 con 7.5 millones de habitantes. En estas localidades existía un grado mayor de carencias sociales, aunque, como ya se mencionó, hay otras 84 mil 644 con menos de cien habitantes cuyo grado de carencias sociales no fue posible identificar por no disponer de información sociodemográfica; sin embargo, es probable que muchas de ellas también tuvieran 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 mil 228 y representaba 19.2% del total de las localidades rurales en 2010 (ver cuadro siguiente). Asimismo, había 15 mil 290 localidades menores de 2 mil 500 habitantes que estaban cerca de un centro de población, mientras que 64 mil no estaban próximas a una localidad urbana (ciudad o centro de población), pero se encontraban conexas a carretera. Por otro lado, había poco más de 73 mil clasificadas como aisladas, es decir, que no estaban cerca de una localidad urbana y a más de tres kilómetros de una carretera. Éstas representaban 38.0% del total de localidades del país y 38.8% de las localidades rurales; en ellas vivían 6.7 millones de personas y eran las que potencialmente representaban retos en materia de política pública.

LOCALIDADES Y POBLACIÓN POR TAMAÑO DE LOCALIDAD Y CONDICIÓN DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA, MÉXICO, 2010

Tamaño de localidad (habitantes)	Cercana a ciudad	Cercana a centros de población	Cercana a carretera	Aisladas	Total rurales
	Localidades				
Hasta 19	20 828	8 133	33 418	40 591	102 970
Entre 20 y 99	6 054	2 867	10 865	16 400	36 186
Entre 100 y 499	5 425	2 781	13 037	13 010	34 523
Entre 500 y 1 499	3 057	1 254	5 523	2 807	12 641
Entre 1 500 hab y 2 499	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	124 633	50 327	195 823	258 503	629 286
Entre 20 y 99	282 907	140 232	543 373	788 135	1 754 647
Entre 100 y 499	1 343 243	688 404	3 207 546	3 942 330	8 181 523
Entre 500 y 1 499	2 673 481	1 047 494	4 669 276	2 223 942	10 614 193
Entre 1 500 hab y 2 499	166 407	496 832	2 187 010	519 230	4 869 479
Total	6 090 671	2 423 289	10 803 028	6 732 150	26 049 128
Distribución %	23.4	9.3	41.5	25.8	100.0

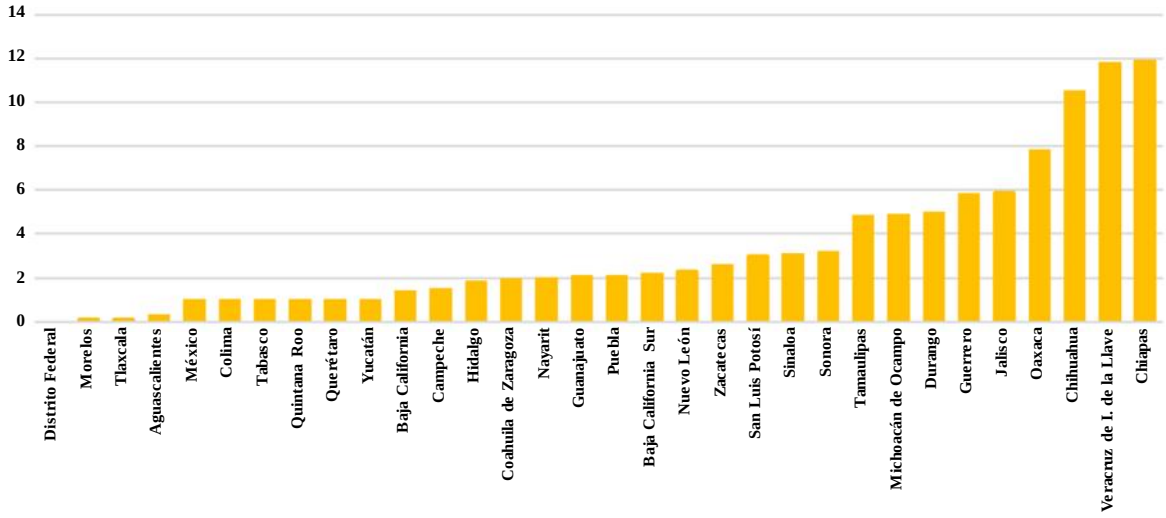
Criterios de ubicación de localidades rurales establecidos por el CONAPO:
- Cercana a ciudad: a 5 km o menos de una localidad de 15 mil habitantes y más.
- Cercana a centro de población: a 2.5 km o menos de una localidad de 2 mil 500 a 15 mil habitantes.
- Cercana a carretera: a 3 km o menos de una carretera 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

FUENTE: CONEVAL, 2012b con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO 2010.

Las entidades federativas que concentraban el mayor porcentaje de localidades aisladas en 2010 eran Chiapas y Veracruz de Ignacio de la Llave, cada una con 11.6% del total país (ver gráfica siguiente); les seguían 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 concentraban en su conjunto casi 60% de las localidades aisladas. El Distrito Federal (hoy Ciudad de México) era la única entidad que no

contaba con este tipo de poblaciones, mientras que Morelos, Tlaxcala y Aguascalientes apenas contribuían cada una con menos de 0.1% del total.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS LOCALIDADES AISLADAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO, 2010
-Porcentaje-



FUENTE: CONEVAL, 2012b con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica.

Población indígena

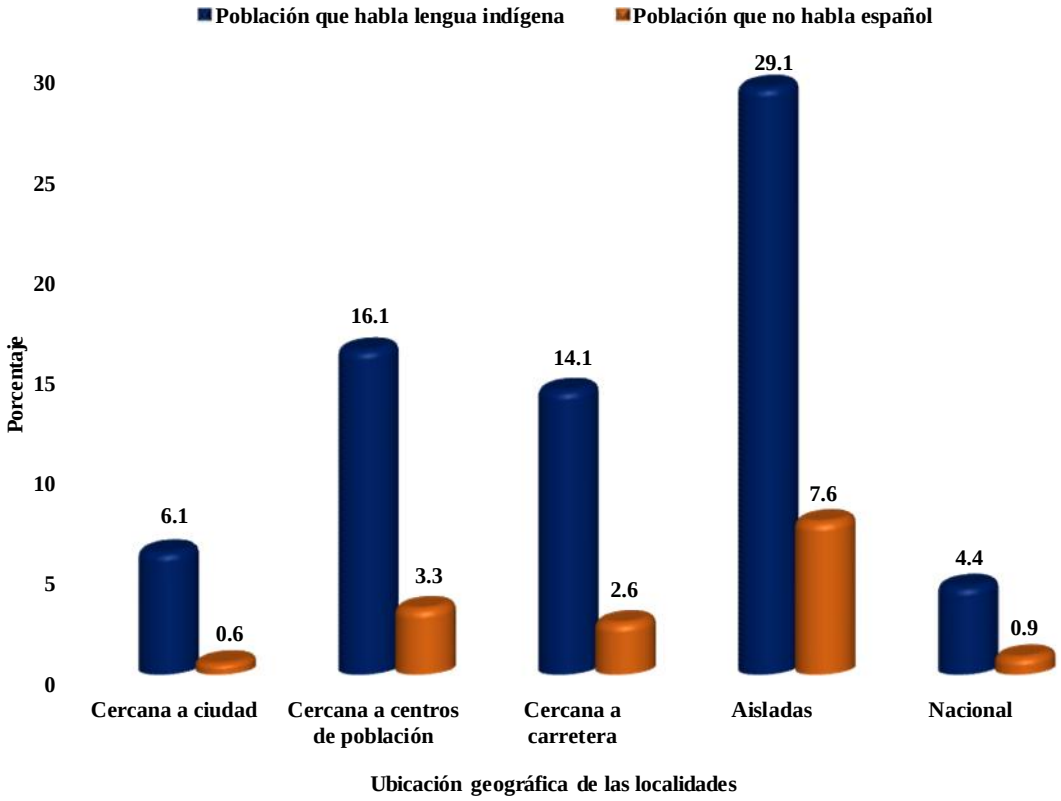
La población indígena es un grupo que ha mostrado, en general, mayores niveles de pobreza y rezago social, comparado con el resto de la población, y que es necesario atender por su condición de vulnerabilidad. El que hablen una lengua distinta al español representa una barrera cuando se trata de proveer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

En el ámbito nacional, en 2010, al menos 4.4% de la población mayor de tres años hablaba alguna lengua indígena y 0.9% sólo hablaba su lengua indígena y no el español (ver gráfica siguiente)[69]. En las localidades aisladas, esos porcentajes eran de

[69] Este porcentaje no incluye a las 84 mil localidades con una y dos viviendas en las que viven 480 mil 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.

29.1 y 7.6, respectivamente. En contraste, en las localidades rurales cercanas a ciudades, 6.1% de la población era indígena y 0.6% no hablaba español.

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: CONEVAL 2012b, 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.

LOCALIDADES Y POBLACIÓN POR UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y GRADO DE PRESENCIA INDÍGENA, MÉXICO, 2010

Localidades rurales (menores a 2 mil 500 habitantes)							
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**	**4.9**
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**	**100.0**
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**	**0.1**	

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.

FUENTE: CONEVAL, 2012b. Con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO.

En 2010 en el país había un total de 19 mil 107 localidades donde habitan 6.5 millones de personas, y al menos 40% de sus habitantes hablan una lengua indígena (ver cuadro anterior). Éstas representaban 9.9% de las localidades del país y casi 84% de ellas tenían menos de 500 habitantes. Estas cifras podrían ser mayores, pues 44% 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 mil tenían escasa presencia indígena y son las que concentraban 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 enfrentaban 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, en especial de aquellos dirigidos a la población con menos recursos; por ejemplo, en el período de 2000 a 2016 el gasto en salud como porcentaje del PIB pasó de 4.9 a 5.8 por ciento.

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 toda la población.

- 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 período de licencia posparto y la carencia de estancias o guarderías para los niños y niñas que les permitan a las y los cuidadores de éstos continuar 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 2008 y 2017. Entre éstos pueden destacarse los siguientes:

- El gasto total en salud del Gobierno Federal creció 50.4% entre 2012 y 2017,

pasó de 456 mil 307.5 millones a 686 mil 129.9 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 54.9 millones en 2016, mientras que la del segundo pasó de poco más de un millón en 2008 a un total de 5.2 millones en 2016. 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 59.5% entre 2008 y 2016. Esto representa que 23.8 millones de personas lograron acceso a los servicios de una institución de salud entre dichos años.

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 19.1 millones carecen de acceso a la salud según la medición de la pobreza 2016, 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 atención ambulatoria (consultas médicas, medicamentos recetados y atención hospitalaria). En 2016, el gasto de los hogares en estos rubros representó 62.2% del total del gasto en salud.

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, s.f.). 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 1.3 millones de personas atendidas en 2016, por ejemplo) para contribuir a aminorar el nivel de desocupación (1.9 millones en

2016).

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 las y 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 y trabajadoras con características similares tienen acceso a paquetes de beneficios diferentes (programa de Pensión para Adultos Mayores frente a la pensión a los adultos mayores de la Ciudad de México; o pensiones contributivas de trabajadores y trabajadoras privados frente a los públicos, por ejemplo).

q) Ingresos insuficientes. Los programas sociales, ya sean en apoyos monetarios o en especie, tienen una incidencia en los ingresos de la población. La expansión del programa PROSPERA es una de las acciones que se han emprendido para enfrentar contextos económicos adversos; sin embargo, éste, por su diseño, no es un programa adecuado para enfrentar crisis económicas coyunturales. El incremento presupuestario del 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 *Principales riesgos asociados a la protección social en el curso de vida* 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 niñas y 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 *Recomendaciones generales de un sistema de protección social*, 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.

RECOMENDACIONES GENERALES DE UN SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL
-Ciclo de vida-

	Niñas y Niños	Adolescentes y Jóvenes	Adultos	Adultos Mayores
Sistema de Salud Universal	Paquete de beneficios iguales entre instituciones y utilización de los servicios de salud/ Centrado en atención de primer nivel/ Enfoque preventivo			
Trabajo	Políticas activas de empleo			
		Seguro de desempleo		
		Licencia de maternidad		
	Guarderías con beneficios iguales para cuidado y desarrollo			
Pensiones		Aportaciones para pensión de vejez		Pensión de vejez
		Aportaciones para pensión de vejez		Pensión de vejez
	Pensión e incapacidades de invalidez y vida			
	Pensión por discapacidad permanente que genera dependencia total		Pensión e incapacidades Riesgos de trabajo	
Transferencias Monetarias	Pensión orfandad			
	Piso mínimo			

No contributivo Contributivo

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

FUENTE: CONEVAL, 2012b.

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 *Recomendaciones generales de un sistema de*

protección social; 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 o la 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 *Valores y principios sugeridos para un sistema nacional de servicios de salud*.

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 todas y todos los mexicanos de forma equitativa.

    b) Enfatizar la atención primaria en salud. 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.

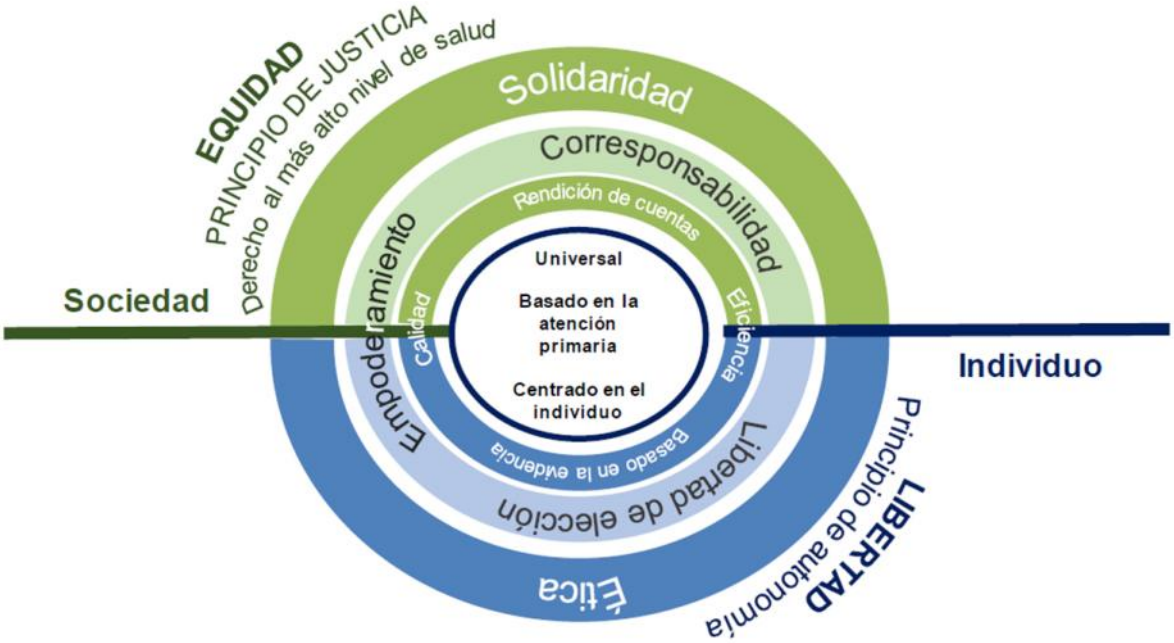
    e) Estar financiado con impuestos generales y utilizar la infraestructura pública y privada conforme al cumplimiento de requerimientos legales.

        - 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 las y 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.

VALORES Y PRINCIPIOS SUGERIDOS PARA UN SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD



FUENTE: CONEVAL 2012b

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.

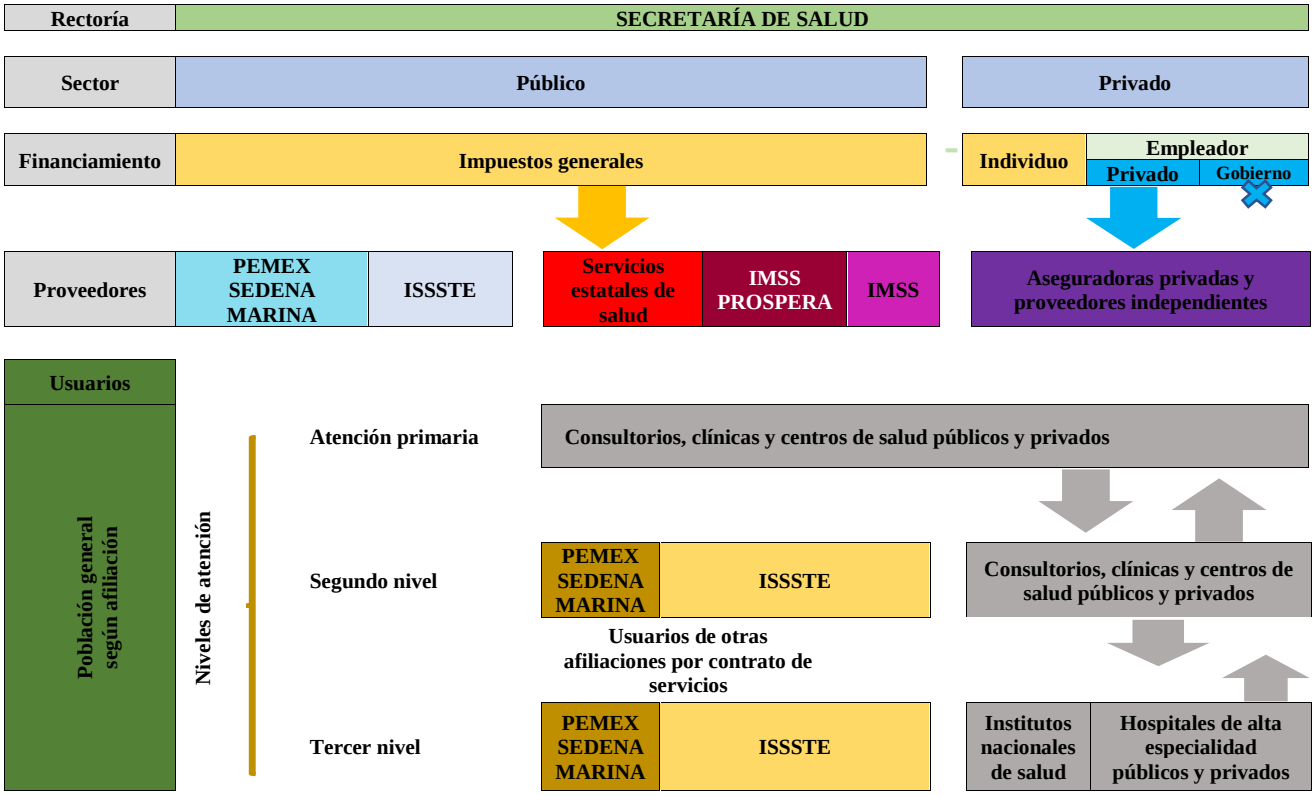
—Hacer efectivo y extensivo a todo el sector salud el Sistema Nacional de

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 *Recomendaciones generales en materia de salud*; sin embargo, éste no es el único posible que cumple con el criterio de coherencia para mejorar el esquema general de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES EN MATERIA DE SALUD



FUENTE: CONEVAL, 2012b.

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 y promotoras de salud y auxiliares comunitarios y comunitarias, 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. El promedio nacional de carencia por acceso a los servicios de salud es de 15.5%. Los estados de Oaxaca, Veracruz de Ignacio de la Llave, Puebla y Michoacán de Ocampo presentan niveles superiores al promedio nacional en esta carencia. Además, estos cuatro estados son de las entidades con un mayor porcentaje de población en pobreza, ocupando el segundo, cuarto, quinto y sexto lugar respectivamente. Además, es importante destacar que ciertos grupos aún presentan dicha carencia en mayores niveles que el promedio nacional; por ejemplo, 19% de la población entre 12 y 29 años no tiene acceso a los servicios de salud. Se recomienda acelerar la cobertura universal del Seguro Popular en estas entidades y en la población joven, con una oferta adecuada de servicios de calidad y medicamentos.

5. Garantizar la rendición de cuentas respecto al 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.

6. 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.

7. Se recomienda fortalecer la atención de todos los niveles de atención, en particular el primer nivel en entidades federativas.

8. 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.

9. 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.

10. 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 y la mortalidad materna.

11. Se recomienda reforzar los esquemas de salud preventiva, que deberían ser prioritarios no sólo para reducir la morbilidad, sino para evitar costos curativos futuros.

12. 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.

13. 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.

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 las y 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

14. Consolidar la protección social en pensiones estableciendo una pensión universal mínima de retiro para todos financiada con impuestos generales. 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[70], 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.

15. Establecer una pensión universal de invalidez para discapacidad total financiada con impuestos generales.

16. Integrar la pensión universal de invalidez para discapacidad total verticalmente al Seguro de Invalidez y Vida de la seguridad social.

17. 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.

18. 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.

19. Canalizar mayores recursos y esfuerzos en materia de prevención, capacitación y rehabilitación y reincorporación laboral en caso de discapacidad.

20. Hacer un análisis detallado de los mecanismos de transición entre pensiones de las y los titulares y sus beneficiarios, así como de los incentivos que actualmente generan.

21. Fomentar el crecimiento del ahorro voluntario, con regulaciones claras y de largo

[70] Para más información, véase Levy, 2008.

plazo y adecuación de las reglas de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro sobre registro de planes.

22. Promover entre la población la divulgación y educación sobre pensiones contributivas y no contributivas.

23. El acceso a la seguridad social representa el derecho social más rezagado dentro de los incluidos en la medición de la pobreza, con 55.8% de la población sin acceso en 2016. 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

24. 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.

25. Analizar la factibilidad de eliminar las indemnizaciones como parte de los beneficios alternativos de un sistema de protección social.

26. 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 (PET, PAE y Capacitación para Incrementar la Productividad).

b) Ampliación de los programas de acuerdo con las diferencias en la desocupación y subocupación en los ámbitos rural y urbano.

27. 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.

28. Fortalecer el PET como mecanismo de apoyo a los períodos estacionales, en contingencias laborales y naturales.

29. 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.

30. 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 beneficiarias y 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 la población como estrategia de no exclusión de la población pobre.

- Piso mínimo solidario. Transferencia monetaria a la población como estrategia de no exclusión de la población pobre que, a diferencia de la renta básica ciudadana, puede ser no aceptada por individuos con mayores ingresos 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.

31. Analizar la ampliación del programa PROSPERA en las zonas donde no existe oferta de servicios médicos a través de la vinculación con acciones en población dispersa.

32. Para la atención de población urbana, sin embargo, es recomendable modificar los métodos de identificación de población elegible que ha usado el Programa PROSPERA.

Fuente de información:
https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Evaluacion-Estrategica-Proteccion-Social-segunda-edicion.pdf

VIII. PROGRAMAS DE APOYO AL EMPLEO Y A LA CAPACITACIÓN

Programas de apoyo al empleo y a la capacitación

El Servicio Nacional de Empleo (SNE), en su Portal de Internet publicó los resultados preliminares de la operación correspondiente al período de enero a mayo de 2018.

Los resultados de las acciones para apoyar y fomentar la incorporación de la población desempleada o subempleada a empleos formales que se llevan a cabo en las oficinas del SNE muestran que se brindó atención de 2 millón 225 mil 747 solicitantes de trabajo, de los cuales 461 mil 135 consiguieron incorporarse, mediante alguno de los programas del SNE, a alguna plaza laboral formal disponible. Particularmente, los Servicios de Vinculación Laboral (SVL) contribuyeron con la atención a 2 millón 98 mil 569 personas (94.3% del total), que resultó en 383 mil 951 buscadores de trabajo colocados (83.3%). Por su parte, los instrumentos de empleabilidad considerados en el Programa de Apoyo al Empleo (PAE) participaron en la atención de 127 mil 178 solicitantes de apoyo (5.7%) y 77 mil 184 colocaciones (16.7%).

Si bien los SVL registraron las mayores cifras en atención y colocación, el PAE reportó un mejor resultado en términos de efectividad, al conseguir la colocación del 60.7% de los buscadores de empleo que atendió; mientras que los SVL permitieron la incorporación al mercado formal del 18.3% de las personas que atendieron. Aunque conjuntamente reportaron una efectividad en la colocación de solicitantes de 20.7% del total de personas que atendió el SNE.

Los resultados que registraron cada una de estas modalidades se detallan a continuación:

- En los SVL las acciones realizadas, tanto de atención como de colocación a buscadores de trabajo, se concentraron en dos instrumentos de empleabilidad: Portal del Empleo y Bolsa de Trabajo. En el primero se brindó atención a 853 mil 117 personas (40.7%) y se logró la colocación de 123 mil 904 de ellas (32.3%); mientras que en el segundo se apoyó a 746 mil 472 (35.6%) y se colocó a 185 mil 193 (48.2%). En términos de efectividad sobresalió el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales (PTAT) México-Canadá, toda vez que la eficacia de sus acciones fue de 76.9 por ciento.

- En lo que respecta al PAE, la atención y colocación se centraron en los subprogramas denominados Bécate, al referir 91 mil 654 (72.1%) solicitantes atendidos y 51 mil 690 (67.0%) personas colocadas; y en el de Movilidad Laboral con 28 mil 434 personas atendidas (22.4%) y 20 mil 769 (26.9%) solicitantes que obtuvieron algún empleo formal. La cifra mayor en materia de efectividad se registró en el subprograma de Fomento al Autoempleo, al colocar en algún empleo productivo a todos los solicitantes que atendió.

Estos aspectos se observan en el cuadro de la siguiente página.

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO
PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO
Enero - abril de 2018 p/

	Atendidos		Colocados		Efectividad (%)
	Absolutos	Participación	Absolutos	Participación	
TOTAL	**2 225 747**	**100.0**	**461 135**	**100.0**	**20.7**
Servicios de Vinculación Laboral	2 098 569	94.3	383 951	83.3	18.3
Bolsa de Trabajo	746 472	35.6	185 193	48.2	24.8
Ferias de Empleo	161 880	7.7	57 847	15.1	35.7
Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales, México-Canadá	22 129	1.1	17 007	4.4	76.9
Portal del Empleo	853 117	40.7	123 904	32.3	14.5
Centros de Intermediación Laboral	85 977	4.1	---	---	---
SNE por Teléfono 1/	228 994	10.9	---	---	---
Programa de Apoyo al Empleo 2/	127 178	5.7	77 184	16.7	60.7
Bécate	91 654	72.1	51 690	67.0	56.4
Fomento al Autoempleo	4 725	3.7	4 725	6.1	100.0
Movilidad Laboral	28 434	22.4	20 769	26.9	73.0
Repatriados Trabajando	2 365	1.9	---	---	---

p/ Cifras preliminares.

1/ Se incluyen las llamadas atendidas en el centro de atención de personas que requieren información de los Programas de Movilidad Laboral (Canadá y España) y de los programas de capacitación o con apoyo económico a cargo del SNE, actualizar información de vacantes de empleo y, en general, asesoría en el Portal del Empleo.

2/ Acciones realizadas con presupuesto federal y estatal.

FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos con información de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Por otra parte, de las 32 entidades federativas que conforman el país, 14 registraron una efectividad superior o igual al promedio nacional (20.8%), de las cuales Ciudad de México y Puebla fueron las que registraron los niveles más altos con 30.3% y 29.4% respectivamente, a ésta le continuaron en importancia Nuevo León (28.2%), Jalisco (26.3%), Estado de México (24.5%), Zacatecas (23.7%), Querétaro (23.3%), y San Luis Potosí (22.0%).

En tanto, Campeche fue la entidad que reportó en nivel más bajo de efectividad (11.2%).

Lo anterior puede apreciarse en el cuadro de la siguiente página.

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO, POR ENTIDAD FEDERATIVA
Enero - mayo de 2018 [p/]

Entidad Federativa	Servicios de Vinculación Laboral [1/]		Programa de Apoyo al Empleo [2/]		Total			
	Atendidos	Colocados	Atendidos	Colocados, preservados u ocupados temporal-mente	Atendidos	Colocados, preservados u ocupados temporalmente		
						Absolutos	Participación (%)	Efectividad (%)
Total nacional	**2 098 569**	**383 951**	**127 178**	**77 184**	**2 225 747**	**461 135**	**100.0**	**20.7**
Ciudad de México	175 431	52 248	4 526	2 228	179 957	54 476	11.8	30.3
Puebla	67 072	16 841	7 659	5 126	74 731	21 967	4.8	29.4
Nuevo León	43 459	11 869	1 372	765	44 831	12 634	2.7	28.2
Jalisco	161 270	40 985	5 227	2 763	166 497	43 748	9.5	26.3
Estado de México	172 030	39 046	8 039	5 122	180 069	44 168	9.6	24.5
Zacatecas	62 334	11 290	10 629	5 998	72 963	17 288	3.7	23.7
Querétaro	55 856	12 184	1 625	1 186	57 481	13 370	2.9	23.3
San Luis Potosí	55 004	10 950	3 913	2 546	58 917	13 496	2.9	22.9
Aguascalientes	42 503	9 545	1 270	469	43 773	10 014	2.2	22.9
Baja California	37 367	7 751	2 220	1 074	39 587	8 825	1.9	22.3
Quintana Roo	23 937	4 922	1 471	728	25 408	5 650	1.2	22.2
Yucatán	67 755	11 808	7 856	4 778	75 611	16 586	3.6	21.9
Nayarit	15 484	2 243	1 780	1 503	17 264	3 746	0.8	21.7
Morelos	62 136	11 049	6 166	3 373	68 302	14 422	3.1	21.1
Colima	21 207	3 585	2 281	1 284	23 488	4 869	1.1	20.7
Sonora	67 726	14 327	4 376	602	72 102	14 929	3.2	20.7
Hidalgo	69 856	11 790	3 585	2 484	73 441	14 274	3.1	19.4
Tabasco	39 379	3 350	6 103	5 135	45 482	8 485	1.8	18.7
Guanajuato	105 962	16 237	8 115	3 666	114 077	19 903	4.3	17.4
Baja California Sur	19 150	2 789	2 096	801	21 246	3 590	0.8	16.9
Guerrero	38 180	4 122	3 375	2 892	41 555	7 014	1.5	16.9
Chihuahua	30 583	3 404	3 595	2 351	34 178	5 755	1.2	16.8
Tamaulipas	45 456	7 073	2 130	874	47 586	7 947	1.7	16.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	75 036	6 264	7 870	6 875	82 906	13 139	2.8	15.8
Coahuila de Zaragoza	160 960	23 720	3 286	1 224	164 246	24 944	5.4	15.2
Chiapas	61 831	5 935	5 375	4 217	67 206	10 152	2.2	15.1
Sinaloa	70 826	8 678	3 815	2 060	74 641	10 738	2.3	14.4
Michoacán de Ocampo	119 537	15 796	2 496	1 735	122 033	17 531	3.8	14.4
Oaxaca	34 637	3 917	1 497	1 249	36 134	5 166	1.1	14.3
Tlaxcala	44 517	4 817	1 716	1 061	46 233	5 878	1.3	12.7
Durango	30 792	3 681	435	212	31 227	3 893	0.8	12.5
Campeche	21 296	1 735	1 279	803	22 575	2 538	0.6	11.2

p/ Cifras preliminares.

1/ Incluye las cifras de Bolsa de Trabajo, Talleres para Buscadores de Empleo, Sistema Estatal de Empleo, SNE por teléfono, Portal del Empleo, Ferias del Empleo, Centros de Intermediación Laboral y del Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá.

2/ Incluye las cifras de las acciones realizadas con presupuesto federal y estatal mediante Bécate, Fomento al Autoempleo, Movilidad Laboral y Repatriados Trabajando.

FUENTE: Elaborado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos con información de la SNE.

La base estadística con la que se elaboró este análisis se encuentra en la siguiente liga:
https://www.empleo.gob.mx/sne/acciones-vinculacion-laboral
https://www.empleo.gob.mx/sne/programa-apoyo-empleo-pae