

# EVALUACIÓN ESTRATÉGICA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO, SEGUNDA EDICIÓN



**CONSEVAL**

Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

## Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

### Investigadores académicos

**María del Rosario Cárdenas Elizalde**  
Universidad Autónoma Metropolitana

**Fernando Alberto Cortés Cáceres**  
El Colegio de México

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

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

**John Roberto Scott Andretta**  
Centro de Investigación y Docencia Económicas

**Graciela María Teruel Belismelis**  
Universidad Iberoamericana

### Secretaría Ejecutiva

**Gonzalo Hernández Licona**  
Secretario Ejecutivo

**Thania de la Garza Navarrete**  
Directora General Adjunta de Evaluación

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

**Edgar A. Martínez Mendoza**  
Director General Adjunto de Coordinación

**Daniel Gutiérrez Cruz**  
Director General Adjunto de Administración

## COLABORADORES

### Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

#### Equipo técnico de la segunda edición

Gonzalo Hernández Licona  
Thania Paola de la Garza Navarrete  
Karina Barrios Sánchez  
Camilo Vicente Ovalle  
Diana María Franco Vasco  
Félix Lizardi García  
Alonso Miguel de Erice Domínguez  
Leslie Magally Ramírez Hernández  
Marco Antonio Vargas Campos  
Gerardo Mejía Núñez

#### Revisión técnica de la segunda edición

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

El equipo técnico agradece al equipo de la Dirección General Adjunta de Análisis y Diagnóstico: Enrique Eliseo Minor Campa, Paola Vela de la Garza Evia, Edna Paulet Jaramillo Lerma, por los insumos que aportaron para la reedición de este documento.

### **Equipo técnico de la primera edición**

Gonzalo Hernández Licona  
John Roberto Scott Andretta  
Agustín Escobar Latapí  
Thania de la Garza Navarrete  
Carolina Romero Pérez-Grovas  
Manuel Triano Enríquez  
Perla Gris Legorreta  
Haydeé Macías Enciso  
Iván Moreno Cárdenas  
Florencia Leyson Lelevier  
Paul Germán Cáceres Castrillón  
Mayra Paulina Salazar Rivera  
Andrea Villa de la Parra

### **Consultores externos de la primera edición**

#### **Hospital Infantil de México Federico Gómez**

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

#### **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**

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

## **Revisión técnica de la primera edición**

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

## Contenido

<b>Índice de gráficas</b> .....	7
<b>Índice de cuadros</b> .....	9
<b>Índice de figuras</b> .....	9
<b>Índice de mapas</b> .....	10
<b>Siglas y Acrónimos</b> .....	11
<b>Prólogo</b> .....	17
<b>Introducción</b> .....	19
<b>Capítulo 1. Características generales de la protección social en México</b> .....	27
<b>Capítulo 2. Riesgos asociados a la protección social</b> .....	36
1. Diagnóstico de riesgos asociados al acceso a la salud .....	37
2. Diagnóstico de riesgos asociados a la vejez, discapacidad y orfandad .....	65
3. Diagnóstico de riesgos asociados al trabajo .....	88
4. Diagnóstico de riesgos asociados a ingresos insuficientes .....	103
5. Dispersión de la oferta gubernamental y dificultades en el acceso a la protección social .....	115
<b>Capítulo 3. Conclusiones</b> .....	142
<b>Capítulo 4. Recomendaciones</b> .....	147
<b>Salud</b> .....	149
<b>Vejez, discapacidad y orfandad</b> .....	155
<b>Trabajo</b> .....	157
<b>Ingreso</b> .....	158
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	160
<b>Referencias estadísticas</b> .....	164

## Índice de gráficas

Gráfica 1. Población en pobreza con y sin transferencias de programas gubernamentales, México, 2010 (millones de personas).....	24
Gráfica 2. Población en pobreza extrema con y sin transferencias de programas gubernamentales, 2010.....	25
Gráfica 3. Gasto en salud por ramo, 2012-2017 (pesos constantes de agosto de 2012) .	38
Gráfica 4. Población cubierta por el Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI,* 2006-2016 (millones de personas) .....	39
Gráfica 5 Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular .....	40
Gráfica 6. Cambio porcentual por carencia social, México 2008-2016 .....	41
Gráfica 7. Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2000, 2005, 2010 y 2016.....	44
Gráfica 8. Gasto en salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo), México, 1999-2015 .....	47
Gráfica 9. Promedio del porcentaje del gasto en salud respecto del gasto del hogar, por decil de ingreso y tipo de afiliación, México 2016 .....	48
Gráfica 10. Tasa de mortalidad por las principales causas según nivel de marginación, 2015 .....	52
Gráfica 11. Médicos generales y enfermeras en consulta externa por cada mil habitantes por entidad federativa, México, 2015 .....	56
Gráfica 12. Porcentaje de la población con acceso a los servicios de salud según su afiliación, México, 2008-2016 .....	58
Gráfica 13. Composición de la afiliación a instituciones públicas por tipo de fuente, México, 2015.....	59
Gráfica 14. 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) .....	62
Gráfica 15. Numero de programas y acciones de salud estatales (2014) y federales (2016), México .....	64
Gráfica 16. Gasto anual por persona de los programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de salud, México, 2016 .....	65
Gráfica 17. 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 .....	69
Gráfica 18. Porcentaje de población de 65 años o más beneficiaria de programas de adultos mayores por decil de ingreso, México, 2008 y 2016.....	72
Gráfica 19 Porcentaje de los rubros de ingreso respecto al ingreso corriente total mensual por persona. Nacional, rural y urbano, México, 2008-2016.....	89
Gráfica 20. Tasas de desocupación complementarias, México, 2006-2017 .....	91
Gráfica 21. Servicios de guarderías del IMSS y estancias infantiles del ISSSTE y niñas y niños atendidos, México, 2000-2017.....	98
Gráfica 22. Estancias infantiles de la SEDESOL y niñas y niños atendidos, México, 2007-2017 .....	99

Gráfica 23. 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 .....	101
Gráfica 24. Gasto anual por persona de los programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de trabajo, México .....	102
Gráfica 25. Porcentaje de cobertura de programas sociales por condición de ingresos, México, 2016 .....	107
Gráfica 26. 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 .....	113
Gráfica 27. Gasto anual por persona de los programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de bienestar económico, México, 2016 (15-69 años) .....	114
Gráfica 28. Numero de programas estatales (2014) y federales (2016) de desarrollo social por entidad federativa, México .....	117
Gráfica 29. Programas estatales (2014) y federales (2016) de desarrollo social por tipo de apoyo (monetario-no monetario), México .....	118
Gráfica 30. Número de programas estatales (2014) y federales (2016) de desarrollo social por derecho social, México, .....	119
Gráfica 31. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de alimentación, (Millones de pesos) México .....	121
Gráfica 32. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de bienestar económico (Millones de pesos), México .....	122
Gráfica 33. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de educación (Millones de pesos), México .....	123
Gráfica 34. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de medio ambiente sano (Millones de pesos), México .....	124
Gráfica 35. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de no discriminación (Millones de pesos), México .....	125
Gráfica 36. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de salud (Millones de pesos), México .....	126
Gráfica 37. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de seguridad social (Millones de pesos), México .....	127
Gráfica 38. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de trabajo (Millones de pesos), México .....	128
Gráfica 39. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de vivienda (Millones de pesos), México .....	129
Gráfica 40. Número y presupuesto ejercido de programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de desarrollo social, México .....	132
Gráfica 41. Distribución porcentual de las localidades aisladas por entidad federativa, México, 2010 .....	138
Gráfica 42. 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 .....	139

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Gasto ejercido por instituciones públicas de salud (millones de pesos), México, 2000-2017* .....	43
Cuadro 2. Indicadores del estado de salud de la población para el conjunto de países que integran la OCDE y para México, 2015 .....	49
Cuadro 3. Principales causas de mortalidad general, México, 2000 y 2015 .....	50
Cuadro 4. Localidades y población por ubicación geográfica y grado de acceso geográfico .....	60
Cuadro 5. Programas de pensiones federal (2016) y estatales (2014) para adultos mayores, México.....	73
Cuadro 6 Programas de políticas activas de empleo, México, 2016 .....	93
Cuadro 7. Gasto público en programas de mercado de trabajo en países de la OCDE (porcentaje del PIB en 2015).....	94
Cuadro 8. Servicios de cuidado infantil, México, 2017.....	97
Cuadro 9. Número de personas por tamaño de localidad y condición de ingresos insuficientes, México, 2014-2016.....	104
Cuadro 10. Indicadores demográficos básicos por condición de ingresos insuficientes, México, 2016 .....	105
Cuadro 11. Incidencia en los indicadores de carencia social de la medición de la pobreza por condición de ingresos insuficientes, México, 2016 (porcentajes) .....	106
Cuadro 12. Porcentaje de personas de la población ocupada con prestaciones laborales por condición de ingresos insuficientes, México, 2016 .....	106
Cuadro 13. Programas de desarrollo social y su nivel de prioridad, México, 2016 .....	120
Cuadro 14. Número y presupuesto ejercido por los programas estatales 2014 y federales 2016 de desarrollo social con presupuesto disponible, México,.....	131
Cuadro 15. Localidades y población por tamaño de localidad, México, 2010.....	134
Cuadro 16. Localidades y población por tamaño de localidad e Índice de Rezago Social, México, 2010 .....	135
Cuadro 17. Localidades y población por tamaño de localidad y condición de ubicación geográfica, México, 2010 .....	137
Cuadro 18. Localidades y población por ubicación geográfica y grado de presencia indígena, México, 2010 .....	140

## Índice de figuras

Figura 1. Principales riesgos asociados a la protección social en el curso de vida .....	37
Figura 2. Estructura del Sistema de Salud de México, 2018.....	54
Figura 3 Población indígena según su contribución a la seguridad social, México, 2016..	70
Figura 4. Tasa de participación laboral de las mujeres 2010-2016.....	96
Figura 5. Recomendaciones generales de un sistema de protección social .....	147
Figura 6. Valores y principios sugeridos para un sistema nacional de servicios de salud	150
Figura 7. Recomendaciones generales en materia de salud .....	152

## Índice de mapas

Mapa 1. 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 ..... 53

## Siglas y Acrónimos

### ENTIDADES Y DEPENDENCIAS

<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población
<b>CONEVAL</b>	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>Pemex</b>	Petróleos Mexicanos
<b>Sedena</b>	Secretaría de la Defensa Nacional
<b>SEDESOL</b>	Secretaría de Desarrollo Social
<b>SEP</b>	Secretaría de Educación Pública

### PROGRAMAS Y ACCIONES FEDERALES, PROGRAMAS Y ACCIONES ESTATALES Y FONDOS DE APORTACIONES FEDERALES

<b>70 y Más</b>	Programa 70 y Más
<b>FASSA</b>	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Ramo 33)
<b>IMSS- PROSPERA</b>	Programa IMSS-PROSPERA
<b>Oportunidades</b>	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
<b>PAE</b>	Programa de Apoyo al Empleo
<b>PAL</b>	Programa de Apoyo Alimentario
<b>PAM</b>	Programa de Pensión para Adultos Mayores
<b>PEI</b>	Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras
<b>PET</b>	Programa de Empleo Temporal
<b>Procampo</b>	Programa de Apoyos Directos al Campo
<b>PROSPERA</b>	Programa de Inclusión Social PROSPERA
<b>Sistema de Protección Social en Salud</b>	Seguro Popular

## ORGANISMOS INTERNACIONALES

- CISS** Conferencia Interamericana de Seguridad Social
- OCDE** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- OIT** Organización Internacional del Trabajo
- ONU** Organización de las Naciones Unidas

## OTROS

- AFORE** Administradores de Fondos para el Retiro
- Censo 2010** Censo de Población y Vivienda 2010
- CIE** Clasificación Internacional de Enfermedades
- ENIGH** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
- ENOE** Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
- Inventario CONEVAL** de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016
- Federal**
- Inventario CONEVAL** de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014
- Estatal**
- LB** Línea de Bienestar/ Línea de Bienestar Económico
- LBM** Línea de Bienestar Mínimo
- LGDS** Ley General de Desarrollo Social
- LSS** Ley de Seguridad Social/Ley del Seguro Social
- MCS-ENIGH** Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
- MEC** Modelo Estadístico 2016 para la continuidad del MCS-ENIGH
- PEA** Población Económicamente Activa
- PEF** Presupuesto de Egresos de la Federación
- PIB** Producto Interno Bruto
- PMG** Pensión Mínima Garantizada
- TCCO** Tasa de Condiciones Críticas de Ocupación
- TOPD1** Tasa de Ocupación Parcial y Desocupación

## Glosario

<b>Bajo peso al nacer</b>	Peso de un niño al nacer menor de 2.5 kilos sin importar su edad gestacional.
<b>Canasta alimentaria</b>	Conjunto de alimentos cuyo valor sirve para construir la Línea de Bienestar Mínimo. Éstos se determinan de acuerdo con el patrón de consumo de un grupo de personas que satisfacen con ellos sus requerimientos de energía y nutrientes.
<b>Canasta no alimentaria</b>	Es la canasta alimentaria más el valor monetario de otros bienes y servicios básicos.
<b>Desigualdad horizontal</b>	Consiste en que las instituciones y programas entregan bienes y servicios diferentes a individuos con necesidades y riesgos similares.
<b>Desigualdad vertical</b>	Consiste en el ejercicio de una proporción sustantiva del gasto social a través de instrumentos regresivos en términos absolutos en detrimento de instrumentos progresivos o neutrales.
<b>Esperanza de vida al nacer</b>	Promedio de años que se espera viva una persona nacida en el periodo para el cual se calcula el indicador si se mantienen las condiciones de mortalidad prevalecientes al momento de su estimación.
<b>Expediente clínico</b>	Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud registra los elementos correspondientes a su intervención en el acto médico, de conformidad con la normatividad vigente.
<b>Gasto de bolsillo en salud</b>	Es el gasto directo de los consumidores en consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros.
<b>Incapacidad</b>	Condiciones que derivan de la imposibilidad de continuar desempeñando las actividades laborales, sea de manera temporal o permanente. En este documento, los términos incapacidad y discapacidad se utilizan en forma indistinta.
<b>Índice de Rezago Social</b>	Es una medida ponderada de indicadores de carencias sociales de educación, salud, calidad y servicios básicos y espacios en la vivienda.
<b>Instrumentos contributivos</b>	Instrumentos financiados principalmente por sus beneficiarios.

<b>Instrumentos no contributivos</b>	Instrumentos financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios y que tienen propósitos redistributivos.
<b>Línea de Bienestar</b>	Valor monetario de una canasta de alimentos, bienes y servicios básicos.
<b>Línea de Bienestar Mínimo</b>	Valor monetario de una canasta alimentaria básica. Es un subconjunto de la Línea de Bienestar
<b>Localidades rurales</b>	Aquellas con una población menor de 2,500 habitantes y que no es cabecera municipal.
<b>Localidades urbanas</b>	Aquellas con una población igual o mayor de 2,500 habitantes o cabeceras municipales, independientemente de su número de habitantes.
<b>Metas del Milenio</b>	La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de Estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio se intentan alcanzar en 2015. Éstos se basan en las actividades y metas incluidas en dicha declaración.
<b>Mortalidad materna</b>	Conjunto de defunciones debidas a condiciones asociadas o agravadas por la gestación cuya ocurrencia provoca la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o los cuarenta y dos días posteriores a la terminación de éste (puerperio).
<b>Pensión de Invalidez y Vida</b>	El seguro de invalidez general de la seguridad social protege a los trabajadores afiliados a un sistema de seguridad social ante discapacidades generadas por enfermedades y accidentes no relacionados con su actividad laboral que les imposibilite trabajar. Para tener derecho, se requiere haber contribuido al sistema durante al menos el tiempo determinado en las leyes de seguridad social correspondientes. Este seguro incluye el de sobrevivientes, que es un beneficio garantizado al grupo familiar inmediato, derivado de la muerte temprana del trabajador afiliado. Además, los pensionados por este seguro pueden tener acceso a los servicios de salud, que no están sujetos a algún requisito de antigüedad en el sistema.
<b>Pensión por Riesgos de Trabajo</b>	Pensiones que protegen a los individuos frente a los riesgos de trabajo. Dentro de esta clasificación se consideran los accidentes o enfermedades causados por motivos de trabajo, incluyendo los que se produzcan al

trasladarse el trabajador de su domicilio al lugar del trabajo o viceversa.

- Pensión de Vejez** Pensión que tiene por objeto contribuir a moderar la pérdida o disminución del ingreso de un individuo al final de su vida productiva.
- Población atendida** Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.
- Población desocupada** Personas que, sin estar ocupadas en la semana de referencia, buscaron activamente incorporarse a alguna actividad económica en algún momento del último mes transcurrido.
- Población económicamente activa (PEA)** Personas que durante el periodo de referencia realizaron o tuvieron una actividad económica (población ocupada) o buscaron activamente realizarla en algún momento del mes anterior al día de la entrevista (población desocupada).
- Población objetivo** Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
- Pobreza** Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.
- Población potencial** Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención.
- Política regresiva en términos absolutos** Políticas que concentran los recursos públicos en los estratos de mayores ingresos (por ejemplo, el diez por ciento más rico de la población recibe más de diez por ciento de una transferencia). Es importante aclarar que la regresividad absoluta de un programa público no implica que éste contribuya a aumentar la desigualdad, sino que su asignación no prioriza a los grupos de menores ingresos.
- Protección social** Protección de la seguridad económica de las personas y sus hogares ante eventos de la vida, como el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la muerte y la vejez. También

considera las limitaciones que ciertos hogares tienen para obtener un ingreso suficiente para adquirir una canasta básica alimentaria.

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

## 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 periodo 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”.<sup>1</sup> 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 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,<sup>2</sup> 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.

---

<sup>1</sup> Discurso del general Manuel Ávila Camacho en su protesta como presidente de México ante el Congreso de la Unión, 1 de diciembre de 1940 (Arce Cano, 1944, pp. 35-36).

<sup>2</sup> 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](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos)

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 reforma del sistema de pensiones atravesó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 2007.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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 por ciento 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.<sup>5</sup> Con el fin de incrementar la

---

<sup>3</sup> Los cambios en estas legislaciones se presentarán a lo largo de este documento.

<sup>4</sup> 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>

<sup>5</sup> 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>

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 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> En cambio, los

---

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> “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

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 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 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 caso de que el trabajador o pensionado requiera asistencia de otra persona (al respecto, véase Levy, 2008).

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.

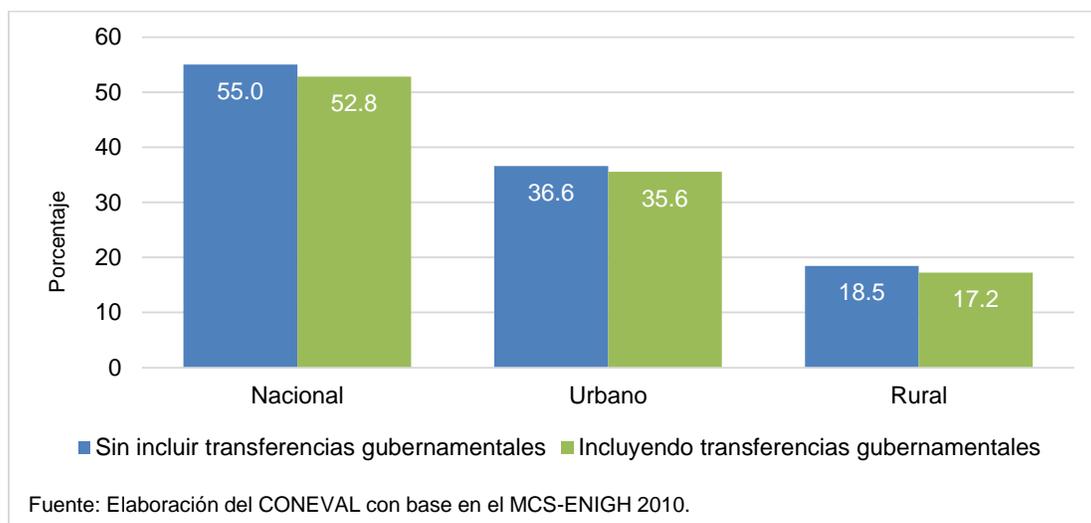
Con excepción del PET, los principales programas de transferencias (como PROSPERA y Procampo) no están diseñados para dirigir sus apoyos a la población ante contingencias económicas. Además, por su diseño (financiamiento contributivo con costos relativamente altos) y en el contexto de la desigualdad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

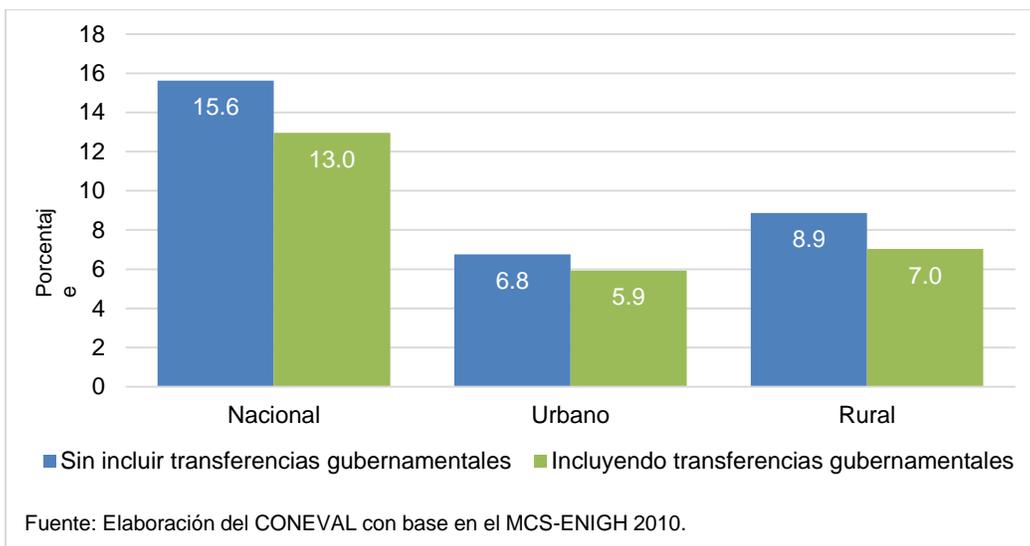
Sin embargo, en las gráficas 1 y 2 se muestra cómo habría variado la pobreza y la pobreza extrema en los ámbitos rural y urbano de no haber existido los programas federales de desarrollo social durante la crisis económica. Se observa que la contención de los instrumentos de política social fue mayor 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 (gráfica 1).

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



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 (gráfica 2).

**Gráfica 2. Población en pobreza extrema con y sin transferencias de programas gubernamentales, 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,<sup>8</sup> y no es claro que tenga sostenibilidad financiera. Además, este entramado institucional provee cobertura errática e incompleta para todos estos riesgos.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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 el acceso a la salud; a condiciones de vejez, discapacidad y orfandad; al trabajo y la insuficiencia de ingreso. Con base en los dos primeros apartados, en la tercera sección se formulan conclusiones y en la cuarta se enuncian recomendaciones de política pública.

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Al respecto, consúltese Levy, 2008.

<sup>10</sup> 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).

## 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, etc.), 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).<sup>11</sup> 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 transcurso de las dos últimas décadas.<sup>12</sup>

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

---

<sup>11</sup> Para una descripción más completa, ver Barrientos y Hulme, 2009.

<sup>12</sup> 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.

desempleo, la enfermedad, la invalidez, la muerte y la vejez.<sup>13</sup> 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.

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.

---

<sup>13</sup> 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.

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 periodo 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 125,359 niñas y niños atendidos en 2007 a 317,723 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<sup>14</sup> (atención con capacidad resolutive); 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 1,564 millones de pesos<sup>15</sup> y logró insertar laboralmente a 317,706 personas para

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> CONEVAL, Inventario de Programas y Acciones Federales de Desarrollo social 2016.

aminorar el nivel de desocupación (1.9 millones de personas).<sup>16</sup> 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 891,095 personas y ejerció 4,357 millones de peso en el mismo año.<sup>17</sup>

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 82,354 millones de pesos y alcanzó una cobertura de 6.8 millones de familias.<sup>18</sup> 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 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

---

<sup>16</sup> La fuente es Servicio Nacional de Empleo (SNE), Acciones de vinculación laboral disponible en <https://www.empleo.gob.mx/sne/acciones-vinculacion-laboral>

<sup>17</sup> CONEVAL, Inventario de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016.

<sup>18</sup> 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).

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<sup>19</sup> 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

---

<sup>19</sup> 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.

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. Las acciones del Gobierno Federal para contener la disminución del nivel de vida de la población permitieron que el número absoluto y relativo de personas en condición de pobreza extrema no creciera en 2010 respecto a 2008; sin embargo, fueron insuficientes para frenar el aumento de la pobreza en las áreas urbanas y fronterizas debido a que los instrumentos más importantes en términos presupuestarios y de población atendida están dirigidos principalmente a la población en pobreza de largo plazo 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<sup>20</sup> y que afectarían el ingreso y consumo de la población (riesgos económicos).

Los riesgos asociados a la protección social en el transcurso del ciclo de vida, y que se analizan en esta evaluación, se representan en la figura 1. En las filas se muestran los que tienen que ver con cuatro dimensiones clave de la protección social: a) acceso a la salud; b) el trabajo; c) la orfandad, discapacidad y vejez; y d) el ingreso. En las columnas se representan cuatro grupos etarios de acuerdo con diferentes momentos del ciclo de vida: 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

---

<sup>20</sup> 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.

enfrentarse a la dificultad para encontrar trabajo, sea por falta de habilidades y competencias o por problemas de información en el mercado laboral.

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

	Niñas y Niños	Adolescentes y jóvenes	Adultos	Adultos mayores
Asociados al acceso a la salud	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			
Asociados al trabajo	Dificultad para encontrar trabajo por falta de habilidades y competencias/ Problemas de información en el mercado laboral			
	Pérdida de ingreso laboral			
	Desbalance en vida familiar y profesional por parto/Puerperio			
Asociados a vejez, discapacidad y orfandad	Disminución en ingreso familiar por no participación laboral de las mujeres/ Dificultad para el cuidado de niñas, niños y adultos mayores			
	Disminución del gasto por aportaciones para la vejez			Pérdida de ingreso por vejez
	Pérdida o disminución del ingreso temporal o permanente por enfermedad o accidente			
	Gastos y pérdida de ingreso por discapacidad permanente que deriva en dependencia total		Pérdida o disminución de ingreso temporal o permanente por accidente o enfermedad laboral	
Asociados al ingreso	Falta de ingreso por orfandad			
	Ingresos bajos/ Bajo capital humano			

Fuente: CONEVAL, 2012b.

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.

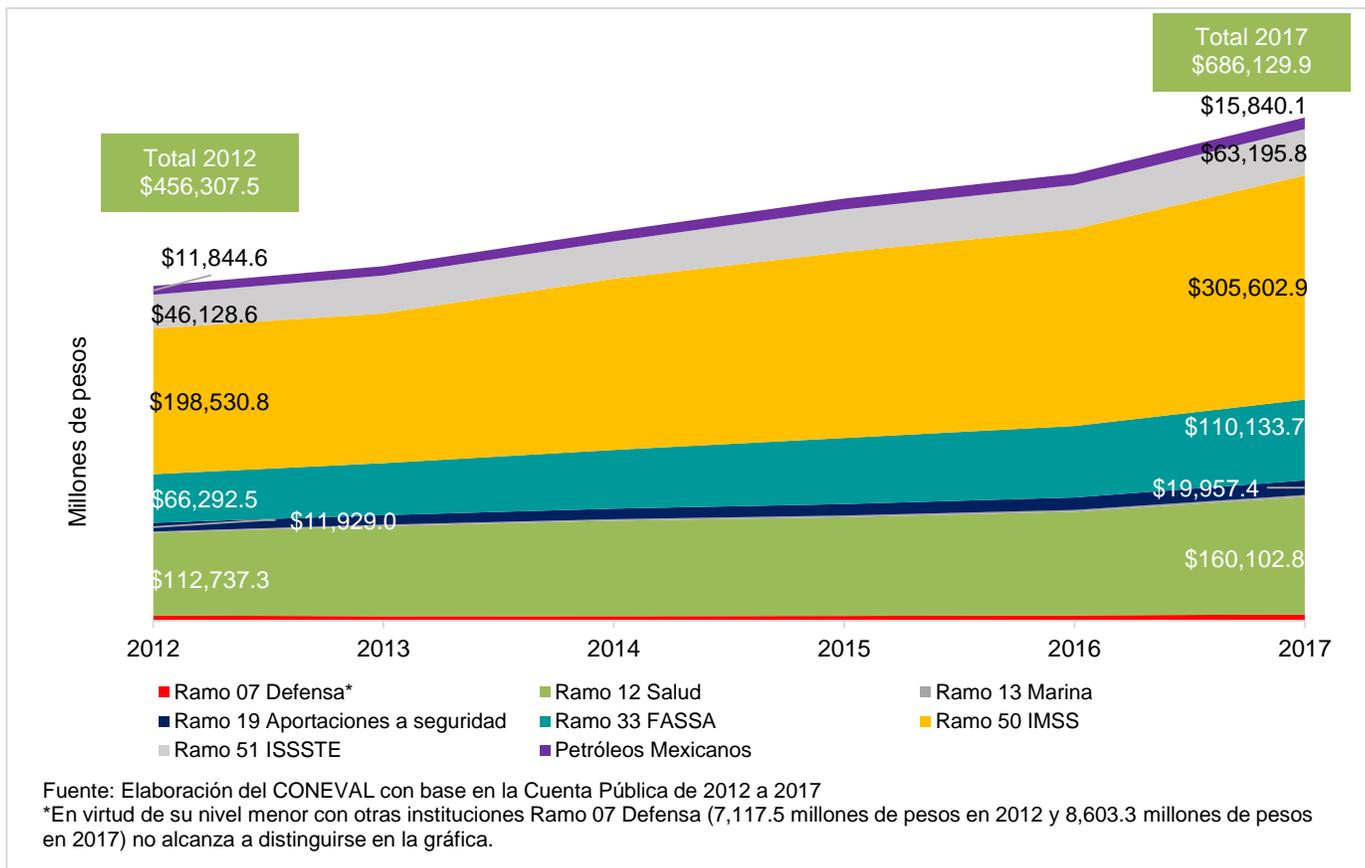
A continuación, se presenta un diagnóstico de los riesgos asociados a cada una de las dimensiones de la protección social, así como una caracterización de la dispersión de los programas sociales y la dificultad para acceder a ellos. El objetivo es, por una parte, esbozar el escenario poblacional actual 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 por ciento entre 2012 y 2017, pasó de 456,307.5 millones a 686,129.9 millones (gráfica 3).<sup>21</sup>

**Gráfica 3. Gasto en salud por ramo, 2012-2017 (pesos constantes de agosto de 2012)**

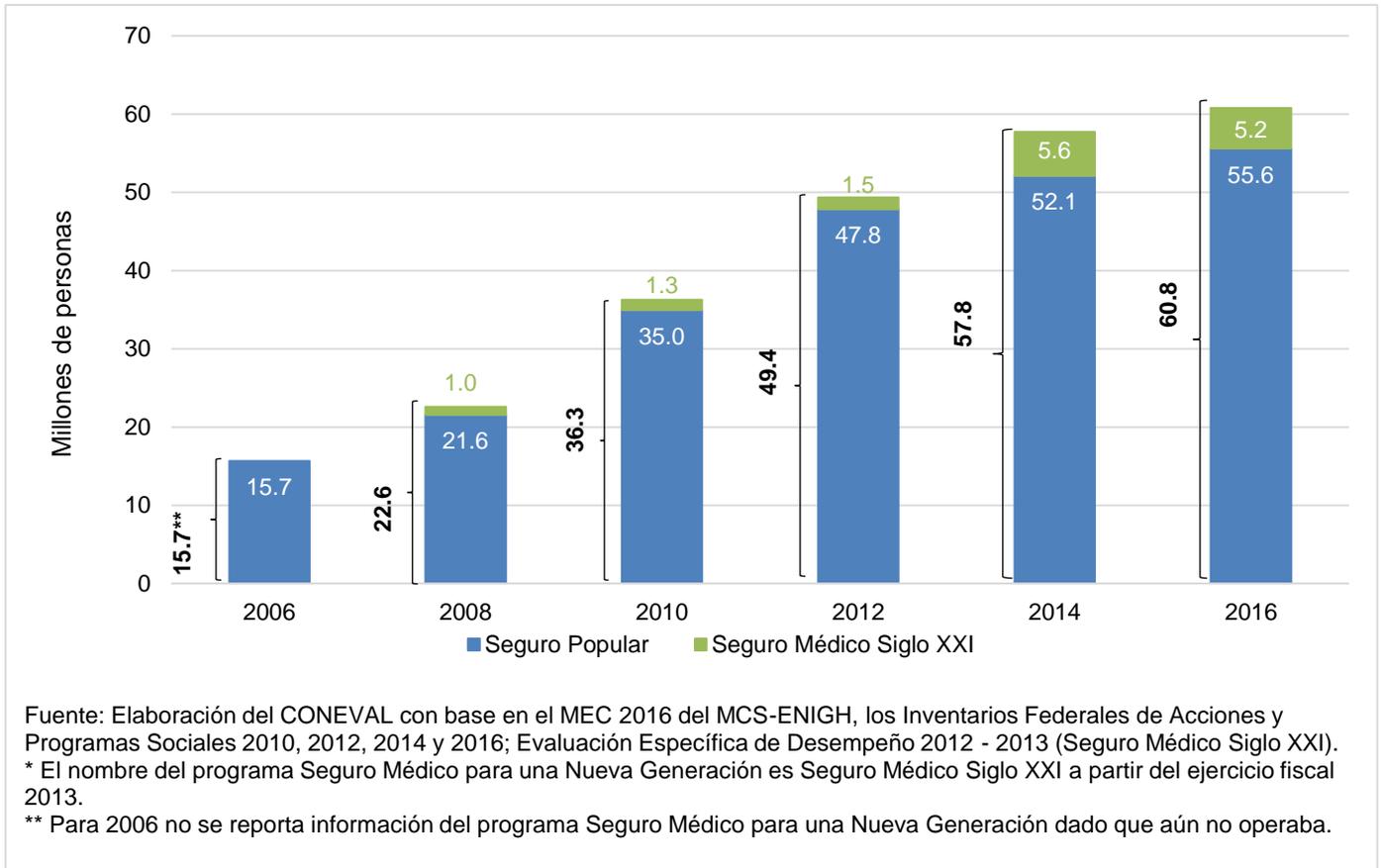


- b) La afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y al Seguro Médico Siglo XXI (antes Seguro Médico para una Nueva Generación) creció de manera pronunciada en los últimos años; sin embargo, de 2014 a 2016 se observa un pequeño decremento en este último (gráfica 4). La población afiliada al Seguro Popular aumentó de 15.7 millones de personas

<sup>21</sup> 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).

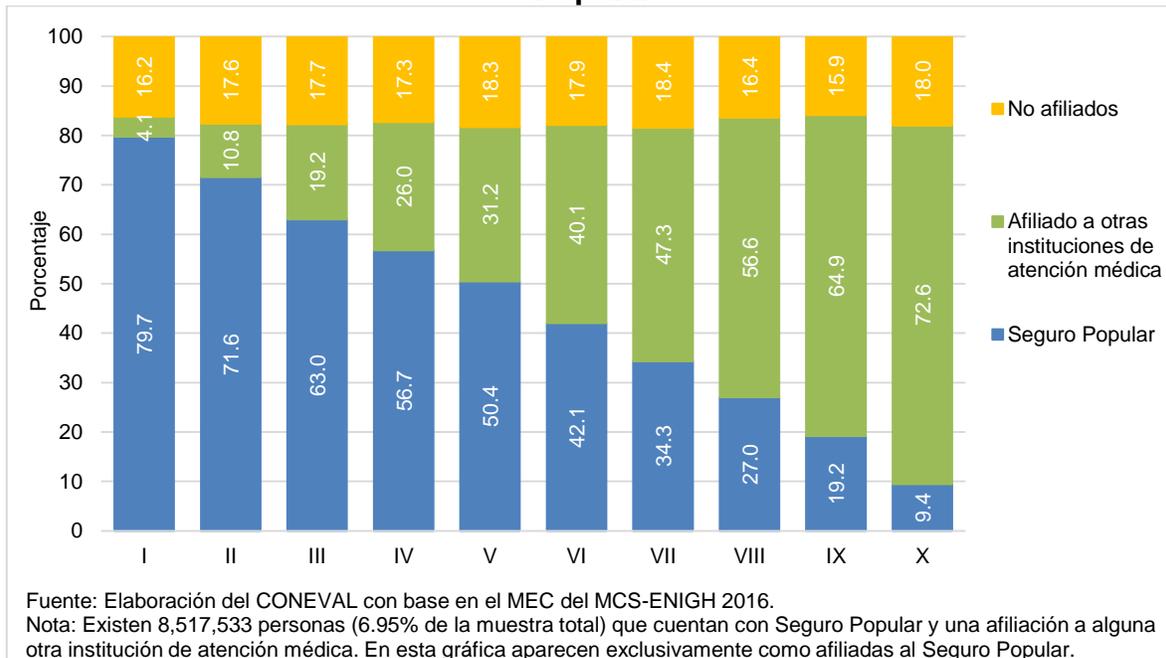
en 2006 a 55.6 millones en 2016, mientras que la del Seguro Médico Siglo XXI pasó de poco más de un millón en 2008 a 5.2 millones en 2016. Esto representa un paso importante hacia la universalización de la atención en salud (gráfica 4).

**Gráfica 4. Población cubierta por el Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI,\* 2006-2016 (millones de personas)**



- c) Entre los instrumentos de política pública en materia de salud resalta el Seguro Popular. En la gráfica 5 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.

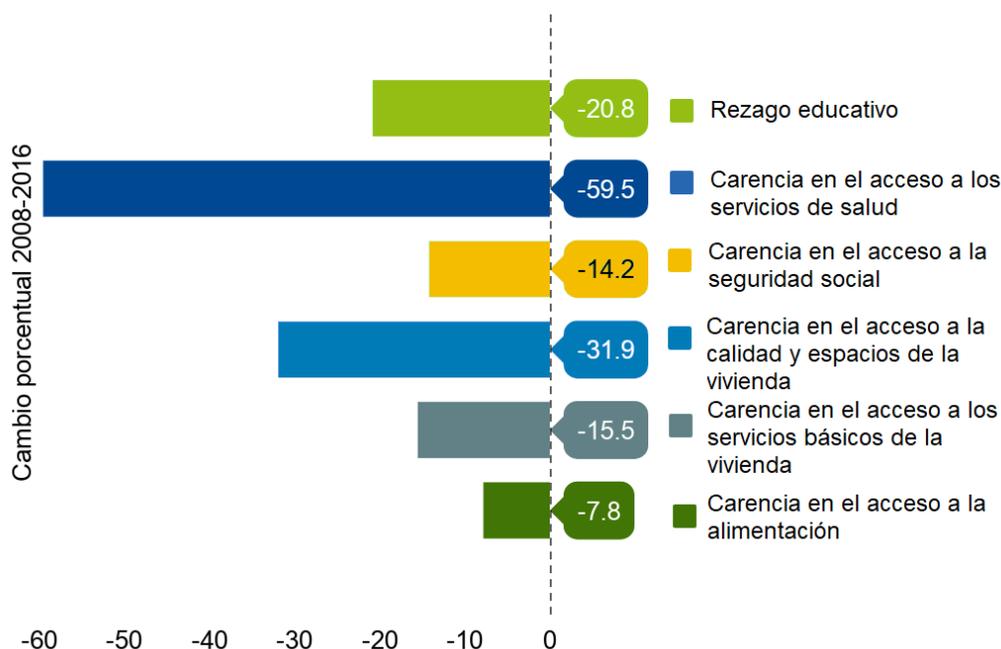
**Gráfica 5 Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular**



d) La población nacional con carencia por acceso a la salud, medida sólo como derechohabencia, de acuerdo con la medición de pobreza del CONEVAL tuvo una variación porcentual de -59.5 por ciento 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 periodo.<sup>22</sup> Esta es la carencia que disminuyó de manera más pronunciada, lo cual se debió en buena medida al avance de cobertura del Seguro Popular (gráfica 6).

<sup>22</sup> 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.

**Gráfica 6. Cambio porcentual por carencia social, México 2008-2016**



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, 86,982 millones de pesos, que representan 5.9 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) del país. Del total, 41.4 por ciento fue erogado directamente por las familias mediante gasto de bolsillo; 6.5 por ciento, a través de seguros privados; y 47.8 por ciento lo constituyó el gasto público en salud.<sup>23</sup> En 2017, del total del gasto público (cuadro 1), 13.4 por ciento corresponde al gasto en salud de las instituciones de seguridad social, ISSSTE, Pemex, Defensa y Marina; 45.4 por ciento al sector privado con seguridad social

<sup>23</sup> Cifras de la OECD 2015. Recuperado de <http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>

(IMSS); y 41.2 por ciento al de los servicios estatales, de la Secretaría de Salud y del IMSS-Prospera para población no cubierta por la seguridad social contributiva.

**Cuadro 1. Gasto ejercido por instituciones públicas de salud (millones de pesos), México, 2000-2017\***

Institución	2000	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variación real 2000-2017		Variación real 2012-2017	
								Monto	Porcentaje	Monto	Porcentaje
<b>Nacional</b>	<b>153,510.2</b>	<b>478,639.7</b>	<b>490,636.2</b>	<b>517,881.1</b>	<b>554,373.3</b>	<b>528,140.2</b>	<b>557,576.9</b>	<b>404,066.7</b>	<b>263.22</b>	<b>78,937.2</b>	<b>16.49</b>
<b>Población sin seguridad social</b>	<b>53,943.5</b>	<b>212,404.0</b>	<b>222,461.5</b>	<b>232,622.1</b>	<b>249,905.3</b>	<b>215,582.5</b>	<b>229,855.2</b>	<b>175,911.7</b>	<b>326.10</b>	<b>17,451.2</b>	<b>8.22</b>
<b>Secretaría de Salud</b>	<b>37,498.8</b>	<b>175,574.0</b>	<b>183,751.0</b>	<b>190,708.5</b>	<b>198,790.4</b>	<b>205,381.2</b>	<b>218,505.2</b>	<b>181,006.4</b>	<b>482.70</b>	<b>42,931.2</b>	<b>24.45</b>
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 <sup>2</sup>	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
<b>Población del sector privado con seguridad social SEM y SSFAM (IMSS)</b>	<b>80,360.9</b>	<b>199,417.8</b>	<b>198,353.9</b>	<b>217,621.0</b>	<b>230,507.4</b>	<b>237,417.6</b>	<b>253,139.6</b>	<b>172,778.7</b>	<b>215.00</b>	<b>53,721.8</b>	<b>26.94</b>
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
<b>Población del sector público con seguridad social (Pemex, Defensa y Marina)</b>	<b>19,205.8</b>	<b>66,817.9</b>	<b>69,820.8</b>	<b>67,638.0</b>	<b>73,960.6</b>	<b>75,140.1</b>	<b>74,582.1</b>	<b>55,376.3</b>	<b>288.33</b>	<b>7,764.2</b>	<b>11.62</b>
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado <sup>3</sup>	13148.9	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 <sup>4</sup>	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 <sup>4</sup>	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 <sup>4</sup>		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

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

\* Cifras de Cuenta Pública.

\*\* Hasta 2014 llamado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

1. En 2000 considera el presupuesto ejercido para el programa IMSS Solidaridad.

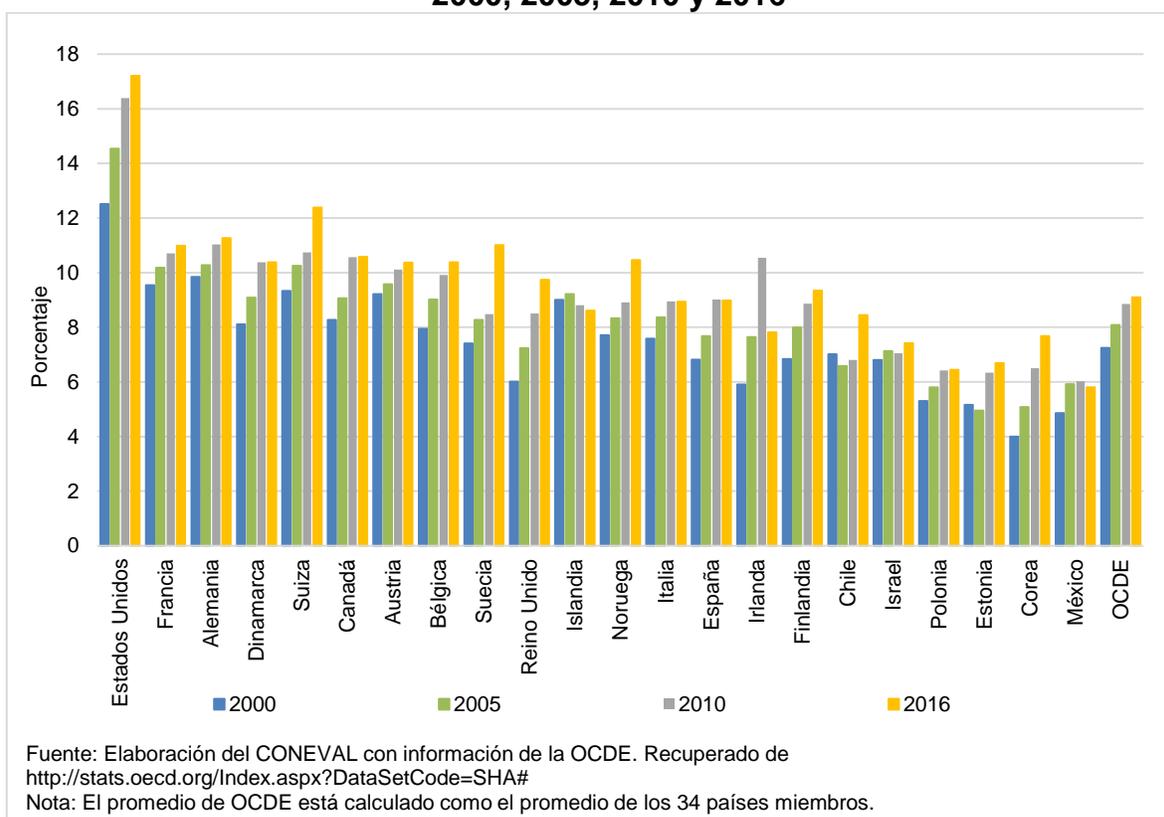
2. Dirección General de Información en Salud – Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud. Los datos para 2016 y 2017 no se encuentran disponibles

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.

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) (gráfica 7). 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 por ciento del gasto total) y sus costos administrativos representaron 5.2 por ciento en 2015, porcentaje mayor al tres por ciento promedio de los países de la OCDE).<sup>24</sup>

**Gráfica 7. Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2000, 2005, 2010 y 2016**



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

<sup>24</sup> Cifras de la OCDE 2015. Recuperado de <http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>

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 255,768 millones de pesos en 2015 (23.7 por ciento del gasto total en salud para el mismo año); éste 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 por ciento del gasto total en salud.<sup>25</sup>

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 por ciento 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 por ciento 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<sup>26</sup> fue de 0.09 pesos (Anexo 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

---

<sup>25</sup> 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).

<sup>26</sup> 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](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5431525&fecha=31/03/2016)

proviene 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, 260,663 millones de pesos provinieron de las cuotas obrero-patronales y sólo 81,132 millones de pesos de las aportaciones del Gobierno Federal (Registros Administrativos IMSS, 2018a). En contraste, en el caso del ISSSTE, en 2016, de los 70,586 millones de pesos que se destinaron a servicios de salud, sólo 17.8 por ciento 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 7,700 pesos; PEMEX y Fuerzas Armadas 16,167 pesos; IMSS 5,075 pesos;<sup>27</sup> población no cubierta por la seguridad social (atendida por servicios estatales de salud, Secretaría de Salud e IMSS-PROSPERA) 2,318 pesos.<sup>28</sup>

### **Gasto privado en salud**

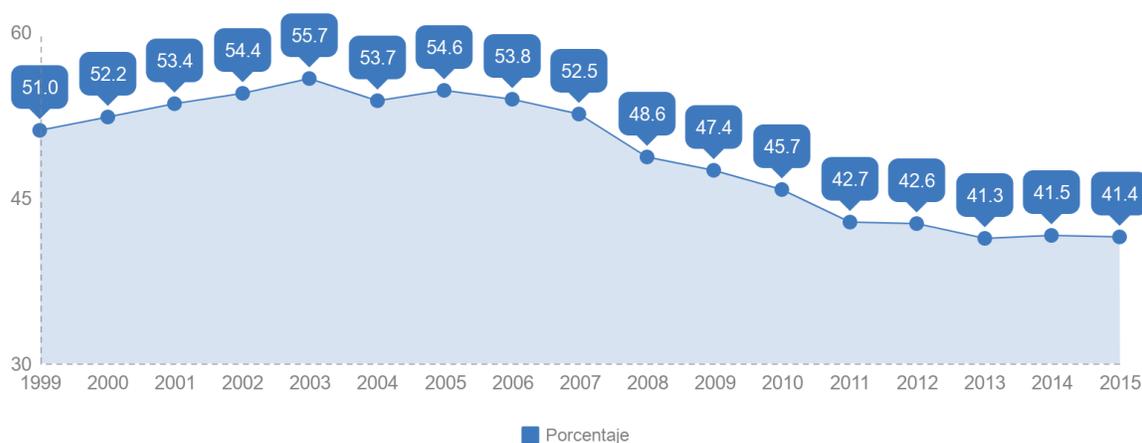
Según datos de la OCDE, en 2003, 55.7 por ciento del gasto total en salud provenía del bolsillo de los hogares; a partir de ese año y hasta 2007 hubo reducciones menores en el porcentaje. De 2007 a 2015 se presentó una reducción más pronunciada para ubicarse en 41.4 por ciento, 14.3 puntos porcentuales por debajo del valor de 2003 (gráfica 8).

---

<sup>27</sup> Los datos del IMSS corresponden al gasto en salud de 2015.

<sup>28</sup> 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.

**Gráfica 8. Gasto en salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo), México, 1999-2015**

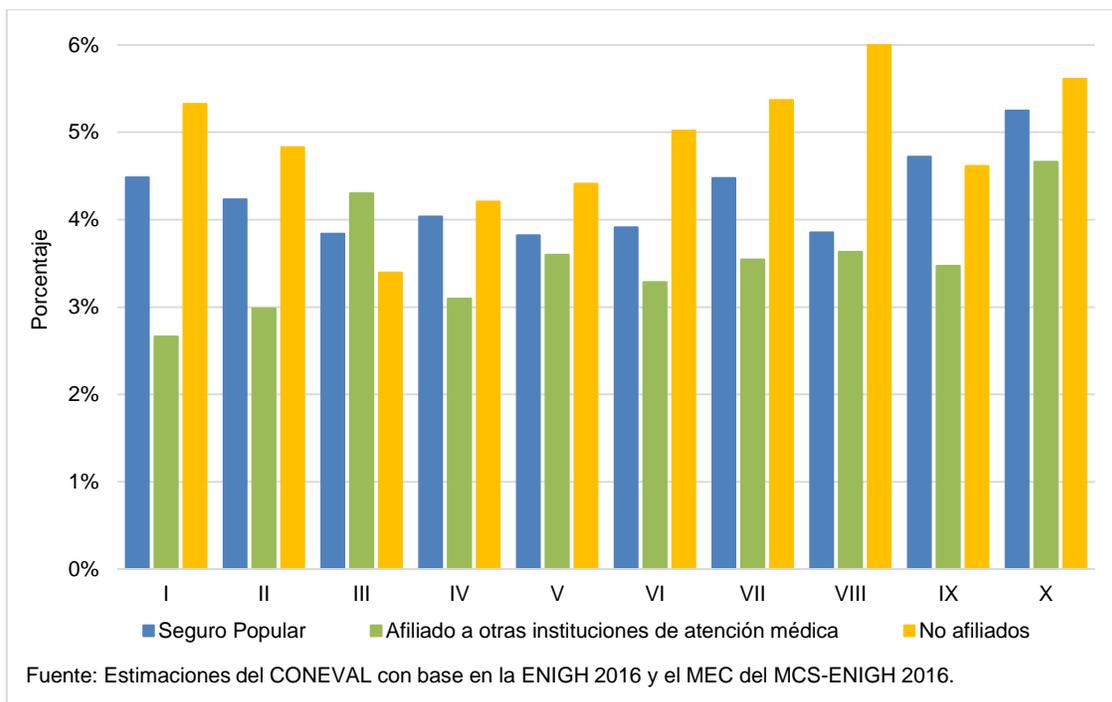


Fuente: Elaboración del CONEVAL con información de la OCDE. Recuperados de <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

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

La gráfica 9 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 por ciento de su gasto total a salud, respectivamente.

**Gráfica 9. Promedio del porcentaje del gasto en salud respecto del gasto del hogar, por decil de ingreso y tipo de afiliación, México 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 por ciento en la población adulta), la hipertensión arterial (25.5 por ciento), falta de actividad física (14.4 por ciento) y la diabetes (9.4 por ciento). 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 (cuadro 2). En el caso de México, en 2015 la expectativa de vida era menor tanto al nacimiento<sup>29</sup> como a los 65 años,<sup>30</sup> y las tasas de mortalidad infantil, materna y por cáncer cervicouterino<sup>31</sup> 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,<sup>32</sup> pues de 8.4 por ciento en aquel año (CONEVAL, 2012b, p. 46) pasó a 5.8 por ciento en 2015, lo que lo ubica con mejores resultados que el promedio de países de la OCDE (Cuadro 2)

**Cuadro 2. Indicadores del estado de salud de la población para el conjunto de países que integran la OCDE y para México, 2015**

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

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en datos de la OCDE, recuperado de <https://data.oecd.org/>

\* porcentaje de nacidos vivos

\*\* por 1,000 nacidos vivos

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> 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.

<sup>31</sup> Es el número de defunciones de mujeres por cáncer cervicouterino por cada mil mujeres en el año de referencia.

<sup>32</sup> Peso de un recién nacido menor de 2.5 kilos, sin importar su edad gestacional.

\*\*\* por 100,000 nacidos vivos  
\*\*\*\* Datos de 2014

La transición epidemiológica es visible en las principales causas de mortalidad. El cuadro 3 muestra el comparativo de las principales causas de mortalidad general entre 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.

**Cuadro 3. 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 periodo 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

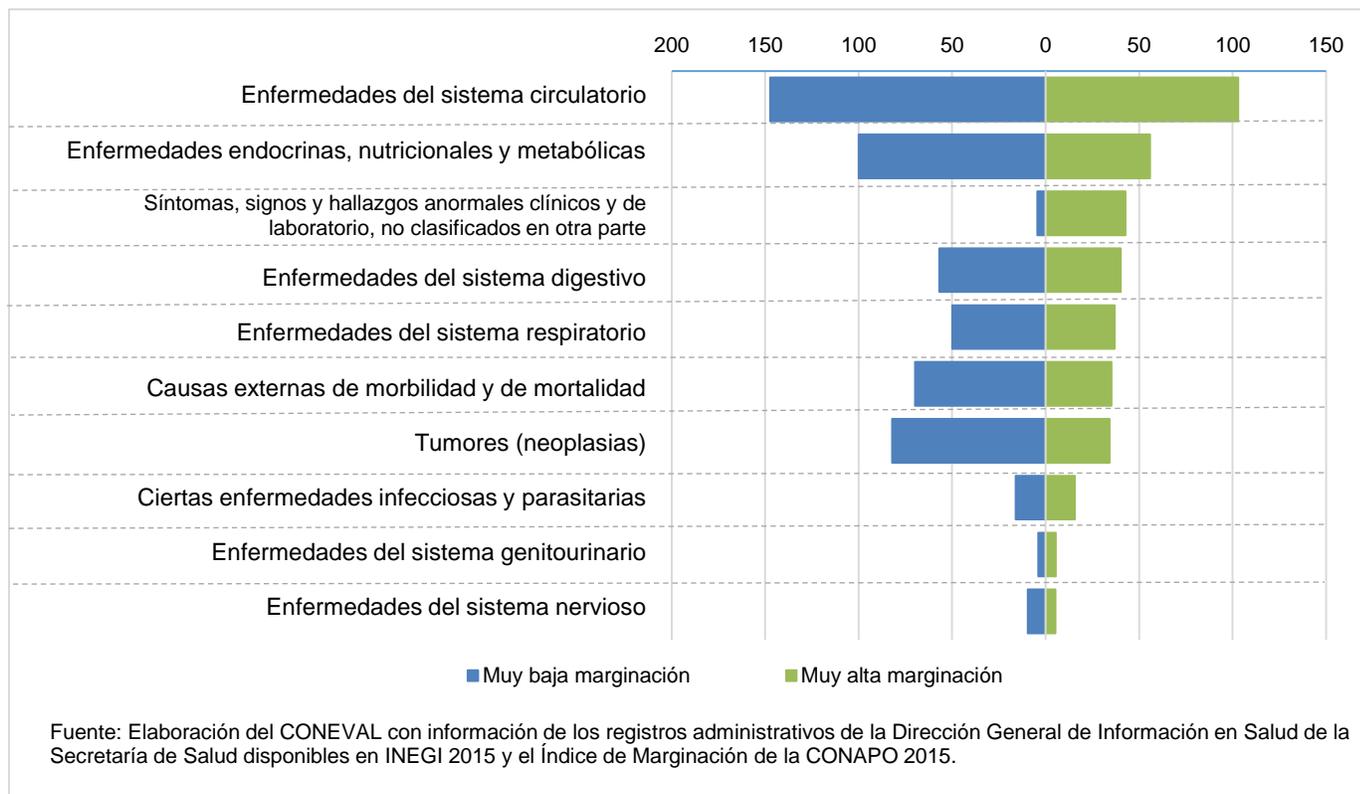
	2000			2015		
	Lugar	Número	Tasa de mortalidad	Lugar	Número	Tasa de mortalidad
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	14	3,856	4.0	14	4,753	4.0
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	15	2,722	2.8	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
<b>Total</b>		<b>437,667</b>			<b>655,688</b>	

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.

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

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 (gráfica 10).

**Gráfica 10. Tasa de mortalidad por las principales causas según nivel de marginación, 2015**



Por otra parte, como se mostró en el cuadro 2, 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 (mapa 1).

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).

**Mapa 1. 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**



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.

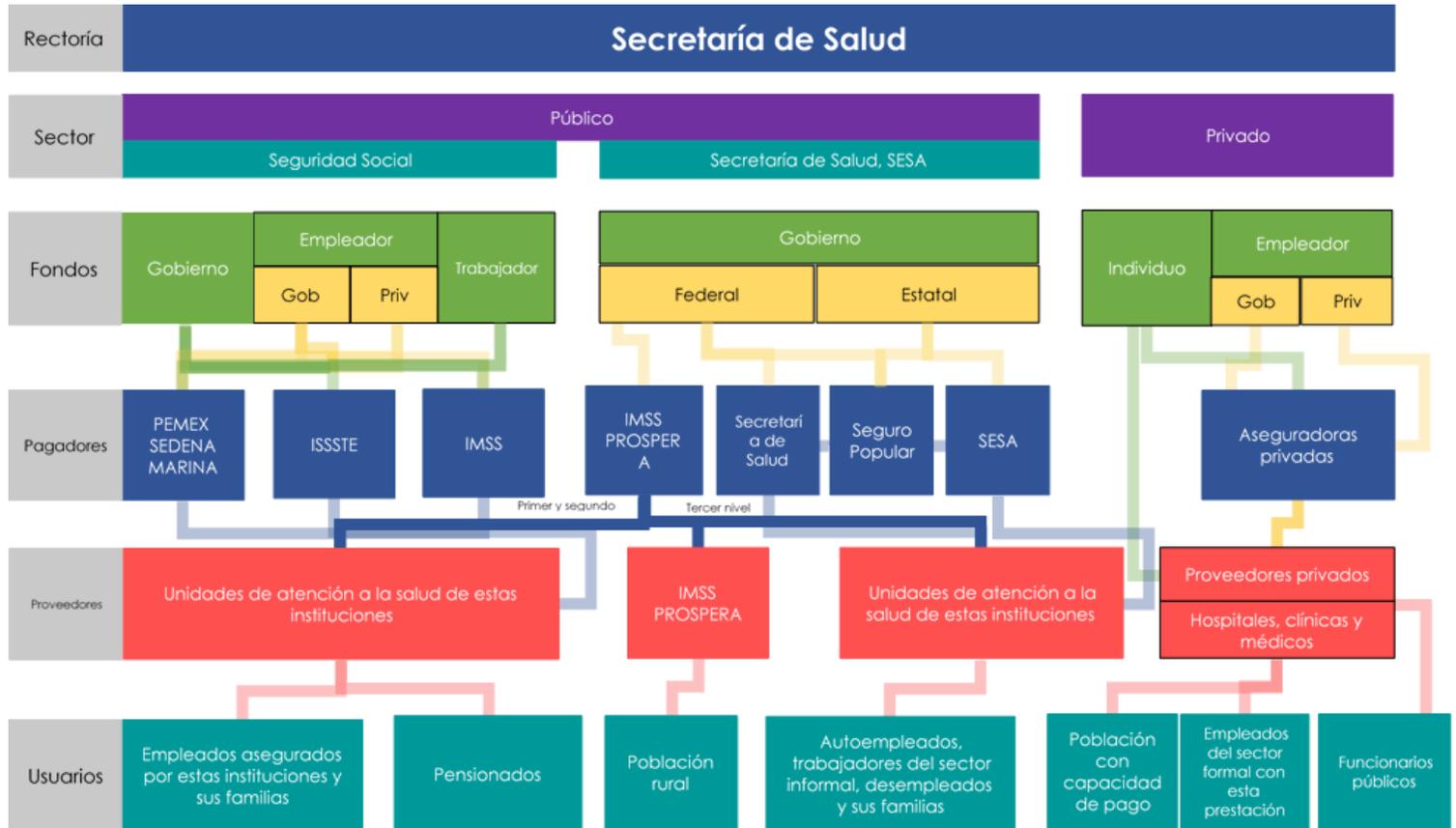
### Organización institucional del sector salud

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 2 ilustra la estructura del sistema, fuentes de financiamiento, pagadores, proveedores y población cubierta.

**Figura 2. Estructura del Sistema de Salud de México, 2018**



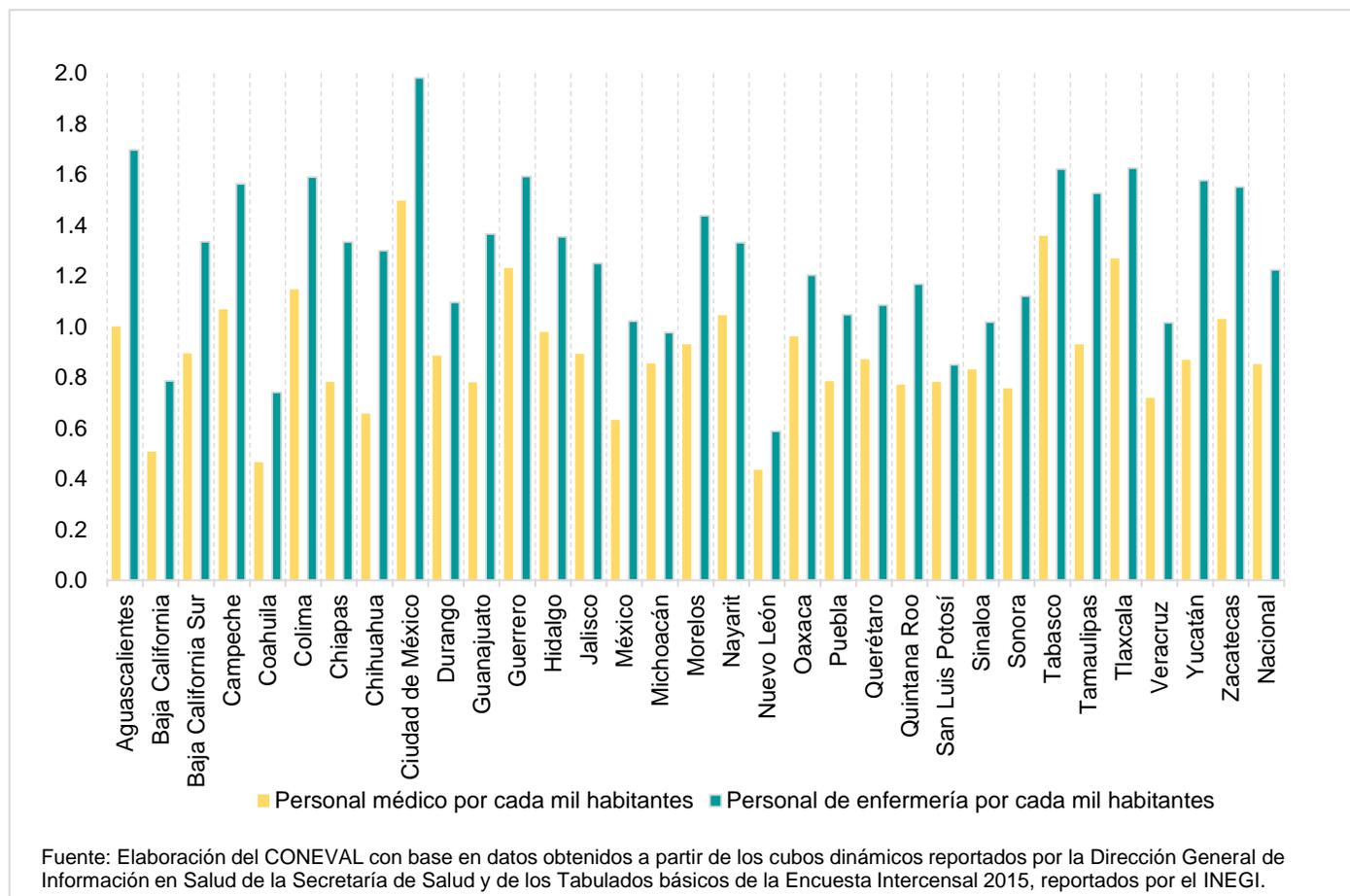
Fuente: CONEVAL, 2012b

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 por ciento de las localidades rurales entre 1,500 y 2,500 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 (gráfica 11). Estos indicadores están por debajo de los promedios de la OCDE e indican la necesidad de un mayor número y una mejor distribución de recursos humanos, infraestructura y equipamiento.

**Gráfica 11. Médicos y médicas generales y personal de enfermería en consulta externa por cada mil habitantes por entidad federativa, México, 2015**



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<sup>33</sup> 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 por ciento del total en el país (Secretaría de Salud, 2016). Por otra parte, la cantidad de médicos generales titulados en el periodo de 2000 a 2015, alcanzó la cifra de diez médicos por

<sup>33</sup> 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.

cada 100,000 habitantes, en tanto que para personal de enfermería se observó la cantidad de 9.5 por cada 100,000 habitantes.

En este sentido cabe destacar que para el periodo 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**

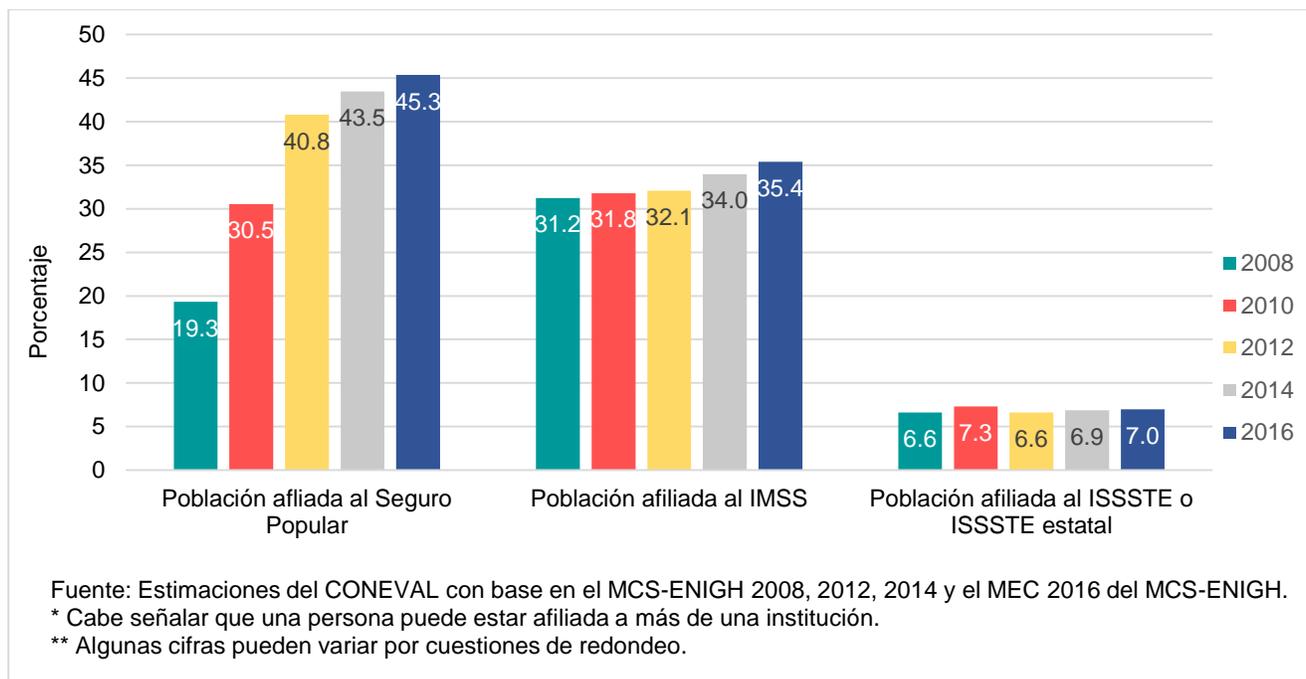
### **Afiliación**

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 por ciento 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 periodo 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 por ciento, 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 por ciento en 2016 (gráfica 12).

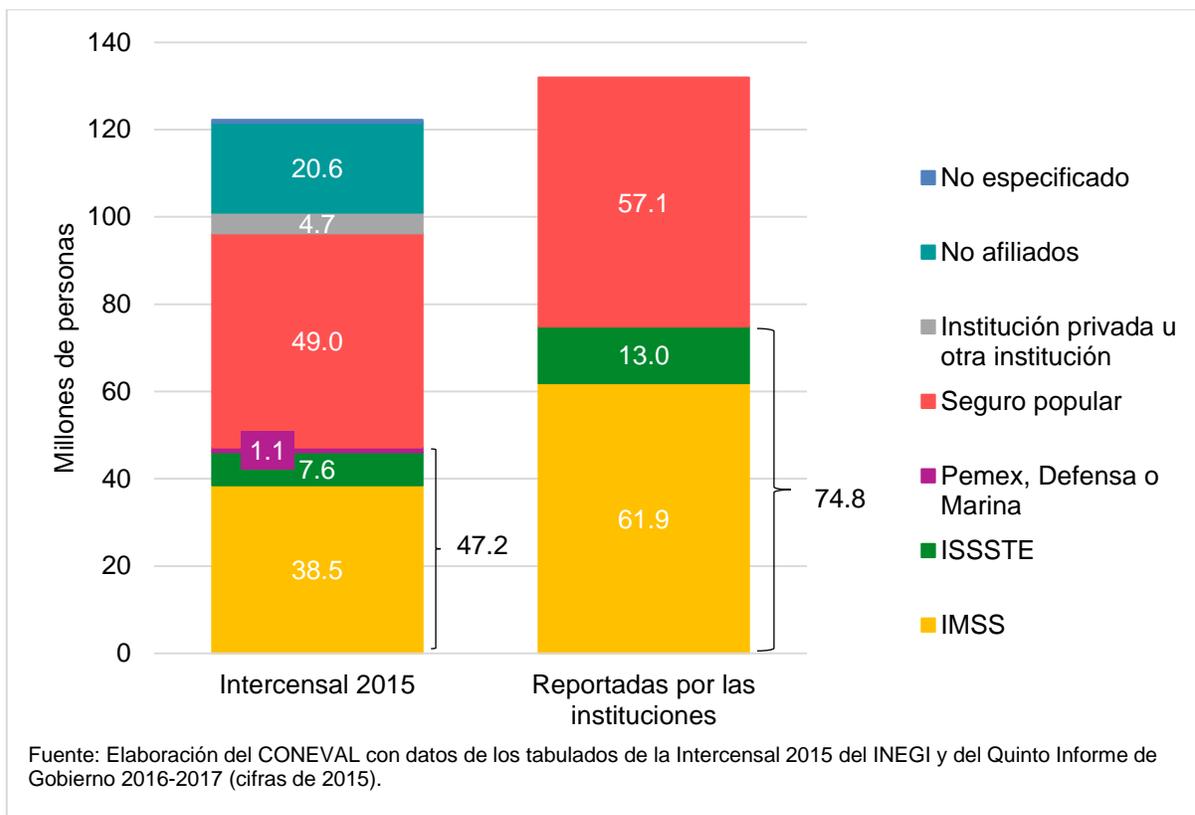
**Gráfica 12. Porcentaje de la población con acceso a los servicios de salud según su afiliación, México, 2008-2016**



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,<sup>34</sup> y 57.1 millones al Seguro Popular. Así, la Encuesta Intercensal reportó cifras de personas afiliadas inferiores a las institucionales (gráfica 13).

<sup>34</sup> Sin incluir Pemex, Defensa y Marina.

**Gráfica 13. Composición de la afiliación a instituciones públicas por tipo de fuente, México, 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. De acuerdo con el Censo 2010, en México había 192,245 localidades, de las cuales 188,594 eran rurales (menos de 2,500 habitantes) y en ellas vivían 26 millones de personas.

**Cuadro 4. Localidades y población por ubicación geográfica y grado de acceso geográfico**

Censo 2010			Grado de acceso geográfico a servicios de salud					
			Muy alto (1)	Alto (2)	Medio (3)	Bajo (4)	Muy bajo (5)	Sin acceso (6)
<b>LOCALIDADES</b>								
Urbanas	Ciudad (a)	630	587	43	-	-	-	-
	Centro de población (b)	3,021	2,531	490	-	-	-	-
Rurales (menores a 2500 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
<b>Total</b>		<b>192,245</b>	<b>14,178</b>	<b>50,334</b>	<b>17,904</b>	<b>40,903</b>	<b>11,755</b>	<b>57,171</b>
<b>Distribución %</b>		<b>100.0%</b>	<b>7.4%</b>	<b>26.2%</b>	<b>9.3%</b>	<b>21.3%</b>	<b>6.1%</b>	<b>29.7%</b>
<b>POBLACIÓN</b>								
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 2500 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
<b>Total</b>		<b>112,336,538</b>	<b>91,623,055</b>	<b>10,387,059</b>	<b>2,296,129</b>	<b>3,698,959</b>	<b>1,141,703</b>	<b>3,189,633</b>
<b>Distribución %</b>		<b>100.0%</b>	<b>81.6%</b>	<b>9.2%</b>	<b>2.0%</b>	<b>3.3%</b>	<b>1.0%</b>	<b>2.8%</b>

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.

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.

De acuerdo con esta clasificación, del total de las localidades del país, 7.4 por ciento (14,178) 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 por ciento (91.6 millones) de la población del país (cuadro 4). El resto tiene diferente grado de acceso:

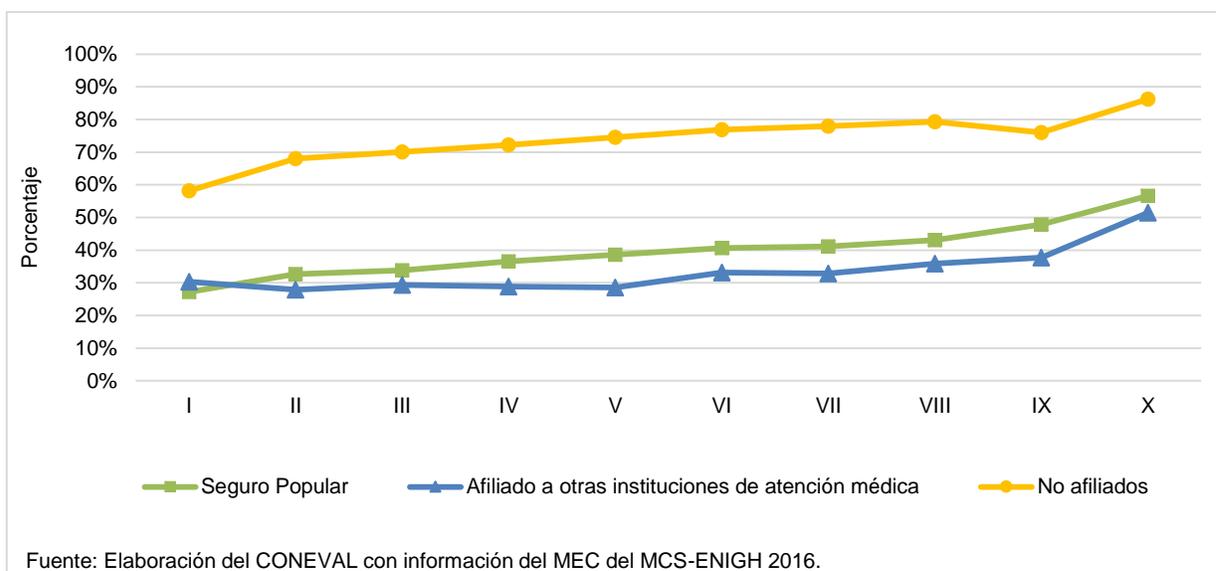
- Alto grado de acceso: 50,000 localidades con 10.4 millones de habitantes.

- Grado de acceso medio: 18,000 localidades con 2.3 millones de personas.
- Bajo y muy bajo grado de acceso: 52,658 localidades (27.4 por ciento) con 4.8 millones de personas.
- Sin acceso: 57,171 (29.7 por ciento) con 3.2 millones de personas (2.8 por ciento de la población del país). Estas localidades 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, Chiapas, Jalisco, Oaxaca, Durango y Michoacán.

### **Uso de los servicios de salud**

De acuerdo con datos del MEC del MCS-ENIGH 2016, 31.5 millones de personas (42.3 por ciento 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 (gráfica 14). Así, 36.9 por ciento de la población en los cuatro deciles más pobres utilizaban los servicios privados de salud, aunque no necesariamente de forma exclusiva.

**Gráfica 14. 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)**



### 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 resolutoria de las unidades médicas, que están organizadas de acuerdo con la complejidad de servicios que ofrecen. También puede brindar servicio mediante convenios de subrogación con otras instituciones; incluso está facultado para revertir cuotas a las empresas que ofrezcan a sus trabajadores y trabajadoras los servicios médicos y hospitalarios. En cambio, el Seguro Popular limita su cobertura a 1,621 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 derechohabencia 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) (gráfica 15).

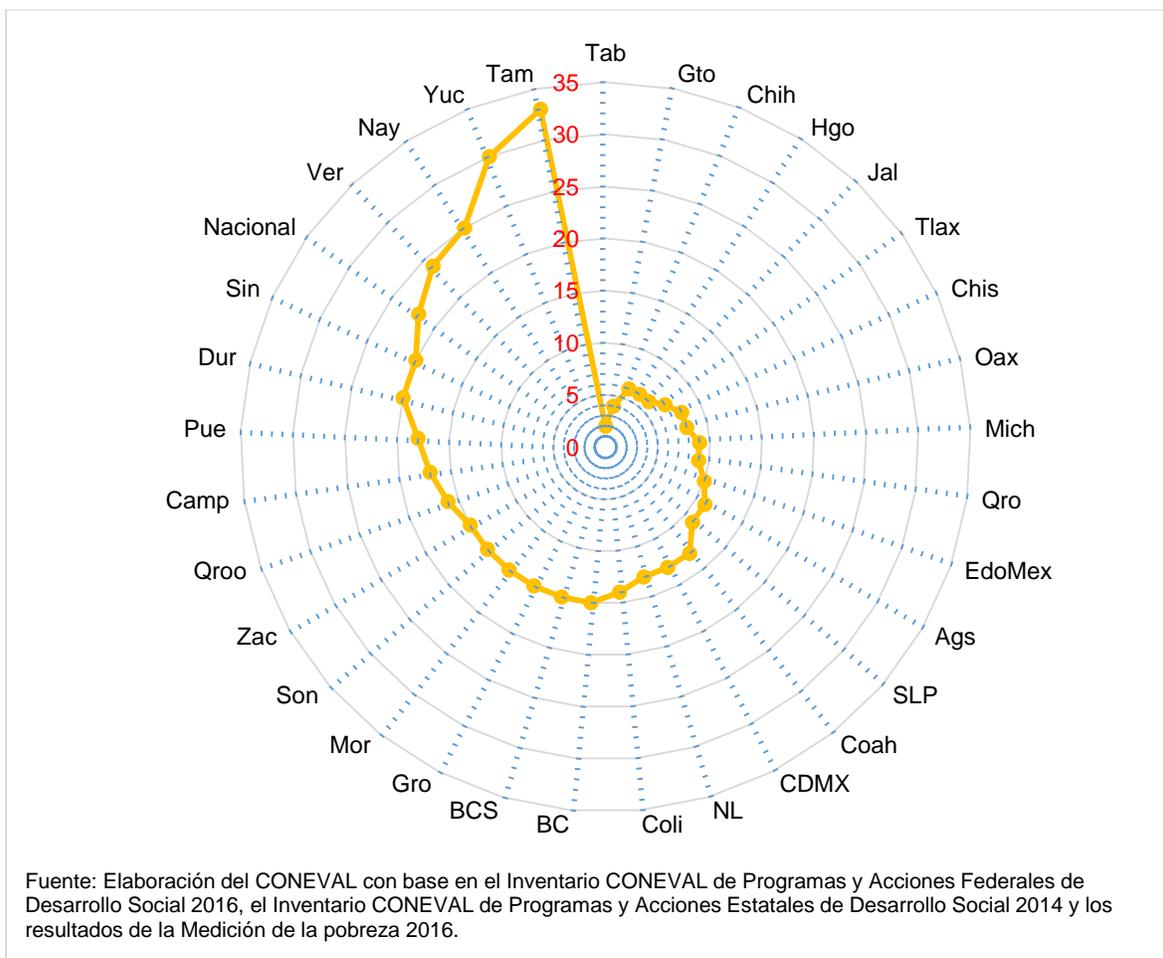
Las entidades con el mayor número de programas y acciones de salud en 2014 fueron Tamaulipas (33 programas, 28 por ciento del total de programas en la entidad), Yucatán (30 programas, 24.8 por ciento del total de programas en la entidad) y Nayarit (25 programas, 24.3 por ciento del total de programas en la entidad); mientras que Tabasco (2 programas, 8 por ciento del total de programas en la entidad) y Guanajuato (4 programas, 5.1 por ciento 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.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Para mayor información consultar el informe CONEVAL de Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2017, recuperado de

**Gráfica 15. Numero de programas y acciones de salud estatales (2014) y federales (2016), México**



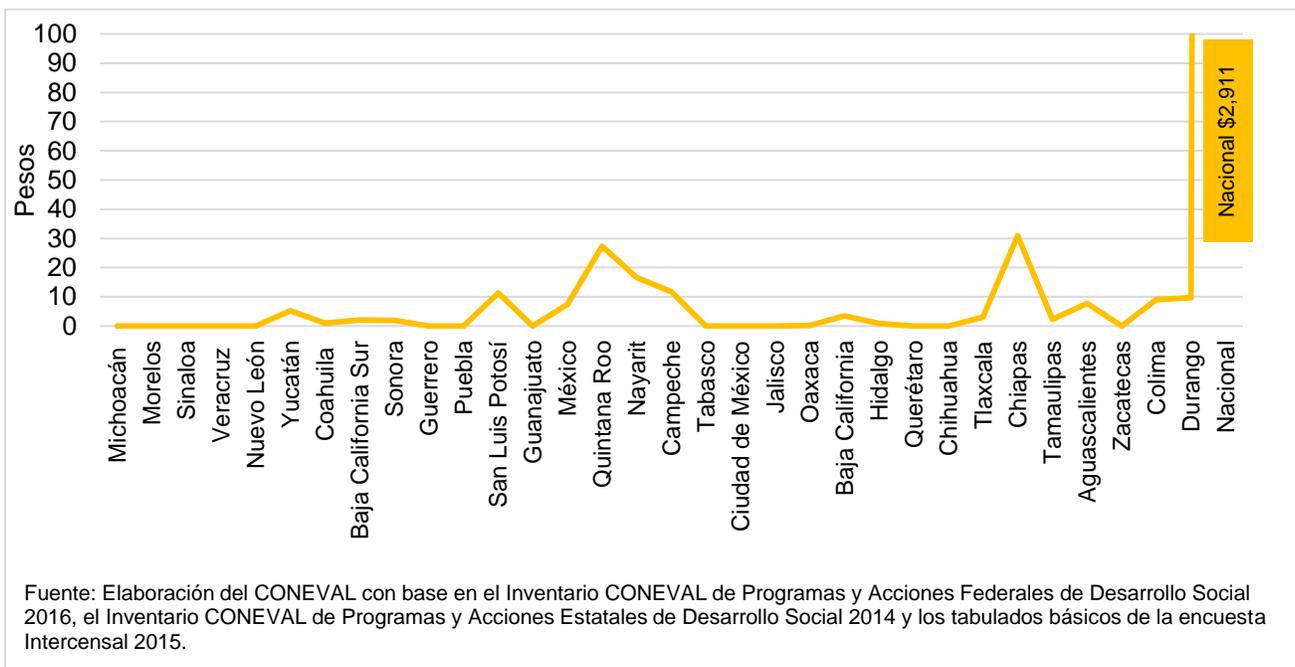
Otra manera de analizar la relevancia de las intervenciones en salud es a través del gasto por persona que ejercieron en 2014 (2016 para el caso de los programas federales) (gráfica 16).<sup>36</sup> El estado con el gasto por persona más alto fue Chiapas (31 pesos), enseguida, se encuentran Quintana Roo (27.4 pesos), Nayarit (16.6 pesos), y Campeche (11.8 pesos). El gasto en salud del Gobierno Federal ascendió a 2,911.5

<https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/Consideraciones%20Presupuestales/Consideraciones%20Presupuestarias%202017.pdf>

<sup>36</sup> 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.

pesos por persona, lo que muestra un incremento respecto a los 1,605.5 pesos por persona identificados en 2010.

**Gráfica 16. Gasto anual por persona de los programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de salud, México, 2016**



## 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 276,053 jubilaciones y pensiones, de los cuales 214,903 (77.8 por ciento) fueron jubilaciones por años de servicio, mientras que 35,196 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 por ciento del total, asimismo, se otorgaron 25,954 pensiones por fallecimientos, que significan 9.4 por ciento del total (IMSS, 2017). Lo anterior, revela que para 2016 poco más de 90 por ciento 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.

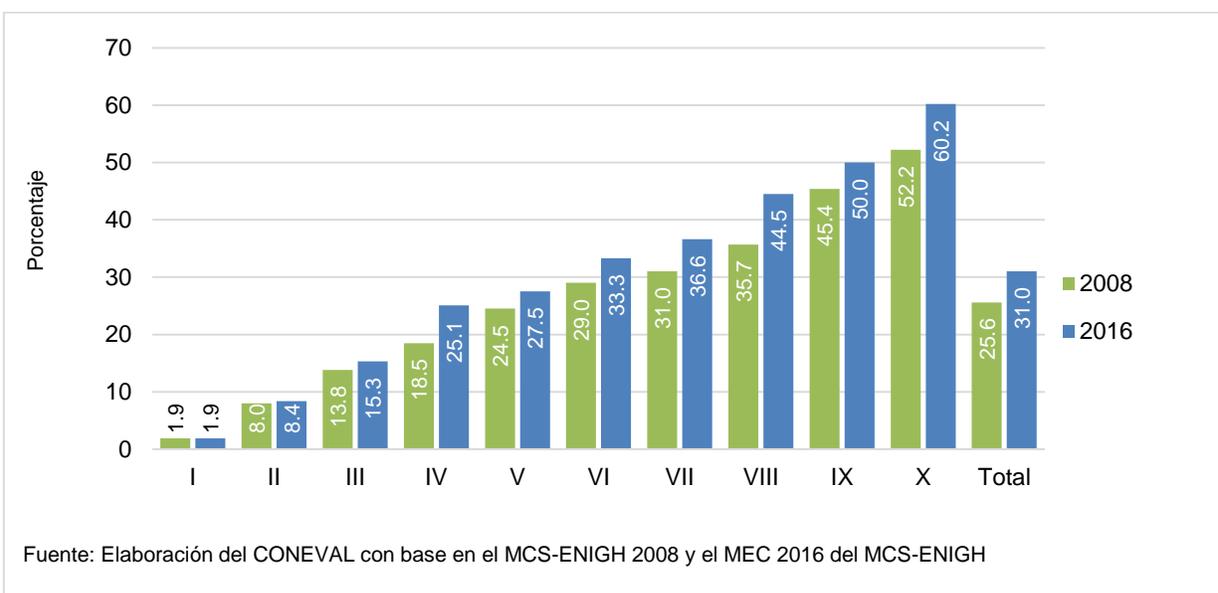
### **Pensiones de vejez**

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, 26.0 por ciento de las personas mayores de 65 años no tenían algún tipo de pensión o programa de apoyo económico para adultos mayores en 2016.

En lo que se refiere a pensiones contributivas, de acuerdo con cifras de la ENIGH, en 2016 sólo 31.0 por ciento de las personas mayores de 65 años estaban cubiertas y

los deciles más bajos eran los más desprotegidos (gráfica 17). Mientras que 60.2 por ciento de los adultos mayores en el decil 10 contaba con una pensión, el porcentaje era de sólo 1.9 para el decil con menores ingresos. Un adulto mayor con pensión contributiva recibía 5,564 pesos en promedio al mes; mientras que un adulto mayor beneficiario de programas de apoyo no contributivos recibía 536 pesos en promedio, lo cual refleja la fragmentación y diferenciación en la cobertura y beneficios del sistema de protección social.

**Gráfica 17. 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**



La situación se agudiza en la población indígena donde ocho de cada diez personas nunca han contribuido a la seguridad social (figura 3), 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.

**Figura 3 Población indígena según su contribución a la seguridad social, México, 2016**



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 por ciento respecto a la población derechohabiente en el mismo año.<sup>37</sup>

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 1,250 semanas de cotización (24 años) para tener derecho a la pensión. Si no reúnen este requisito, tienen la opción de 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,

<sup>37</sup> 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)

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 1,250 semanas. Al igual que para la Pensión de Cesantía en Edad Avanzada, se debe contratar una renta vitalicia con alguna aseguradora que incluya un seguro de 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.

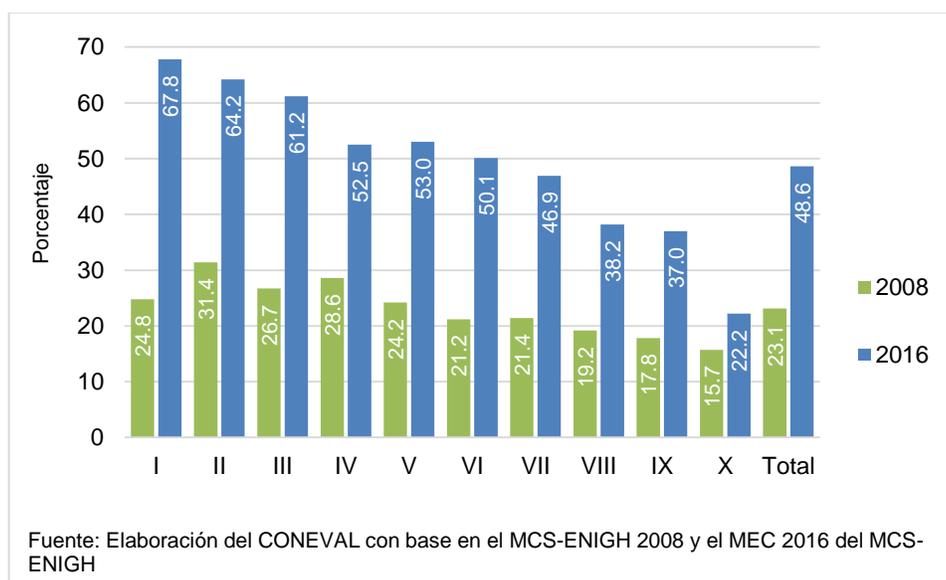
En ambos tipos de pensiones, el seguro de sobrevivencia es para otorgar una pensión a la esposa o concubina del pensionado por cesantía o vejez, así como a hijas a hijos menores de 16 años o menores de 25 años si siguen estudiando después de la muerte del pensionado. En el caso de la viuda, el monto de la pensión es equivalente a 90 por ciento de la pensión que estaba disfrutando el pensionado, de 20 por ciento para cada uno de las hijas e hijos huérfanos de padre, y 30 por ciento 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 cien por ciento 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 por ciento de las personas de 65 años y más eran beneficiarias de algún programa de

adultos mayores, y cubrían de manera importante los deciles más bajos, con porcentajes de cobertura superiores a 60 por ciento en los tres primeros deciles, aunque en los más altos también se han visto beneficiados (gráfica 18).

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.

**Gráfica 18. Porcentaje de población de 65 años o más beneficiaria de programas de adultos mayores por decil de ingreso, México, 2008 y 2016**



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 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 30,000 habitantes. En 2018 el apoyo monetario otorgado por el PAM consta de 580 pesos mensuales, en entregas bimestrales, y un pago de marcha de 1,160 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 5,375,977 personas atendidas, lo que representa un aumento de 188.4 por ciento en su cobertura respecto al 2008 y un presupuesto original para el mismo año de 39,100.5 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 5.

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 por ciento eran mujeres. Lo cual tiende a profundizarse ante el envejecimiento de la población y una mayor sobrevivencia femenina en edades avanzadas (CONEVAL, 2018).

**Cuadro 5. 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 \$1,092 mensuales.	Monetario / No Monetario	\$ 580	bimestral	5,453,775.00	\$ 38,846.26

Gobierno	Programa	Requisitos	Tipo de apoyo	Monto mensual (pesos)	Periodicidad	Beneficiarios o beneficiarias	Presupuesto ejercido (MDP)
Chiapas	Amanecer	64 años y ser residente de Chiapas	Monetario	\$ 550	mensual	ND	\$ 1,043.92
Coahuila	Programa Bienestar del Adulto Mayor	ND	Monetario / No Monetario	ND	ND	ND	1.00
Distrito Federal (hoy Ciudad de México)	Programa 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	ND	ND	ND	ND
Durango	Seguro Social para Pensión Norteamericana	Personas que trabajaron como mínimo 10 años en Estados Unidos, que cuentan con número de Seguro Social Norteamericano propio y cuya edad es de 62 años como mínimo	Monetario	ND	ND	ND	ND
Estado de México	Programa Gente Grande	Personas de 60 o más que viven en condición de pobreza multidimensional	No Monetario	ND	ND	ND	ND
Guerrero	Programa Pensión Guerrero	ND	Monetario	ND	ND	ND	\$ 42.09
Jalisco	Programa Atención a los Adultos Mayores	65 años o más, que no recibe ingresos a través del pago de jubilación o pensión de tipo contributivo	Monetario	ND	ND	ND	\$ 400.00
Nuevo León	Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor	ND	Monetario / No Monetario	ND	ND	ND	\$ 552.00
Sonora	Programa de Apoyo a Adultos Mayores	ND	Monetario / No Monetario	ND	ND	ND	ND
Veracruz	Asistencia Alimentaria para el Adulto Mayor	ND	No Monetario	ND	ND	ND	ND
	Programa Adelante con nuestros abuelitos	Adultos mayores de 60 años	No Monetario	ND	ND	ND	ND
Zacatecas	Programa Sumando a los Abuelos	ND	Monetario	ND	ND	ND	ND

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 por ciento 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 por ciento 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).<sup>38</sup> De acuerdo con Castañón Ibarra y Ferreira Blando (2017), la DC promedio de los cotizantes al IMSS de la generación AFORE<sup>39</sup> es de 42.9 por ciento, 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. (Castañón 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 por ciento de las y los cotizantes trabajadores al IMSS,<sup>40</sup> lo hacían con uno y dos salarios mínimos. 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

---

<sup>38</sup> Este indicador puede definirse como el cociente de los periodos con aportación que el trabajador ha realizado al sistema de pensiones, entre el tiempo total que ha permanecido en el mercado laboral.

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> 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>

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 por ciento del subsidio público para pensiones, el programa de Pensión para Adultos Mayores (PAM) del sistema no contributivo recibía sólo 7.3 por ciento de este presupuesto y atendía a 53.4 por ciento de la población con pensión (contributiva o no contributiva); por su parte, el sistema contributivo<sup>41</sup> contaba con 92.7 del presupuesto y atendía solo a 46.2 por ciento de la población con pensión (contributiva o no contributiva).<sup>42</sup>

### **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 laboral, en primera instancia, las y los trabajadores incapacitados reciben un subsidio equivalente a 60 por ciento del Salario Base de Cotización, a partir del cuarto día de incapacidad y hasta por un periodo de 52 semanas, prorrogables por 26 semanas más. Esta prestación se financia por medio del Seguro de Enfermedad y Maternidad, y es requisito tener una antigüedad mínima de cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad o,

---

<sup>41</sup> Conformado por pensionados del IMSS, IMSS RJP, ISSSTE, PEMEX, CFE, LFC.

<sup>42</sup> Al respecto, véase el informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018.

en el caso de trabajadores eventuales, seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a ésta.

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

El pago de la pensión de invalidez se suspende durante el tiempo en que el pensionado desempeña un trabajo en un puesto igual a aquel que desarrollaba al declararse ésta. 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 cien por ciento 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 por ciento del promedio de los salarios base cotizados de las últimas 500 semanas de cotización anteriores, actualizados conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. De igual modo, pueden otorgarse asignaciones familiares y ayuda asistencial. Cuando el monto de la pensión de invalidez, incluyendo las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan, sea menor que la Pensión Mínima Garantizada, el monto se iguala a ésta.

Las pensiones de viudez equivalen a 90 por ciento de la pensión que le hubiera correspondido 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 por ciento si sólo son de padre o de madre, y 30 por ciento 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 cien por ciento 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 2,040 pesos mensuales, de acuerdo con el nivel educativo al que asiste, siempre y cuando estos 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 cien por ciento de su último salario base de cotización, desde el primer día que se incapacita y hasta por un máximo de 52 semanas. Durante este periodo, de ser necesario, se hace una 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 periodo 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 periodo 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 por ciento, o si la o el trabajador tiene una incapacidad entre 25 y 50 por ciento y elige esta forma de compensación, en vez de una pensión. El monto de una pensión por incapacidad permanente total es igual a 70 por ciento del último salario 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 cincuenta por ciento 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<sup>43</sup> 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.

---

<sup>43</sup> 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.

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 cien por ciento 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 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 por ciento 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 concubenarios, 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 concubenarios 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:

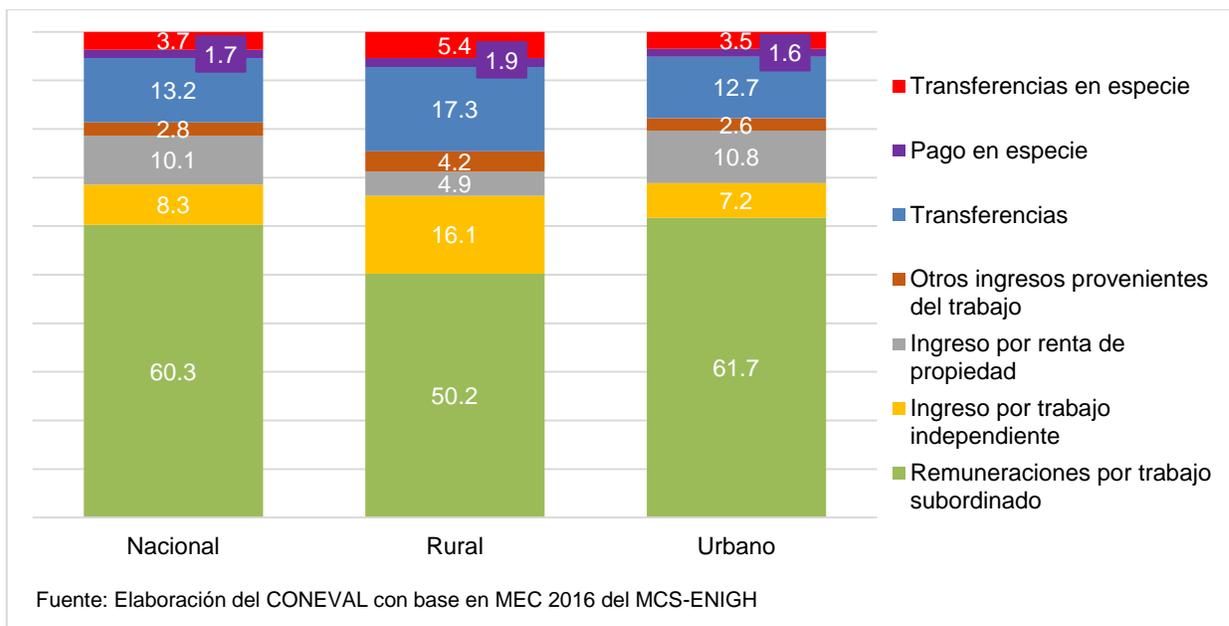
- a) Reconocimiento de que el estado de discapacidad no necesariamente debe ser equivalente a la incapacidad de trabajar.
- b) Introducción de una cultura de obligaciones mutuas para apoyar y reintegrar personas con discapacidad tanto para la sociedad como para los discapacitados y los empleadores.

- 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 por ciento 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 por ciento en el área urbana y 50.2 por ciento en el rural; por su parte, el ingreso por transferencias es mayor en las zonas rurales (gráfica 19). 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.

**Gráfica 19 Porcentaje de los rubros de ingreso respecto al ingreso corriente total mensual por persona. Nacional, rural y urbano, México, 2008-2016**



## 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 por ciento y se mantuvo entre los cinco y cuatro por ciento hasta mediados de 2016. A partir de cuarto trimestre de 2016 se redujo paulatinamente hasta llegar a 3.3 por ciento en el cuarto trimestre de 2017 (gráfica 20).

El nivel de esta tasa podría ser calificado como bajo si se contrasta con el registrado en el mismo periodo en los países de la OCDE. La desocupación promedio del conjunto de los países miembros de la OCDE en 2006-2017 fue de 7.1 por ciento, 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 por ciento), España (16.6) e Italia (11.4 por ciento).<sup>44</sup> Sin embargo, este contraste con los países

<sup>44</sup> OCDE, Unemployment rate. Recuperado de: <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm#indicator-chart>.

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,<sup>45</sup> de ocupación parcial y desocupación<sup>46</sup> y las condiciones críticas de ocupación,<sup>47</sup> el panorama varía y México presenta datos menos alentadores (gráfica 20). Aun así, en el periodo 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.

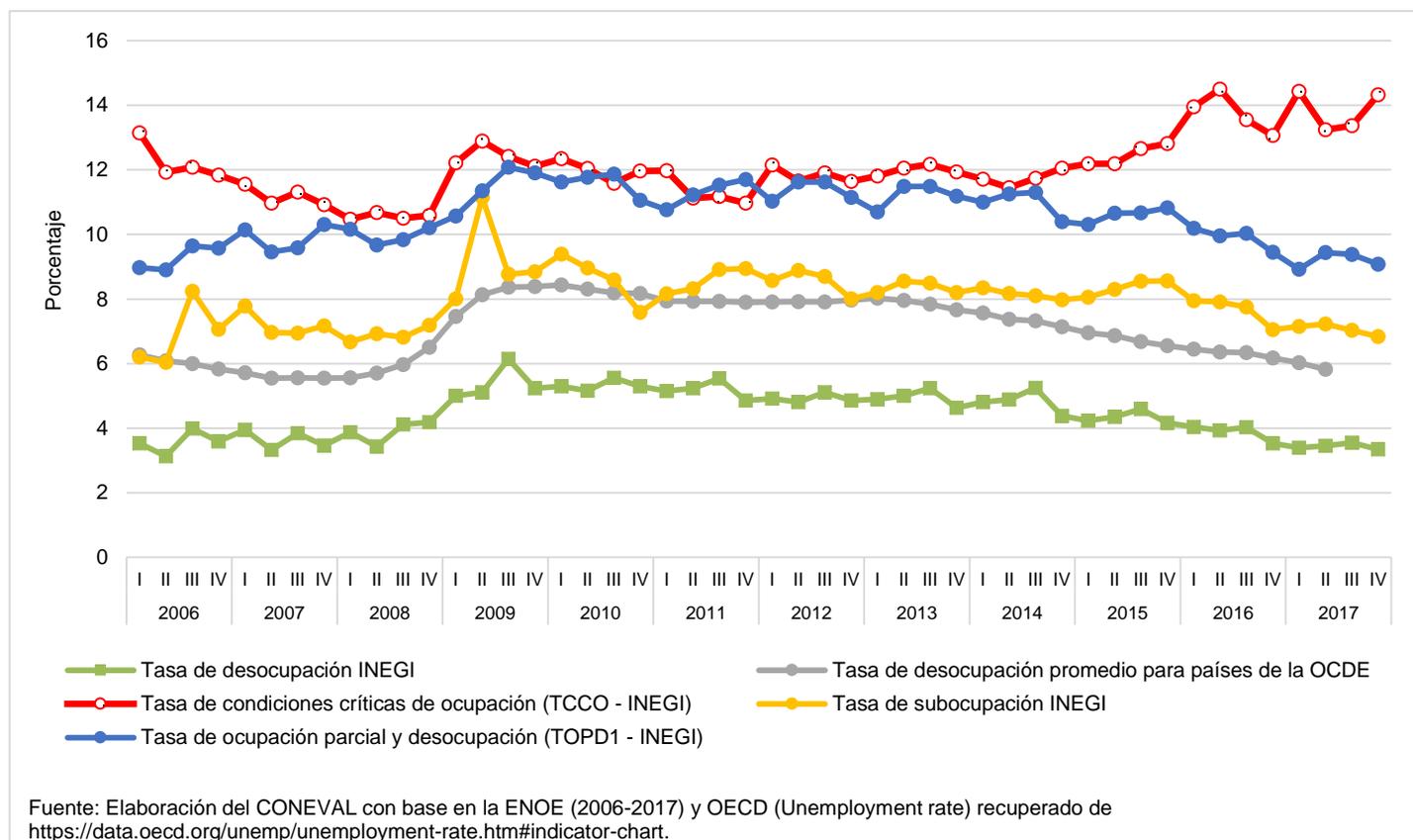
---

<sup>45</sup> 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.).

<sup>46</sup> 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.).

<sup>47</sup> 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.).

**Gráfica 20. Tasas de desocupación complementarias, México, 2006-2017**



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 por ciento del saldo en la cuenta de retiro, cesantía y vejez (lo que resulte menor) cada cinco años. En 2016, 1,763,300 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 por ciento 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 891,095 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 2,418 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<sup>48</sup> 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 (cuadro 6).

**Cuadro 6 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 1,564 millones de pesos y logró insertar laboralmente a 317,706 personas<sup>49</sup> 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.

<sup>48</sup> Los países de América Latina con seguro de desempleo son: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Uruguay y Venezuela

<sup>49</sup> 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 (cuadro 7).

**Cuadro 7. 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	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

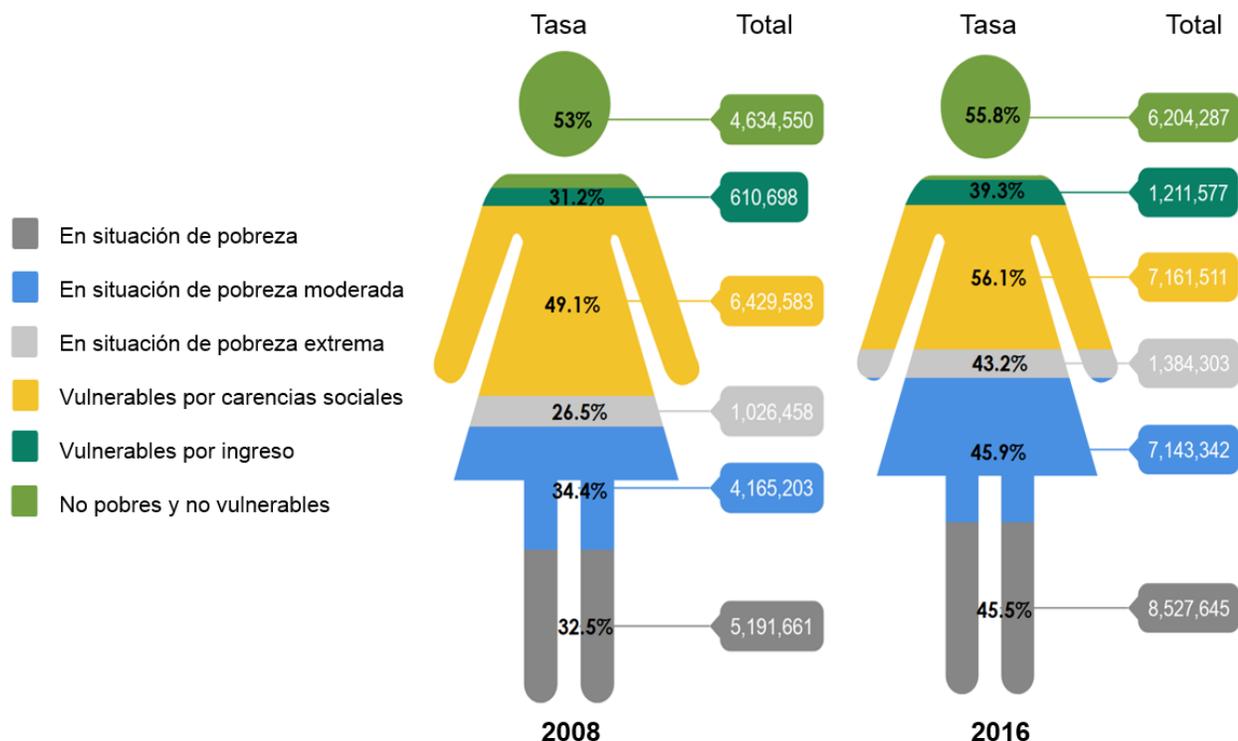
Un tercer riesgo asociado al mercado de trabajo es el de la disminución del ingreso familiar, en virtud de que uno o más miembros que trabajaban, mujeres en particular, requieran permanecer en casa atendiendo a niños, personas con alguna discapacidad o adultos mayores con dificultades para realizar actividades 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 por ciento en 1970 a 43.2 en 2017.<sup>50</sup> 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 por ciento entre quienes no eran ni pobres ni vulnerables, pero apenas 45.5 por ciento entre quienes eran pobres (figura 4).

---

<sup>50</sup> 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.

**Figura 4. 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 periodo de puerperio, la Ley Federal del Trabajo prevé la licencia de maternidad, que establece un lapso de doce semanas (seis antes del parto y seis después) de descanso para la madre trabajadora con goce de sueldo. Además, existe una variada oferta pública de servicios de cuidado infantil.

Dicha oferta está compuesta por servicios contributivos y no contributivos. Los primeros incluyen al ISSSTE, a través de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil, al IMSS y a la Secretaría de Educación Pública con los Centros de Desarrollo Infantil. 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 (cuadro 9).

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 197,710, mientras que entre los no contributivos las estancias infantiles de la SEDESOL atendían a 317,723 infantes en 2017.

**Cuadro 8. Servicios de cuidado infantil, México, 2017**

Institución	Nomenclatura	Modalidad	Nivel	Población objetivo	Niñas y niños atendidos	Número de Centros
ISSSTE <sup>1/</sup>	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 <sup>2/</sup>	Guarderías	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Hijos de trabajadores afiliados (De 43 días a 4 años)	197,710 *	1,364 *
DIF <sup>3/</sup>	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil	Escolarizado	Educación inicial y preescolar	Población infantil (45 días a 5 años 11 meses)	35,462 **	486 **
SEP <sup>4/</sup>	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 <sup>5/</sup>	Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	Escolarizado	Educación inicial	Población Infantil (De 1 a 3 años 11 meses)	312,209 *	9,157 *
				Población Infantil con alguna discapacidad (De 1 a 5 11 meses)	5 514 *	
<b>Total</b>					<b>1,307,540</b>	<b>42,192</b>

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:

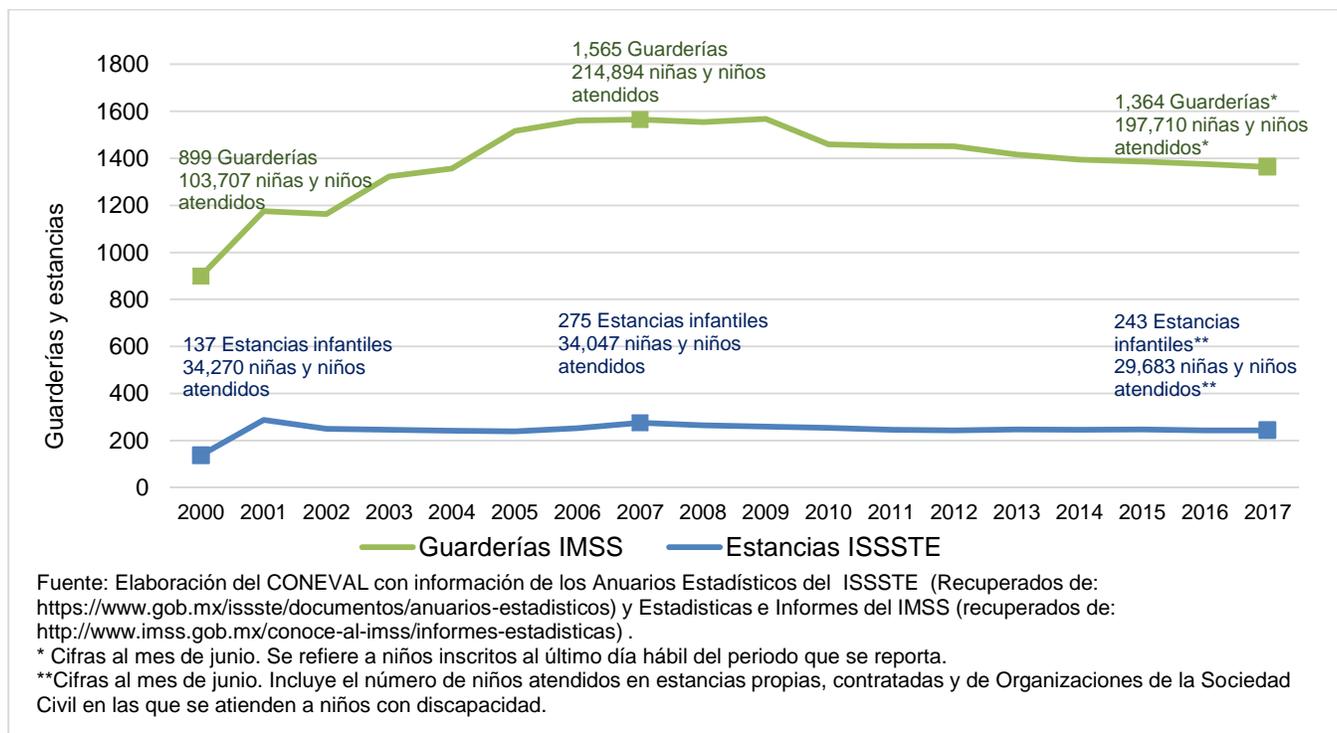
\*Anexo Estadístico del Quinto Informe de Gobierno

\*\*Informe de Actividades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia correspondiente al período enero-septiembre de 2017 del Sistema Nacional DIF.

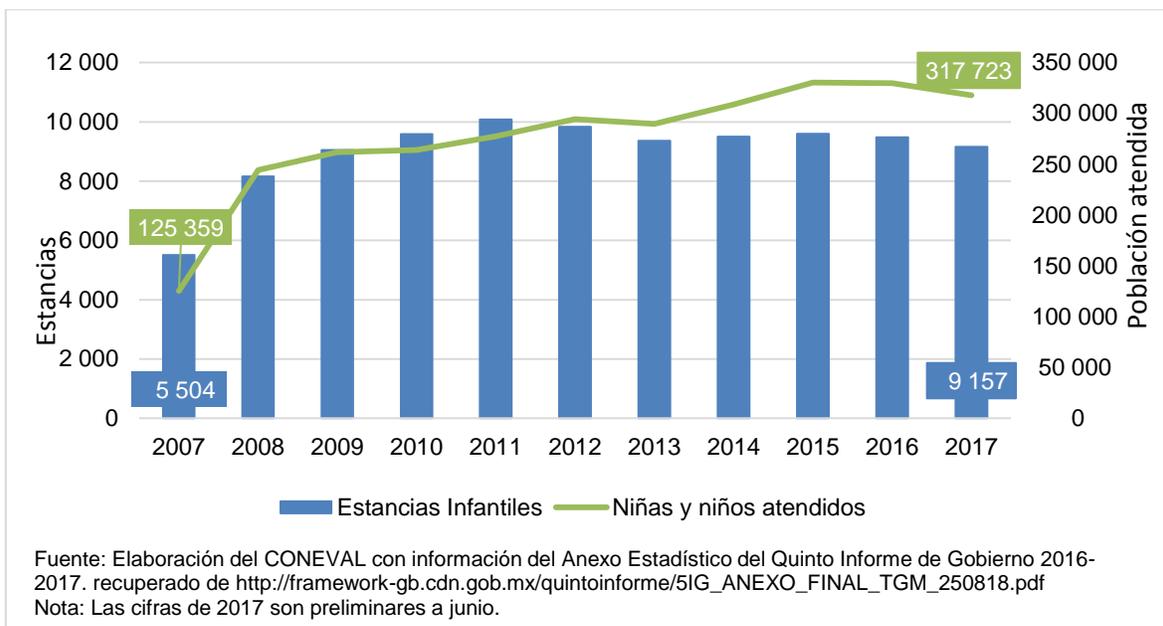
\*\*\*Serie Histórica y Pronósticos de la Estadística del Sistema Educativo Nacional, Sistema Nacional de Información Estadística Educativa, SEP.

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 por ciento (al pasar de 103,707 a 197,710; gráfica 21). El número de niñas y niños atendidos por estancias infantiles de la SEDESOL, por su parte, creció en 153.5 por ciento entre 2007 y 2017 (al pasar de 34,047 a 29,683; gráfica 22).

**Gráfica 21. Servicios de guarderías del IMSS y estancias infantiles del ISSSTE y niñas y niños atendidos, México, 2000-2017**



**Gráfica 22. Estancias infantiles de la SEDESOL y niñas y niños atendidos, México, 2007-2017**



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 4,230.6 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 por ciento) con relación a las que no reciben el apoyo. Además, de acuerdo con los indicadores de resultados, 70 por ciento 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**

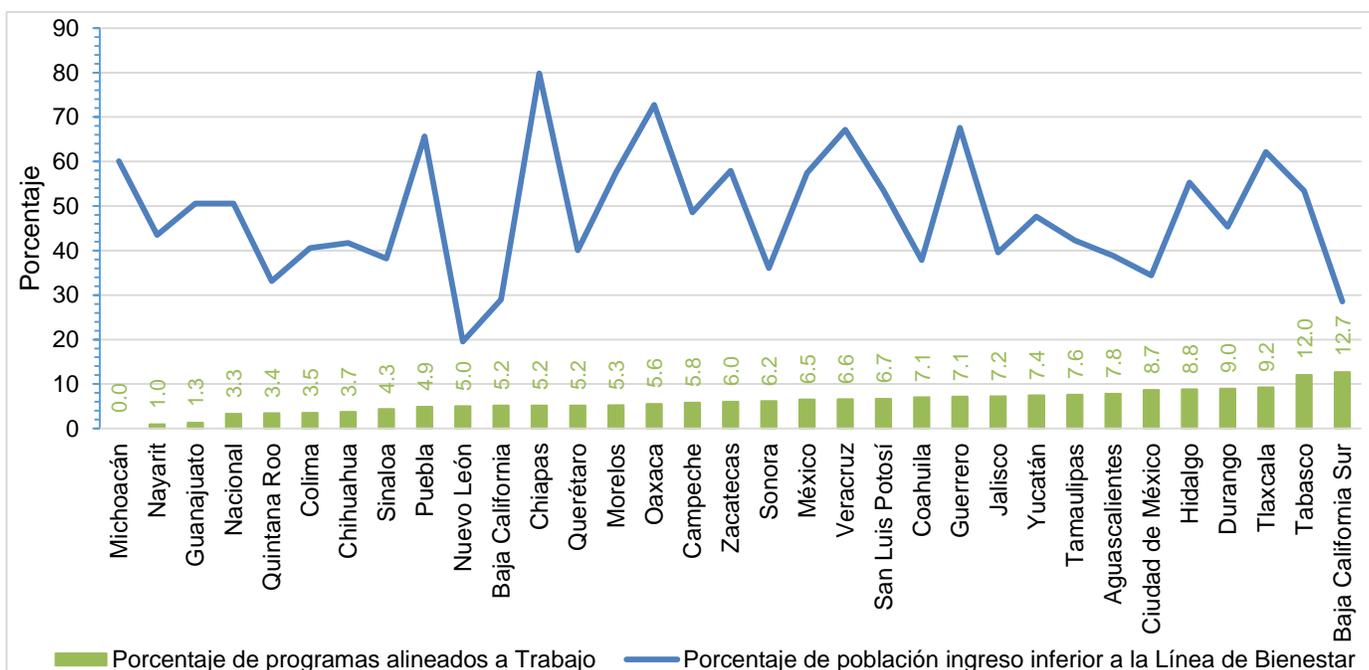
De acuerdo con el Inventario Federal 2016 y el Inventario Estatal 2014, en dichos años existían 160 programas y acciones de desarrollo social vinculados al derecho social al trabajo. De éstos, 155 eran estatales<sup>51</sup> y 5 del Gobierno Federal (gráfica 23).

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

---

<sup>51</sup> 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.

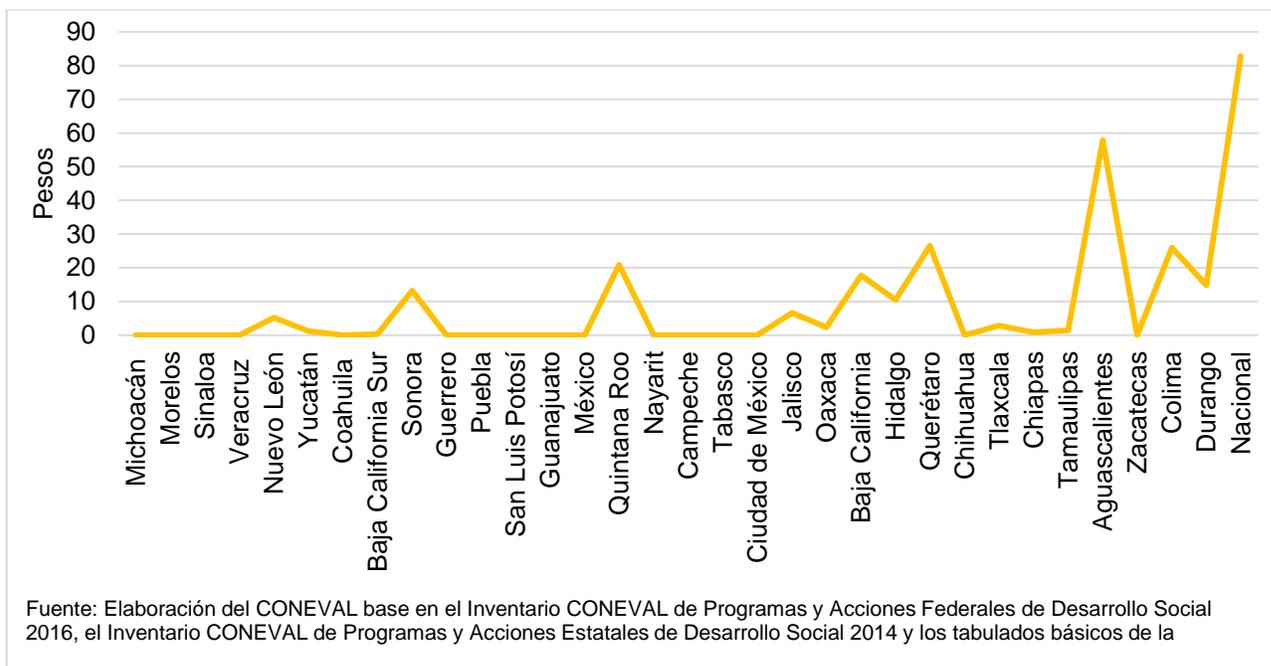
**Gráfica 23. Porcentaje de programas de y acciones de trabajo estatales (2014) y federales (2016) respecto al total de programas en la entidad y el Gobierno Federal frente a la población con ingreso menor a la Línea de Bienestar Mínimo**



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 presupuestal para 129 de los 155 programas estatales) y a 6,717 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 (gráfica 24).

**Gráfica 24. Gasto anual por persona (15 a 69 años) de los programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de trabajo, México**



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.<sup>52</sup> Como resultado de dicho ejercicio,<sup>53</sup> 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 la 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), Programa Bien Empleo (Jalisco), Programa Jóvenes al Empleo (JALE) (Nuevo León), Programa mi Primer

<sup>52</sup> 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).

<sup>53</sup> 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.

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 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).<sup>54</sup> La población con ingresos bajos o insuficientes es la que

---

<sup>54</sup> 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 1,482.8 pesos por persona para las zonas urbanas y en 1,054.7 pesos por persona para las rurales. La Línea de Bienestar hace posible identificar a la población con

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.

**Cuadro 9. 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
<b>Nacional</b>						
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
<b>Urbano</b>						
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
<b>Rural</b>						
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

Como se muestra en el cuadro 9, en 2014 20.6 por ciento de la población tenía ingresos menores del valor de una canasta alimentaria (LBM); esta cifra disminuyó en 2016 a 17.5 por ciento. De éstos, 13.9 por ciento habitaba zonas urbanas y 29.2 zonas rurales. Es decir, 21.4 millones de personas, no contaba con los recursos suficientes

ingresos inferiores al de una canasta alimentaria y no alimentaria. Ésta fue calculada para el ámbito urbano en 2,985.5 pesos por persona y en 1,928.7 pesos para el rural.

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 (cuadro 10).

**Cuadro 10. 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 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	25	28
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 (cuadro 11) 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.

**Cuadro 11. Incidencia en los indicadores de carencia social de la medición de la pobreza por condición de ingresos insuficientes, México, 2016 (porcentajes)**

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 (cuadro 12).

**Cuadro 12. Porcentaje de personas de la población ocupada con prestaciones laborales por condición de ingresos insuficientes, México, 2016**

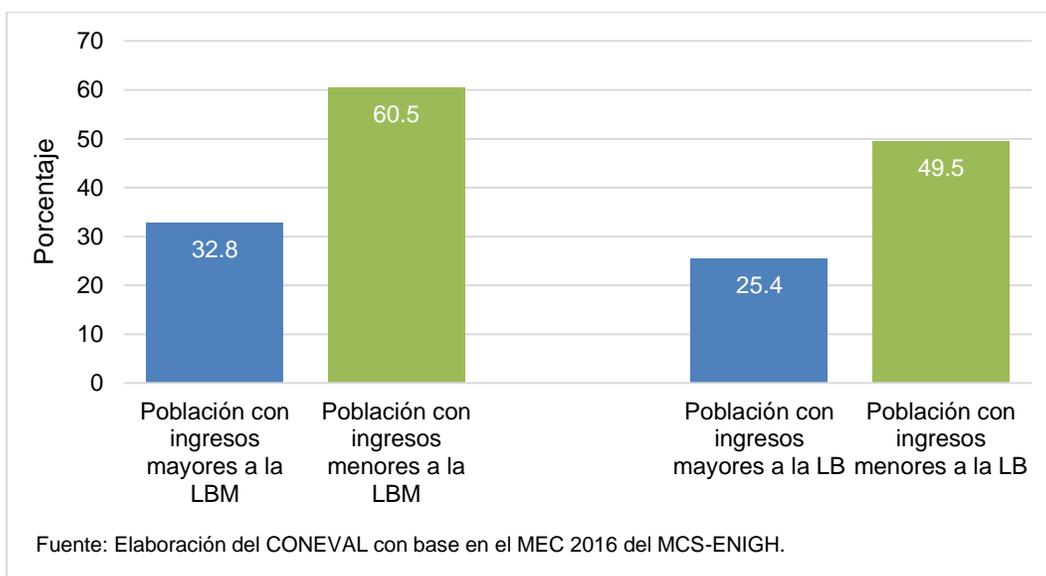
	Población ocupada con prestaciones laborales por condición de ingresos insuficientes, México, 2016		
	Población con ingresos menores al valor de la canasta alimentaria (LBM)	Población con ingresos menores del valor de la canasta alimentaria más la no alimentaria (LB)	Población total
Derecho a incapacidad 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 25 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.

**Gráfica 25. Porcentaje de cobertura de programas sociales por condición de ingresos, México, 2016**



### 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 334,944 millones de pesos.<sup>55</sup>

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 (véase las gráficas 1 y 2).

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

---

<sup>55</sup> 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](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>).

garantizada, además de transferencias directas a las familias pobres para compensar el impacto de los impuestos al consumo que financiarían la SSU.

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).<sup>56</sup>

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).<sup>57</sup>

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.

<sup>56</sup> El ejercicio se realizó con datos de 2010, bajo los siguientes supuestos:

- 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.
- Para toda la población ocupada, se incrementó el ingreso laboral de la siguiente forma:  
Se incrementa  $(1 + .158) \times (1 + \text{tasa}) - 1 = 22.4\%$  a los afiliados al IMSS como prestación laboral  
Se incrementa  $(1 + .099) \times (1 + \text{tasa}) - 1 = 16.2\%$  a los NO afiliados al IMSS como prestación laboral.  
Donde:  $\text{tasa} = (16 \times \text{prop. de gasto en alimentos}) = (16 \times 0.31) = 4.97\%$
- Se transfieren los 28.8 miles de millones de pesos de excedente tributario entre los integrantes del primer quintil de ingreso.
- Se incrementa en 16 % la parte alimentaria de las líneas de bienestar.

<sup>57</sup> El ejercicio se realizó con datos de 2016, bajo los siguientes supuestos:

- Se aumenta el ingreso laboral en 22.4% para los afiliados al IMSS y en 16.2% a los trabajadores no afiliados al IMSS.
- 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.
- Se aumenta en 16% el costo de los alimentos y medicinas en las canastas alimentarias y no alimentarias.
- Se elimina la carencia en acceso a salud y la carencia en acceso a la seguridad social a todos.
- Se agrega una pensión de \$701.13 a los adultos mayores a 65 años sin jubilación o programa de apoyo.

De entre las posibles opciones, se puede considerar:

a) *Coordinación de políticas enfocadas a la insuficiencia de ingresos.* Es importante reconocer que este reto, por su magnitud y complejidad, no se puede enfrentar con un solo instrumento, sino que requiere un conjunto amplio de reformas y acciones coordinadas, que incluiría las políticas de ingresos bajos y protección social, así como el ámbito de la política económica más ampliamente.

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.

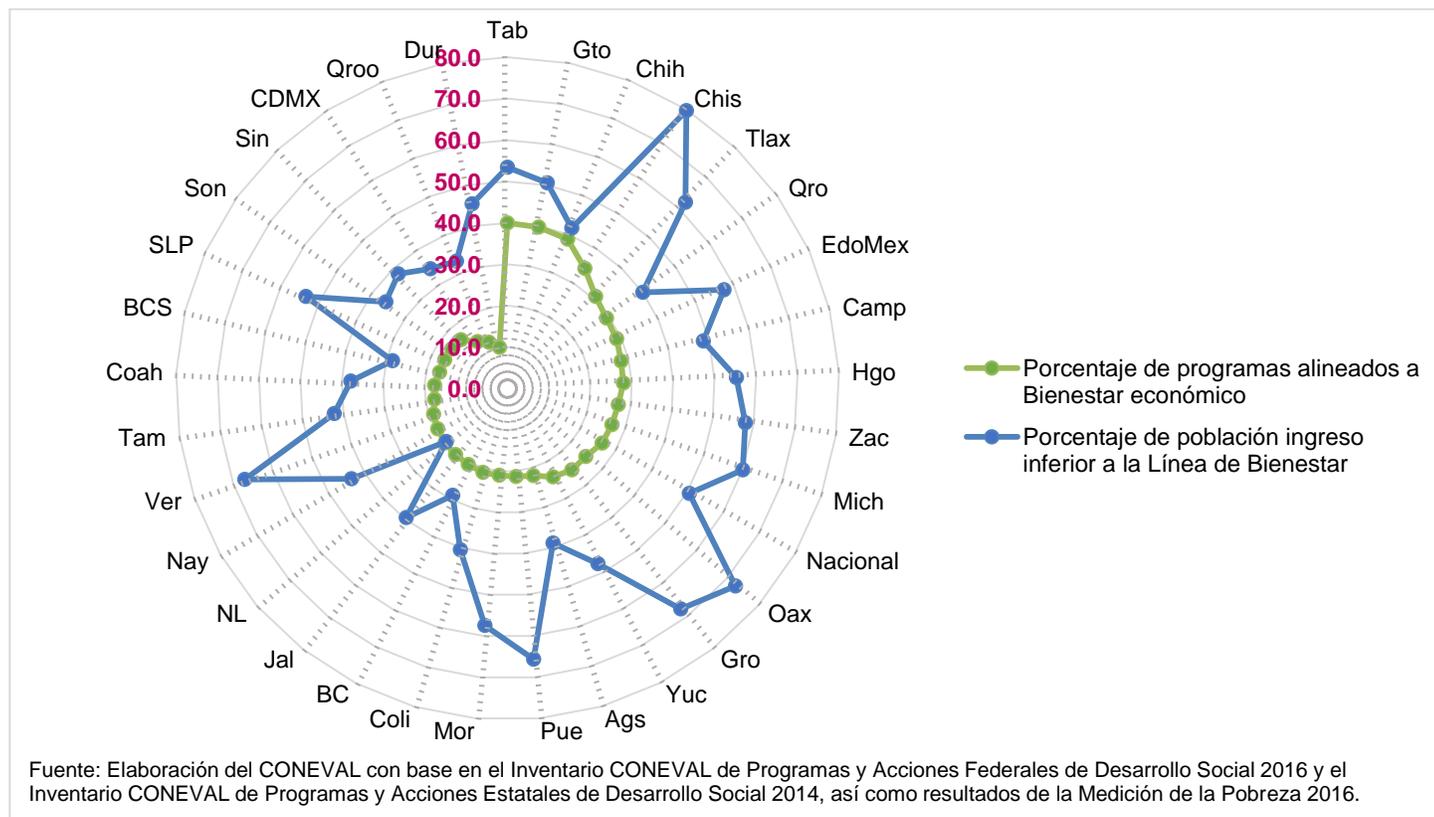
### **Dispersión de programas federales y estatales dirigidos a la población con ingreso insuficiente**

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 20,535,774 a 17,389,625 mexicanos;<sup>58</sup> 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 (gráfica 26). Las entidades con mayor porcentaje de intervenciones vinculadas con al bienestar económico fueron Tabasco (40 por ciento), Guanajuato (39.7 por ciento) y Chihuahua (38.9 por ciento). Por el contrario, las que presentaban el menor porcentaje de intervenciones alineadas a bienestar económico eran Durango (10.1 por ciento), Quintana Roo (12.1 por ciento) y la Ciudad de México (13.5 por ciento).

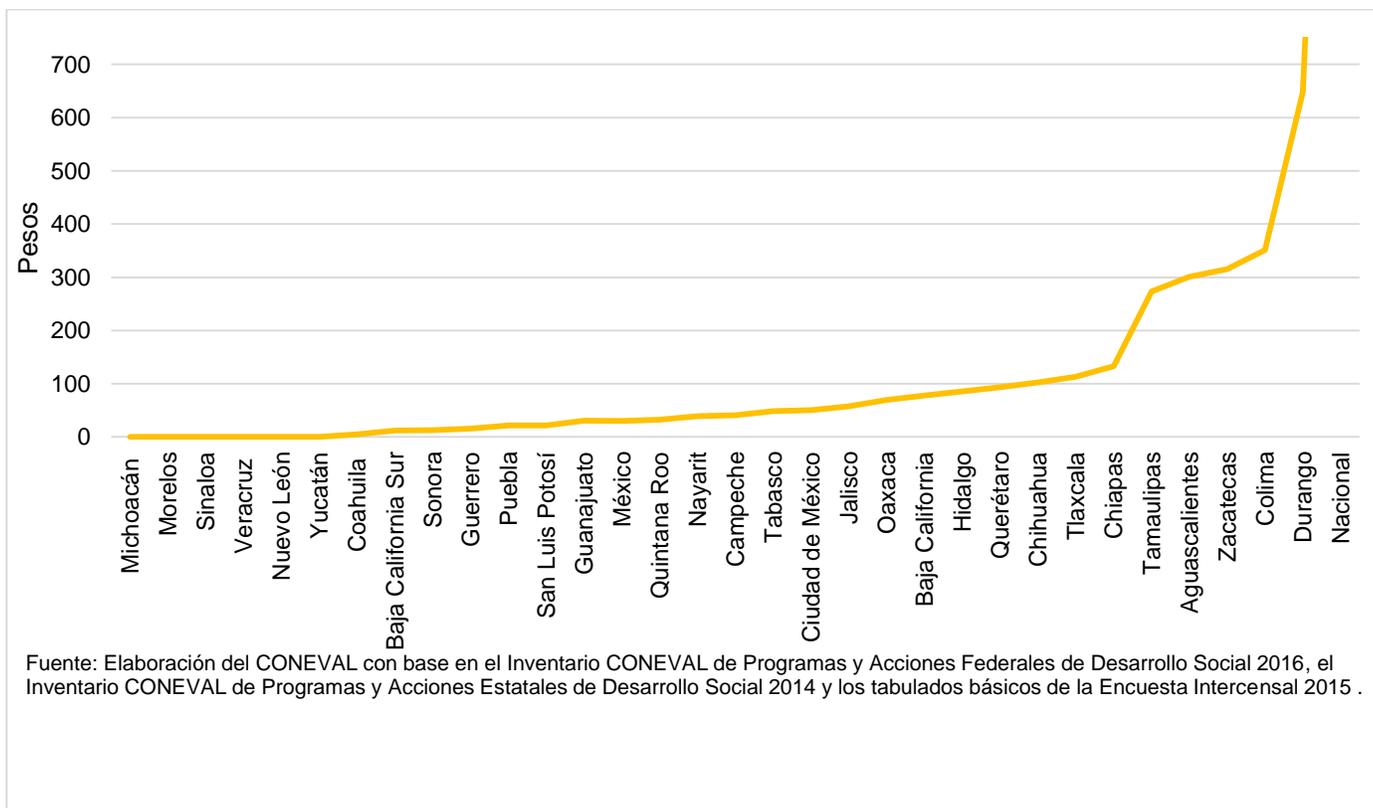
**Gráfica 26. Porcentaje de programas y acciones de salud estatales (2014) y federales (2016) respecto al total de programas en la entidad y el Gobierno Federal frente a la población con ingreso menor a la Línea de Bienestar Mínimo**



<sup>58</sup> MCS-ENIGH 2014 y MEC del MCS-ENIGH 2016.

El presupuesto ejercido por este grupo de programas y acciones ascendió a 5,052.7 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 1,519.8 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 2,239 pesos por persona (gráfica 27).

**Gráfica 27. Gasto anual por persona de los programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de bienestar económico, México, 2016 (15-69 años)**



La dispersión y multiplicidad de programas asociados al ingreso, así como el hecho de que en 2016 alrededor de 17.5 por ciento de la población tenía ingresos menores

de 2,764 pesos en áreas urbanas y 1,787 pesos en áreas rurales por persona al mes,<sup>59</sup> 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 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*,<sup>60</sup> que integran información de 152 programas y acciones sociales federales y de 2,528 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

---

<sup>59</sup> 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>

<sup>60</sup> 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.a\\_spx](https://coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/inventario_nacional_de_programas_y_acciones_sociales.a_spx)

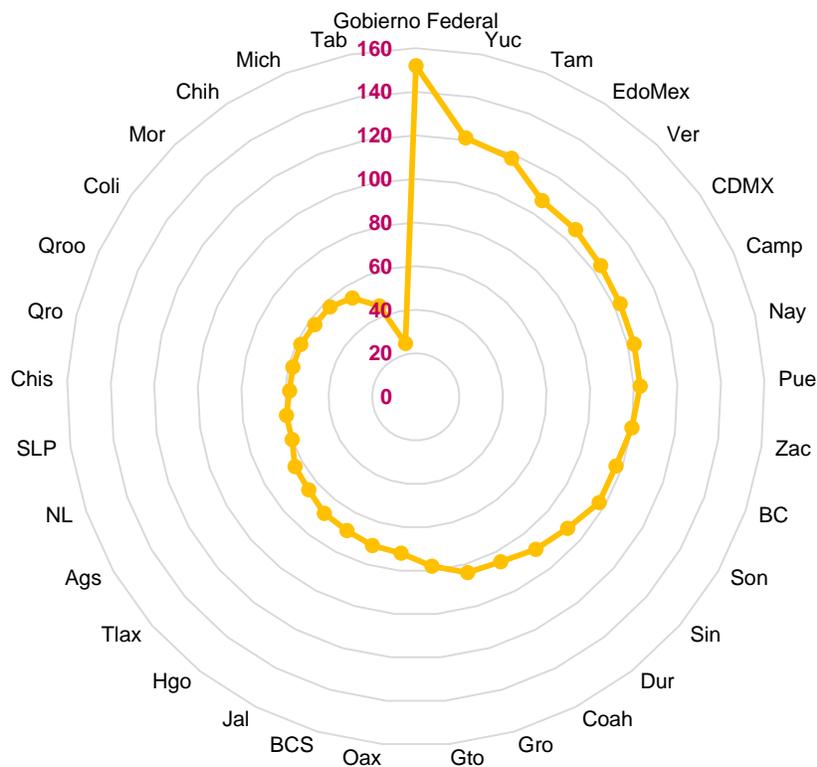
vejez, discapacidad y orfandad, el trabajo y los ingresos insuficientes. Ahora, el análisis es global y tiene por objeto identificar la posible dispersión y las duplicidades de esfuerzos entre el conjunto de programas existentes en el país. En la segunda parte se reflexiona sobre algunas de las barreras 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 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 2,528 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 (106) (gráfica 28).

**Gráfica 28. Número de programas estatales (2014) y federales (2016) de desarrollo social por entidad federativa, México**

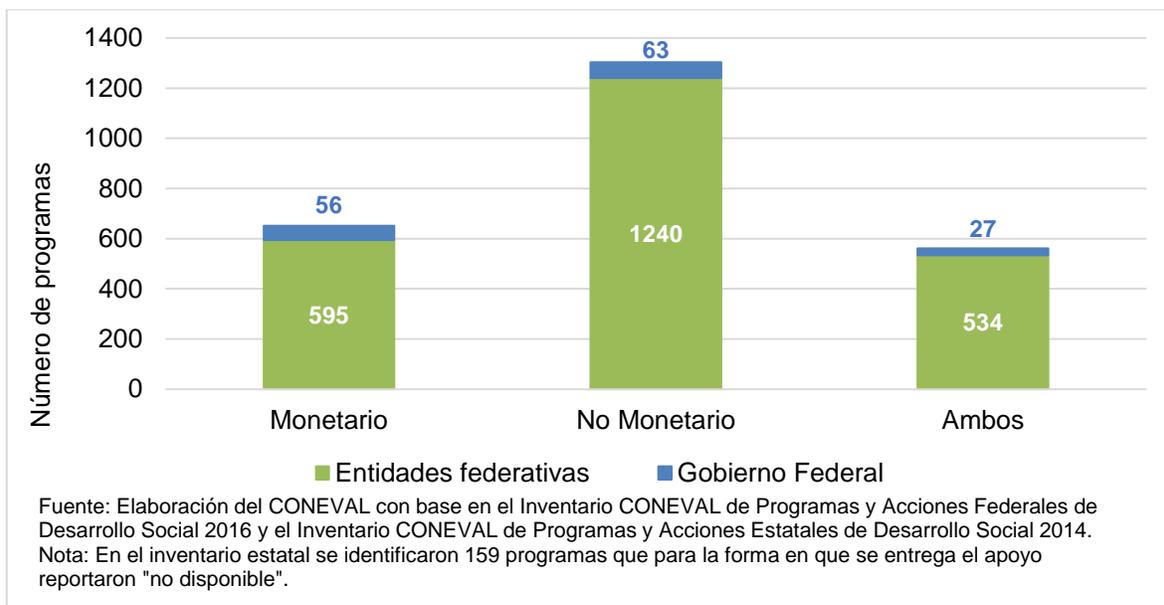


Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2016 y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2014.

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

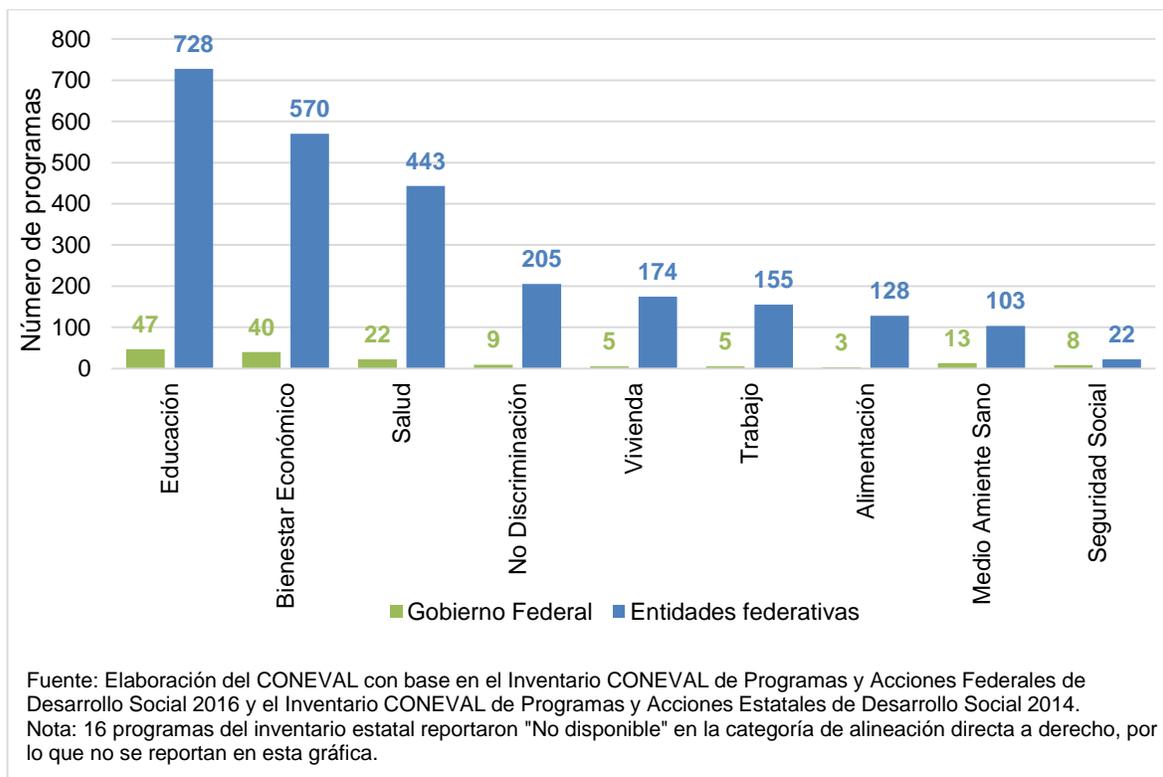
En la manera en que los programas entregan sus apoyos se observa una diferencia entre las entidades y el Gobierno Federal: en los estados, 49.1 por ciento de los beneficios son no monetarios (1,240 programas), mientras que en el nivel federal esto sucede en 41.4 por ciento de los casos (63 programas; véase la gráfica 29). Así, 56 de los programas federales entregan transferencias monetarias (36.8 por ciento).

**Gráfica 29. Programas estatales (2014) y federales (2016) de desarrollo social por tipo de apoyo (monetario-no monetario), México**



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 (gráfica 30). 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.

**Gráfica 30. Número de programas estatales (2014) y federales (2016) de desarrollo social por derecho social, México,**



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 presupuestaría debería abocarse principalmente a las acciones y programas que tengan mayor incidencia en el acceso efectivo a los derechos sociales.

El cuadro 13 presenta el número de programas identificados en 2016 con incidencia directa en el acceso efectivo a los derechos sociales.

**Cuadro 13. 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.

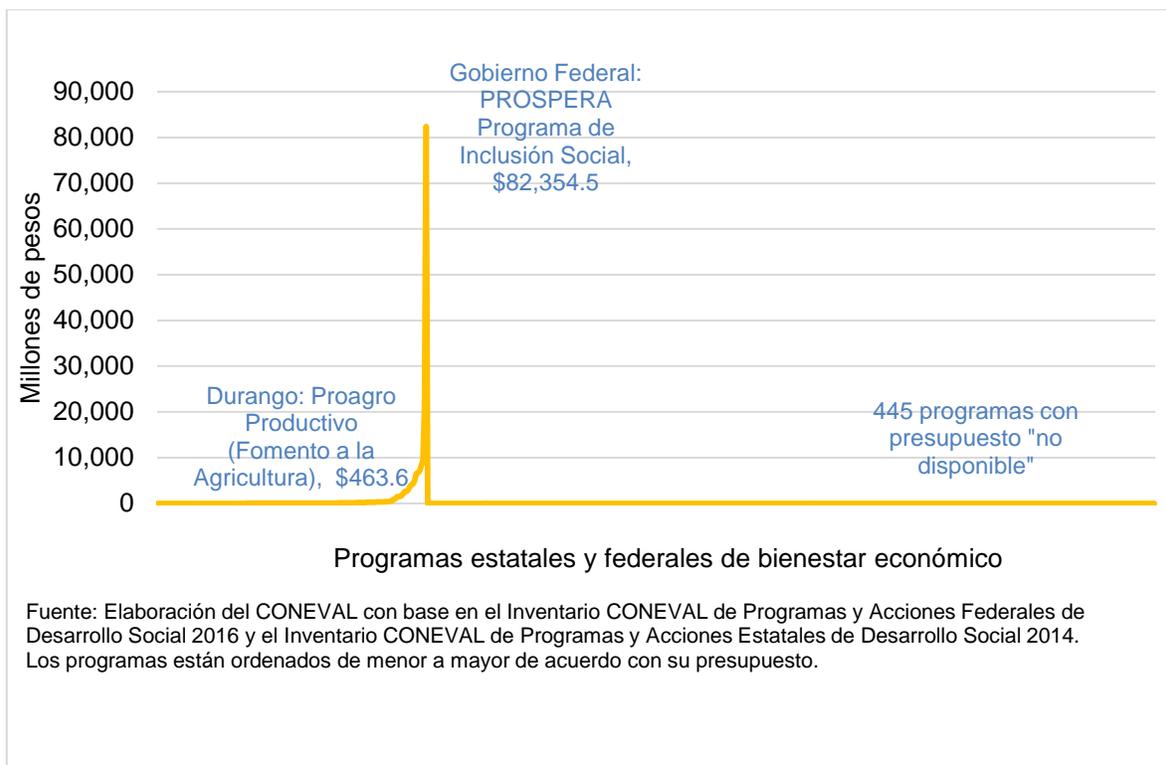
En el caso de las entidades, el orden de las intervenciones es así: la dimensión con mayor número de programas es la de educación (728 programas, 28.8 por ciento del total de las intervenciones estatales), seguida por la de bienestar económico (570 programas, 22.5 por ciento) y la de salud (443 programas, 17.5 por ciento); en el gobierno federal se mantienen el mismo orden, el derecho con más intervenciones es el educativo (47 programas, 30.9 por ciento), seguido por la dimensión de bienestar económico (40 programas, 26.3 por ciento) y salud (22 programas, 14.5 por ciento), 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 (gráfica 31), 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.

**Gráfica 31. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de alimentación, (Millones de pesos) México**



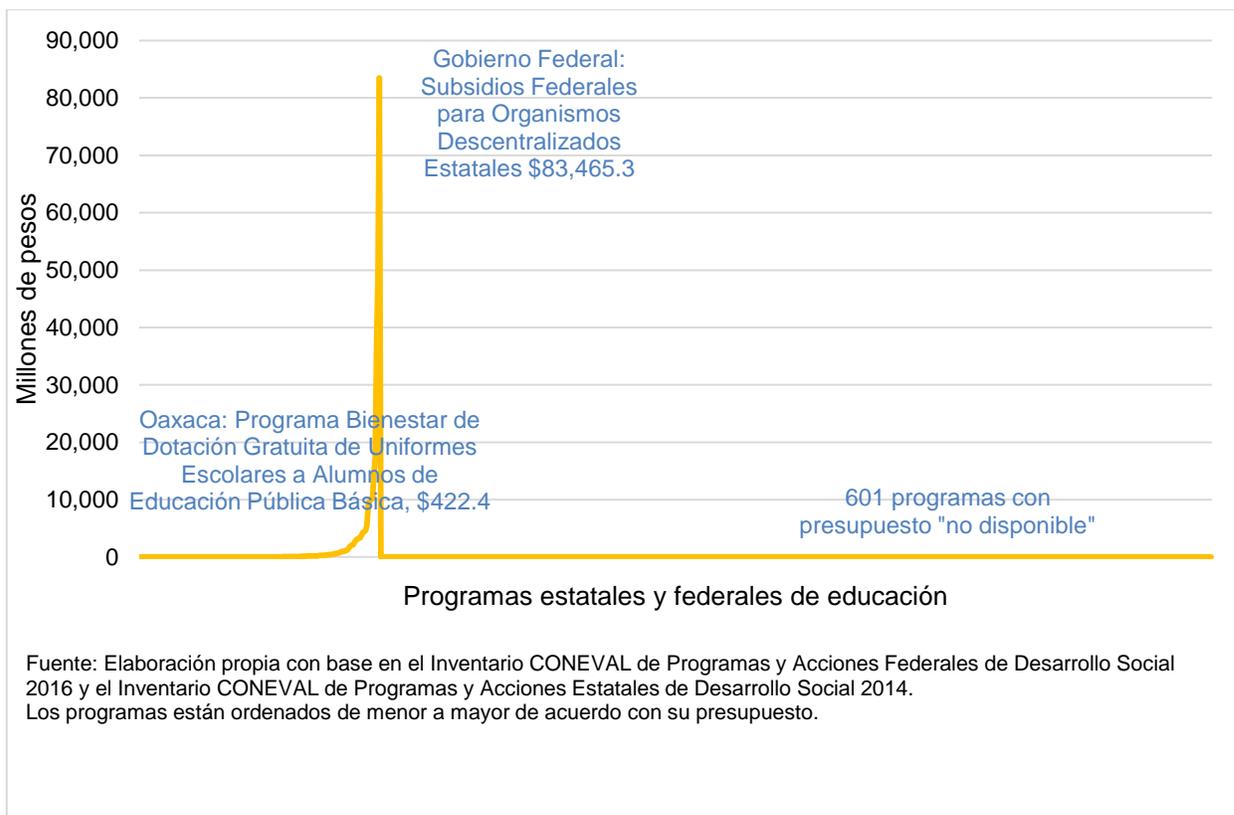
De los 610 programas dirigidos a la dimensión de bienestar económico y generación de ingresos (gráfica 32), 113 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 445 se reportaron como existentes, pero sin especificar tampoco su presupuesto. La intervención estatal con el presupuesto más 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 (82,354.5 millones de pesos).

**Gráfica 32. Presupuesto ejercido por los programas estatales y federales de bienestar económico (Millones de pesos), México**



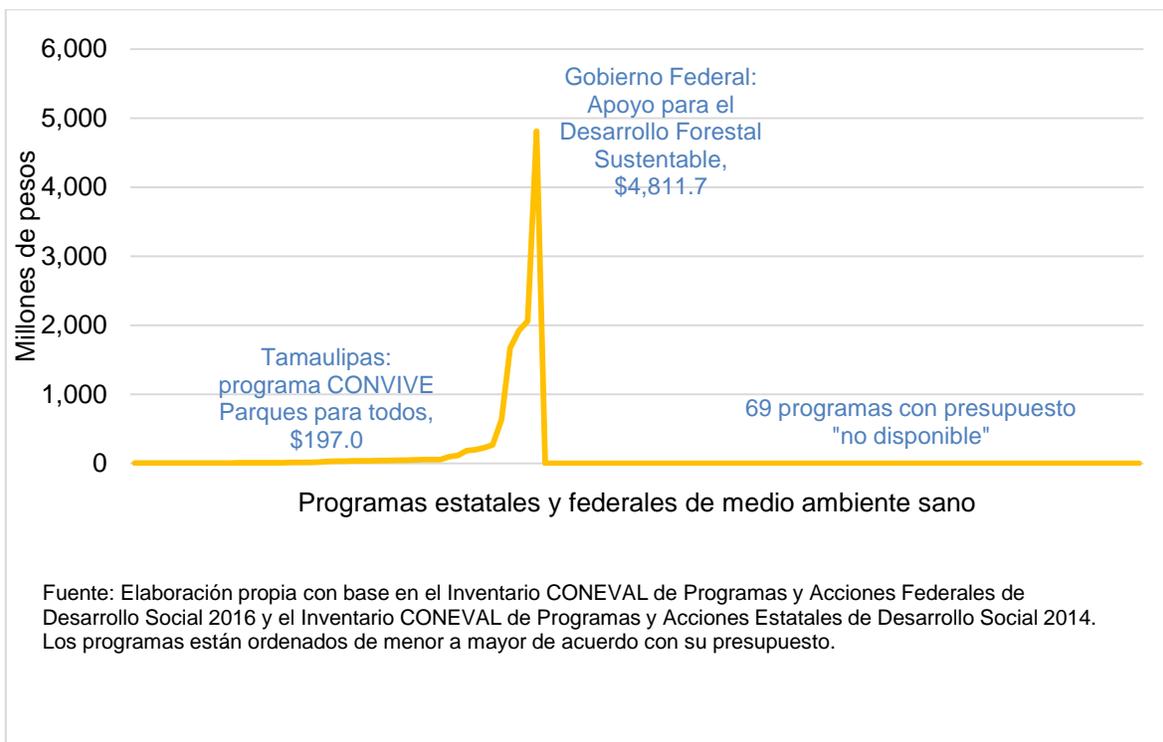
De los 775 programas educativos (gráfica 33), 116 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 601 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el Programa Bienestar de Dotación Gratuita 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 (83,465.3 millones de pesos).

**Gráfica 33. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de educación (Millones de pesos), México**



Del total de los 116 programas dirigidos al medio ambiente (gráfica 34), 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 (4,811.68 millones de pesos).

**Gráfica 34. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de medio ambiente sano (Millones de pesos), México**



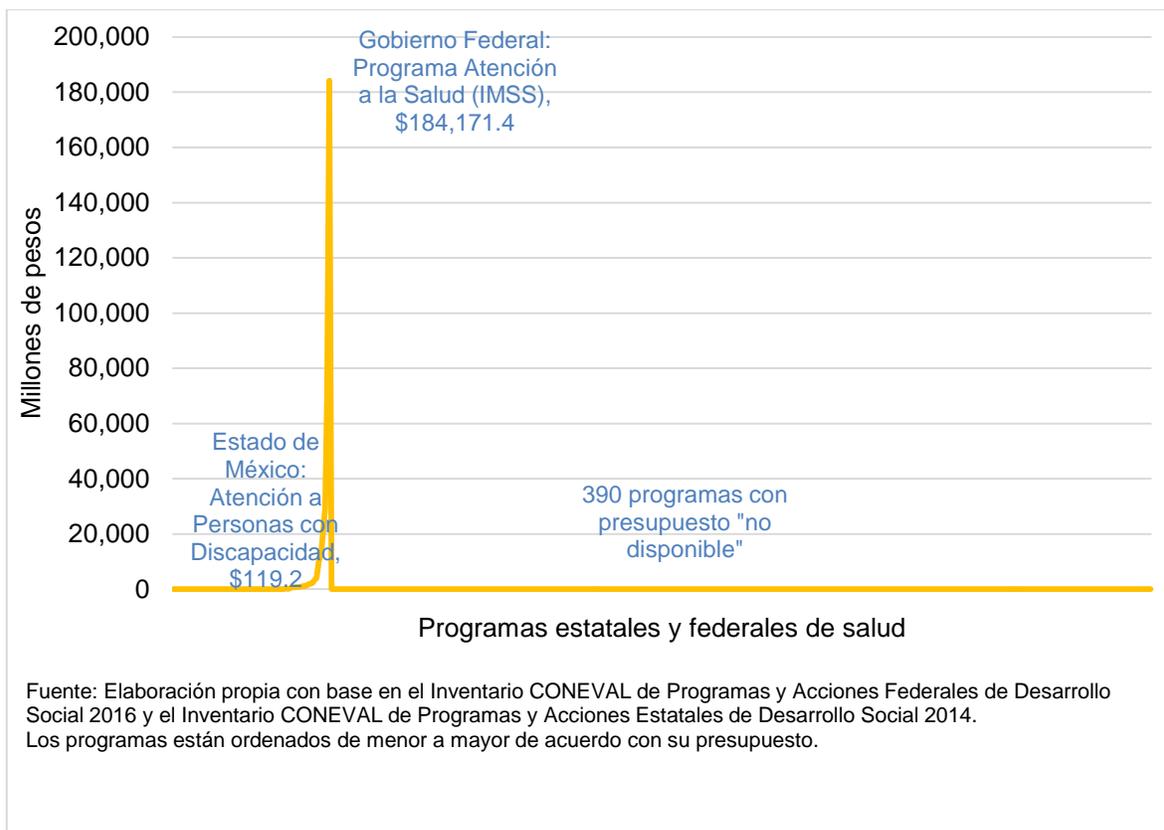
Del total de los 214 programas dirigidos a la no discriminación (gráfica 35), 29 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 175 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el Programa 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 (4,449.4 millones de pesos).

**Gráfica 35. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de no discriminación (Millones de pesos), México**



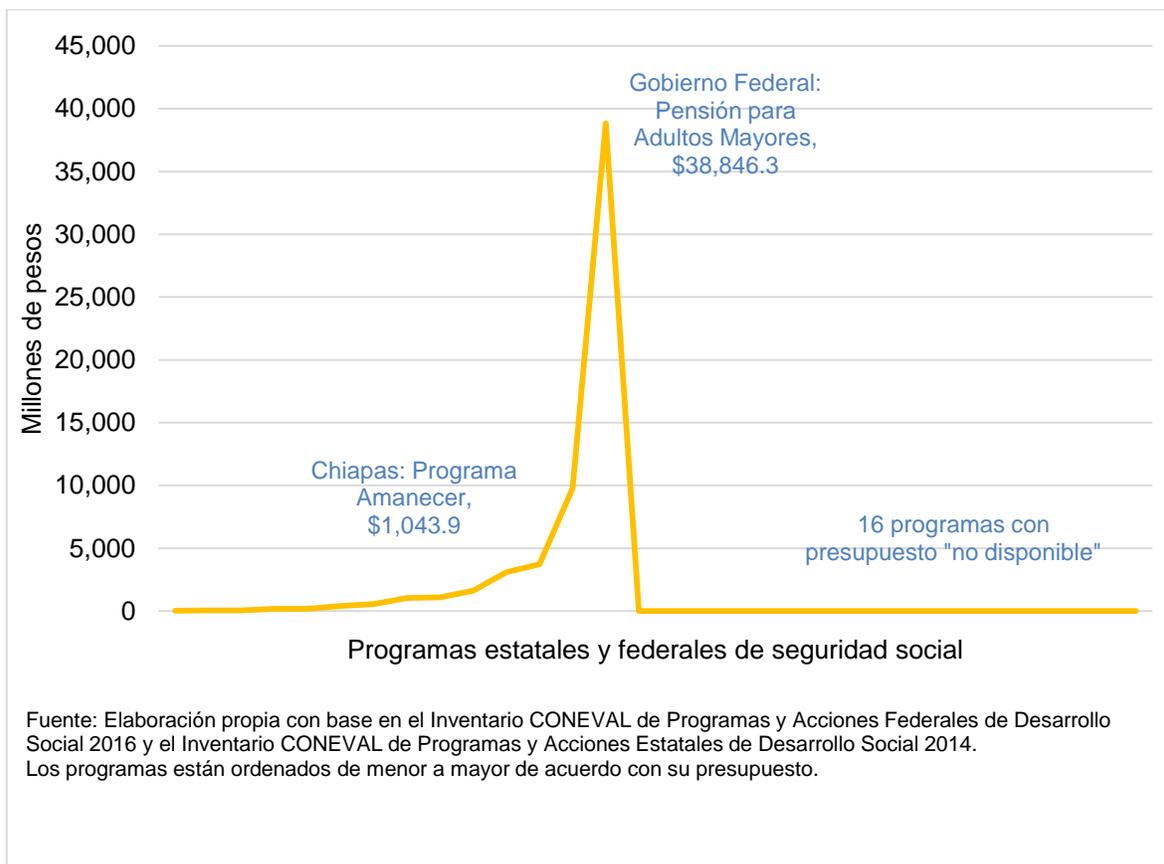
Del total de los 465 programas dirigidos a la salud (gráfica 36), 55 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 390 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el programa Atención 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 (184,171.4 millones de pesos).

**Gráfica 36. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de salud (Millones de pesos), México**



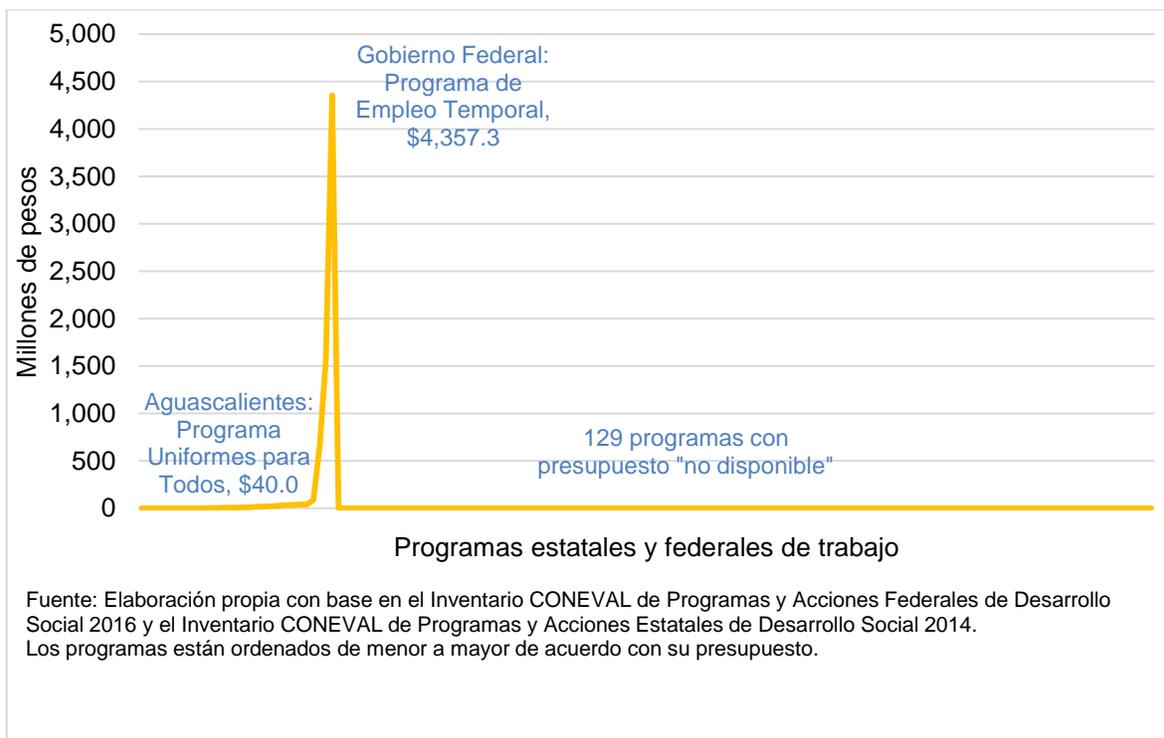
De los treinta programas estatales y federales de seguridad social (gráfica 37), tres ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 16 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. La intervención estatal con el presupuesto más importante fue el Programa Amanecer, del estado de Chiapas (1,043.9 millones de pesos); mientras que la intervención federal con el presupuesto más alto fue el programa Pensión para Adultos Mayores (38,846.3 millones de pesos).

**Gráfica 37. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de seguridad social (Millones de pesos), México**



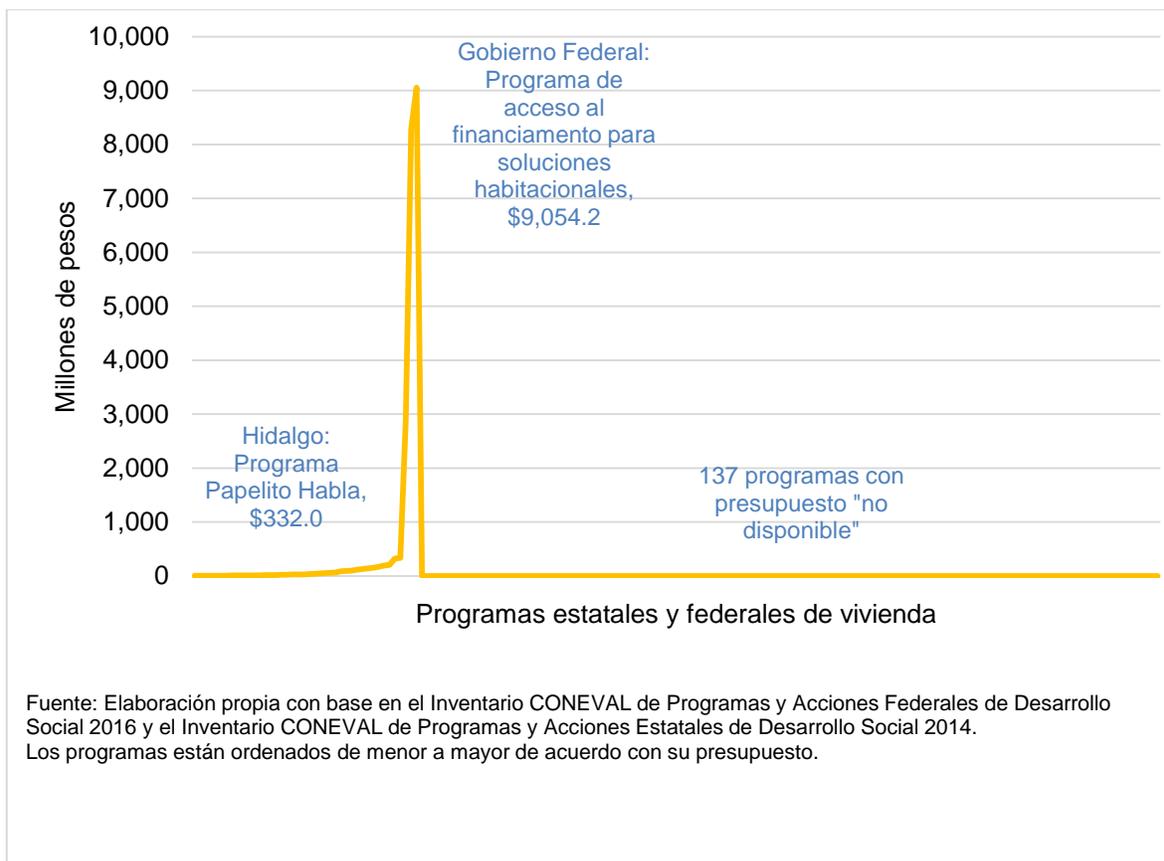
En la gráfica 38 se muestran los programas estatales y federales dirigidos al trabajo. Se observa que, del total de 160 programas estatales y federales, 28 ejercieron un presupuesto menor de los cien millones de pesos y 129 se reportaron como existentes, pero sin especificar el presupuesto que ejercieron. 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 (4,357.3 millones de pesos).

**Gráfica 38. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de trabajo (Millones de pesos), México**



Por otro lado, en lo que corresponde a los programas de vivienda, en la gráfica 39 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 (9,054.2 millones de pesos).

**Gráfica 39. Presupuesto ejercido por los programas estatales (2014) y federales (2016) de vivienda (Millones de pesos), México**



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 14 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.<sup>61</sup> 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 (15,818.64 millones de pesos) y seguridad social (7,276.50 millones de pesos). La notable diferencia en los montos promedio ejercidos por los programas estatales y federales es un efecto del tamaño de la “bolsa” total de presupuesto en cada nivel de gobierno.<sup>62</sup>

Estas características presupuestarias se representan de manera conjunta en la gráfica 40, 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 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.

---

<sup>61</sup> Es importante señalar que este análisis es meramente indicativo, ya que de las 2,528 intervenciones estatales sólo se tuvo acceso a la información de presupuesto de 463 intervenciones (18.3%).

<sup>62</sup> El cálculo consiste en el cociente bruto del presupuesto total por derecho y el número de programas por derecho.

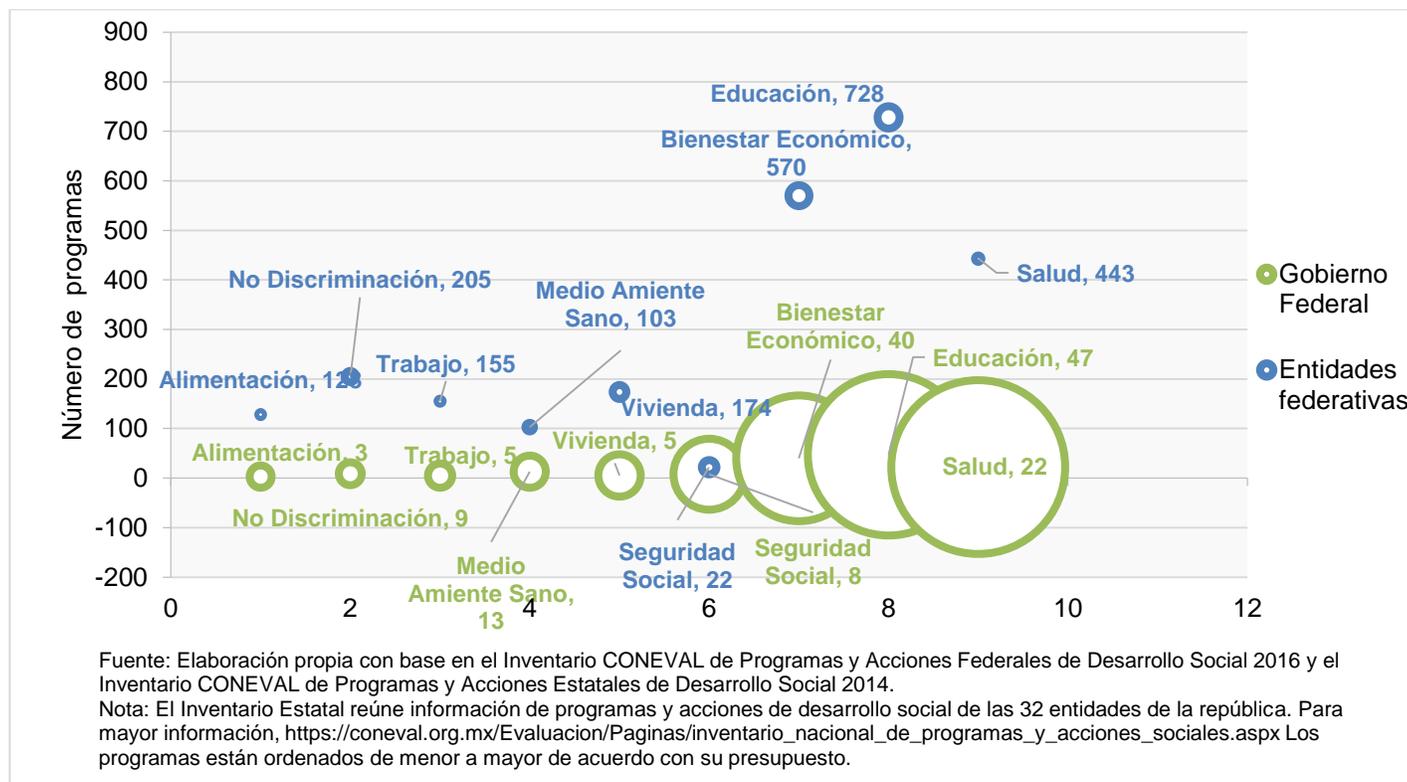
**Cuadro 14. Número y presupuesto ejercido por los programas estatales 2014 y federales 2016 de desarrollo social con presupuesto disponible, México**

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

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.

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

**Gráfica 40. Número y presupuesto ejercido de programas y acciones federales (2016) y estatales (2014) de desarrollo social, México**



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 192,245 localidades. De éstas, 188,594 (98.1 por ciento) eran rurales (menos de 2,500 habitantes) y ahí vivían 26 millones de personas (cuadro 15). Más de la mitad de las localidades del país, 103,000, tenían menos de 20 habitantes, y otras 36,200 localidades tenían entre 20 y 99 habitantes; en ellas vivía 2.7 por ciento de la población del país, lo que representa un reto en la instrumentación de cualquier política pública y en la provisión de servicios públicos.

**Cuadro 15. Localidades y población por tamaño de localidad, México, 2010**

	Localidades					Población (miles)				Promedio de habitantes por localidad	
	Tamaño de Localidad	Total	Acumulado	Dist %	Dist % acum	Total	Acum	Dist %	Dist % acum	Total	Acum
<b>Localidad rural</b>	Hasta 19 hab	102,970	102,970	53.6%	53.6%	<b>629.3</b>	629.3	0.6%	0.6%	<b>6.1</b>	6.1
	Entre 20 y 99 hab	36,186	139,156	18.8%	72.4%	<b>1,754.6</b>	2,383.9	1.6%	2.1%	<b>48.5</b>	17.1
	Entre 100 y 499 hab	34,253	173,409	17.8%	90.2%	<b>8,181.5</b>	10,565.4	7.3%	9.4%	<b>238.9</b>	60.9
	Entre 500 y 1499 hab	12,641	186,050	6.6%	96.8%	<b>10,614.2</b>	21,179.6	9.4%	18.9%	<b>839.7</b>	113.8
	Entre 1500 hab y 2499 hab	2,544	188,594	1.3%	98.1%	<b>4,869.5</b>	26,049.1	4.3%	23.2%	<b>1,914.1</b>	138.1
<b>Centro de población</b>	Entre 2500 hab y 4999 hab	1,839	190,433	1.0%	99.1%	<b>6,360.9</b>	32,410.0	5.7%	28.9%	<b>3,458.9</b>	170.2
	Entre 5000 hab y 14999 hab	1,182	191,615	0.6%	99.7%	<b>9,746.7</b>	42,156.7	8.7%	37.5%	<b>8,245.9</b>	220.0
	Entre 15000 hab y 499999 hab	594	192,209	0.3%	100.0%	<b>38,987.3</b>	81,144.0	34.7%	72.2%	<b>65,635.2</b>	422.2
<b>Ciudad</b>	Entre 0.5 y 1 millón hab	25	192,234	0.0%	100.0%	<b>16,363.1</b>	97,507.1	14.6%	86.8%	<b>654,524.1</b>	507.2
	De un millón y más	11	192,245	0.0%	100.0%	<b>14,829.3</b>	112,336.4	13.2%	100.0%	<b>1,348,122.4</b>	584.3
		192,245		100.0%		<b>112,336.4</b>		100.0%		<b>548.3</b>	

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 por ciento de las localidades (59,100) eran de medio, alto o muy alto grado de rezago social, y concentraban a 10.9 por ciento de la población, es decir, a 12.3 millones de personas (cuadro 16). Otro 44.1 por ciento de las localidades (84,800), que abarcaba apenas a 480,300 personas (0.4 por ciento), no tenían asignado un grado de rezago social debido a que eran localidades de una y dos viviendas habitadas, y en las cuales no se presentaba información sociodemográfica en virtud del principio de confidencialidad establecido en la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, por lo que no 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).

**Cuadro 16. 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	<b>102,970</b>	<b>53.6%</b>	<b>53.6%</b>
Entre 20 y 99	391	2,423	7,801	13,070	7,476	5,025	<b>36,186</b>	<b>18.8%</b>	<b>72.4%</b>
Entre 100 y 499	92	246	3,518	14,562	10,285	5,550	<b>34,253</b>	<b>17.8%</b>	<b>90.2%</b>
Entre 500 y 1499	21	12	570	4,138	4,346	3,554	<b>12,641</b>	<b>6.6%</b>	<b>96.8%</b>
Entre 1500 hab y 2499	10	1	53	585	829	1,066	<b>2,544</b>	<b>1.3%</b>	<b>98.1%</b>
Entre 2500 hab y 4999	2	-	22	305	557	953	<b>1,839</b>	<b>1.0%</b>	<b>99.1%</b>
Entre 5000 hab y 14999	1	-	3	84	292	802	<b>1,182</b>	<b>0.6%</b>	<b>99.7%</b>
Entre 15000 hab y 499999	-	-	-	3	53	538	<b>594</b>	<b>0.3%</b>	<b>100.0%</b>
Entre 0.5 y 1 millón	-	-	-	-	-	25	<b>25</b>	<b>0.0%</b>	<b>100.0%</b>
De un millón y más	-	-	-	-	-	11	<b>11</b>	<b>0.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Total</b>	<b>84,770</b>	<b>4,385</b>	<b>16,491</b>	<b>38,270</b>	<b>27,153</b>	<b>21,176</b>	<b>192,245</b>	<b>100.0%</b>	
<b>Distribución %</b>	<b>44.1%</b>	<b>2.3%</b>	<b>8.6%</b>	<b>19.9%</b>	<b>14.1%</b>	<b>11.0%</b>	<b>100.0%</b>		
Población									
Hasta 19 hab	387,183	22,173	58,359	71,603	43,203	46,765	<b>629,286</b>	<b>0.6%</b>	<b>0.6%</b>
Entre 20 y 99 hab	15,293	95,470	354,831	670,539	383,061	235,453	<b>1,754,647</b>	<b>1.6%</b>	<b>2.1%</b>
Entre 100 y 499 hab	19,701	42,183	739,176	3,424,861	2,559,665	1,395,937	<b>8,181,523</b>	<b>7.3%</b>	<b>9.4%</b>
Entre 500 y 1499 hab	17,898	9,725	447,989	3,355,690	3,658,055	3,124,836	<b>10,614,193</b>	<b>9.4%</b>	<b>18.9%</b>
Entre 1500 hab y 2499 hab	20,415	1,915	99,434	1,105,489	1,576,941	2,065,285	<b>4,869,479</b>	<b>4.3%</b>	<b>23.2%</b>
Entre 2500 hab y 4999 hab	6,774	-	76,631	1,034,635	1,916,539	3,326,370	<b>6,390,949</b>	<b>5.7%</b>	<b>28.9%</b>
Entre 5000 hab y 14999 hab	13,071	-	19,729	605,492	2,355,623	6,752,769	<b>9,746,684</b>	<b>8.7%</b>	<b>37.5%</b>
Entre 15000 hab y 499999 hab	-	-	-	52,270	1,437,531	37,494,527	<b>38,987,328</b>	<b>34.7%</b>	<b>72.2%</b>
Entre 0.5 y 1 millón hab	-	-	-	-	-	16,363,103	<b>16,363,103</b>	<b>14.6%</b>	<b>86.8%</b>
De un millón y más	-	-	-	-	-	14,829,346	<b>14,829,346</b>	<b>13.2%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Total</b>	<b>480,335</b>	<b>171,466</b>	<b>1,796,149</b>	<b>10,320,579</b>	<b>13,930,618</b>	<b>85,637,391</b>	<b>112,336,538</b>	<b>100.0%</b>	
<b>Distribución %</b>	<b>0.40%</b>	<b>0.20%</b>	<b>1.60%</b>	<b>9.20%</b>	<b>12.40%</b>	<b>76.20%</b>	<b>58434.0%</b>		

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 20,797 y en ellas habitaban 1.8 millones de personas, mientras que las localidades rurales de rezago medio llegaban a 37,293 con 7.5 millones de habitantes. En estas localidades existía un grado mayor de carencias sociales, aunque, como ya se mencionó, hay otras 84,644 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 36,228 y representaba 19.2 por ciento del total de las localidades rurales en 2010 (cuadro 17). Asimismo, había 15,290 localidades menores de 2,500 habitantes que estaban cerca de un centro de población, mientras que 64,000 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 73,000 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 por ciento del total de localidades del país y 38.8 por ciento de las localidades rurales; en ellas vivían 6.7 millones de personas y eran las que potencialmente representaban retos en materia de política pública.

**Cuadro 17. 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 1499	3,057	1,254	5,523	2,807	12,641
Entre 1500 hab y 2499	864	255	1,140	285	2,544
<b>Total</b>	<b>36,228</b>	<b>15,290</b>	<b>63,983</b>	<b>73,093</b>	<b>188,594</b>
<b>Distribución %</b>	<b>19.2%</b>	<b>8.1%</b>	<b>33.9%</b>	<b>38.8%</b>	<b>100.0%</b>
	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 1499	2,673,481	1,047,494	4,669,276	2,223,942	10,614,193
Entre 1500 hab y 2499	166,407	496,832	2,187,010	519,230	4,869,479
<b>Total</b>	<b>6,090,671</b>	<b>2,423,289</b>	<b>10,803,028</b>	<b>6,732,150</b>	<b>26,049,128</b>
<b>Distribución %</b>	<b>23.4%</b>	<b>9.3%</b>	<b>41.5%</b>	<b>25.8%</b>	<b>100.0%</b>

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

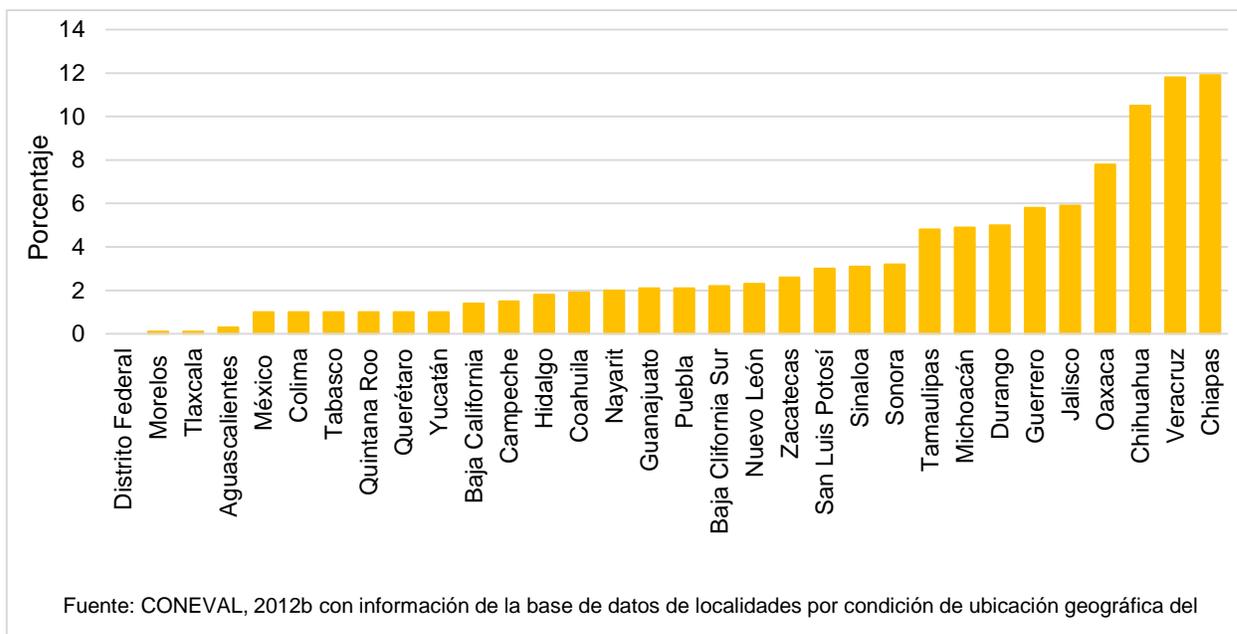
Criterios de ubicación de localidades rurales establecidos por el CONAPO:

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

Las entidades federativas que concentraban el mayor porcentaje de localidades aisladas en 2010 eran Chiapas y Veracruz, cada una con 11.6 por ciento del total país (gráfica 41); 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 por ciento 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 por ciento del total.

**Gráfica 41. Distribución porcentual de las localidades aisladas por entidad federativa, México, 2010**



### Población indígena

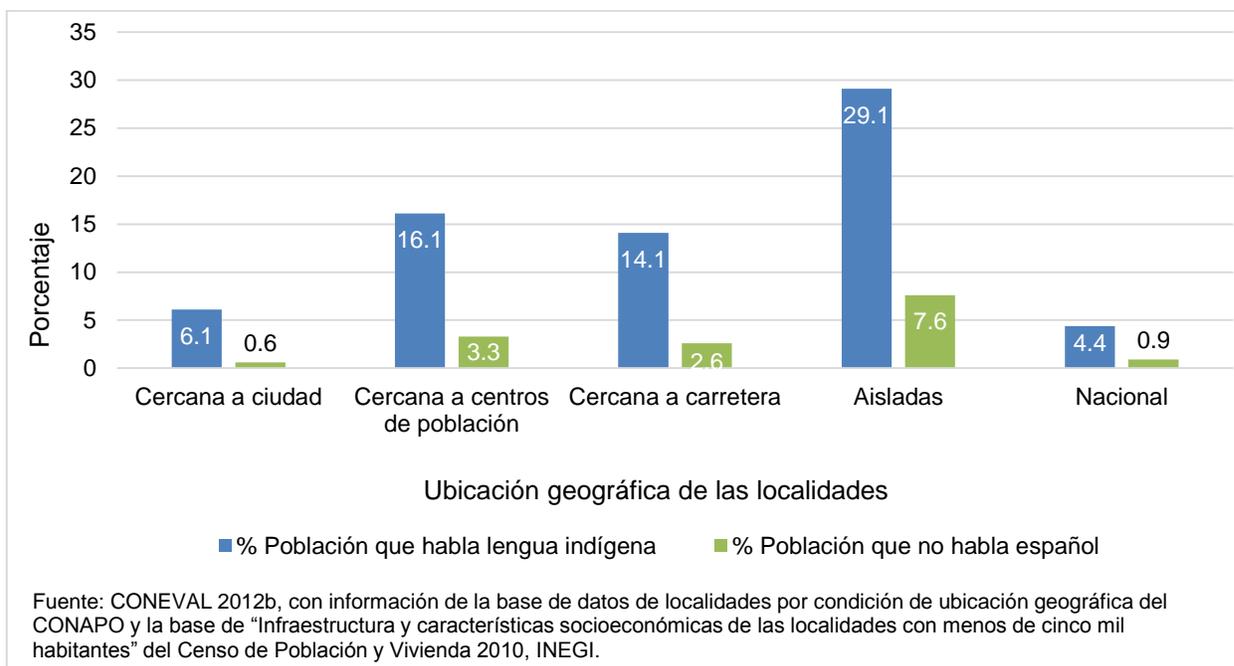
La población indígena es un grupo que ha mostrado, en general, mayores niveles de pobreza y rezago social, comparado con el resto de la población, y que es necesario atender por su condición de vulnerabilidad. El que hablen una lengua distinta al español representa una barrera cuando se trata de proveer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

En el ámbito nacional, en 2010, al menos 4.4 por ciento de la población mayor de tres años hablaba alguna lengua indígena y 0.9 por ciento sólo hablaba su lengua indígena y no el español (gráfica 42).<sup>63</sup> En las localidades aisladas, esos porcentajes eran de

<sup>63</sup> Este porcentaje no incluye a las 84,000 localidades con una y dos viviendas en las que viven 480,000 personas, debido a que, por el principio de confidencialidad, no se cuenta con información

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

**Gráfica 42. 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**



sociodemográfica; por lo tanto, el porcentaje de hablantes de lengua indígena pudiera ser ligeramente mayor.

**Cuadro 18. Localidades y población por ubicación geográfica y grado de presencia indígena, México, 2010**

Localidades rurales (menores a 2500 hab)							
Grado de presencia indígena	Cercana a ciudad	Cercana a centros de población	Cercana a carretera	Aisladas	Ciudades y centros de población	Total	Dist % aisladas
<b>LOCALIDADES</b>							
No disponible	17,401	6,680	27,874	32,829	3	<b>84,787</b>	<b>44.9%</b>
Escasa	16,215	6,213	28,606	26,832	3,044	<b>80,910</b>	<b>36.7%</b>
Moderada	1,427	778	2,280	2,674	282	<b>7,441</b>	<b>3.7%</b>
Predominante	466	371	1,126	1,647	112	<b>3,722</b>	<b>2.3%</b>
Indígenas	719	1,248	4,097	9,111	210	<b>15,385</b>	<b>12.5%</b>
<b>Total</b>	<b>36,228</b>	<b>15,290</b>	<b>63,983</b>	<b>73,093</b>	<b>3,651</b>	<b>192,245</b>	<b>100.0%</b>
<b>Distribución %</b>	<b>18.8%</b>	<b>8.0%</b>	<b>33.3%</b>	<b>38.0%</b>	<b>1.9%</b>	<b>100.0%</b>	
Proporción (Predominante e indígenas)/(Escasa y Moderada)	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>0.4</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	
<b>POBLACIÓN</b>							
No disponible	109,566	36,999	139,725	174,884	19,845	<b>481,019</b>	<b>2.6%</b>
Escasa	5,225,113	1,743,823	8,232,623	3,802,173	81,194,121	<b>100,197,853</b>	<b>56.5%</b>
Moderada	392,590	215,502	728,818	520,738	3,333,928	<b>5,191,576</b>	<b>7.7%</b>
Predominante	153,095	101,880	382,615	329,325	833,714	<b>1,800,629</b>	<b>4.9%</b>
Indígenas	210,307	325,085	1,319,247	1,905,020	905,802	<b>4,665,461</b>	<b>28.3%</b>
<b>Total</b>	<b>6,090,671</b>	<b>2,423,289</b>	<b>10,803,028</b>	<b>6,732,140</b>	<b>86,287,410</b>	<b>112,336,538</b>	<b>100.0%</b>
<b>Distribución %</b>	<b>5.4%</b>	<b>2.2%</b>	<b>9.6%</b>	<b>6.0%</b>	<b>76.8%</b>	<b>100.0%</b>	
Proporción (Predominante e indígenas)/(Escasa y Moderada)	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0.1</b>	

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

Criterios de grado de presencia indígena establecidos por el CONAPO:

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

En 2010 en el país había un total de 19,107 localidades donde habitan 6.5 millones de personas, y al menos 40 por ciento de sus habitantes hablan una lengua indígena (cuadro 18). Éstas representaban 9.9 por ciento de las localidades del país y casi 84 por ciento de ellas tenían menos de 500 habitantes. Estas cifras podrían ser mayores,

pues 44 por ciento son confidenciales, es decir, no cuentan con información sociodemográfica debido a que son de una y dos viviendas.

Por su parte, poco más de 80,000 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 periodo de 2000 a 2016 el gasto en salud como porcentaje del PIB pasó de 4.9 a 5.8.
- 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 periodo 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 por ciento entre 2012 y 2017, pasó de 456,307.5 millones a 686,129.9 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 por ciento 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 por ciento 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

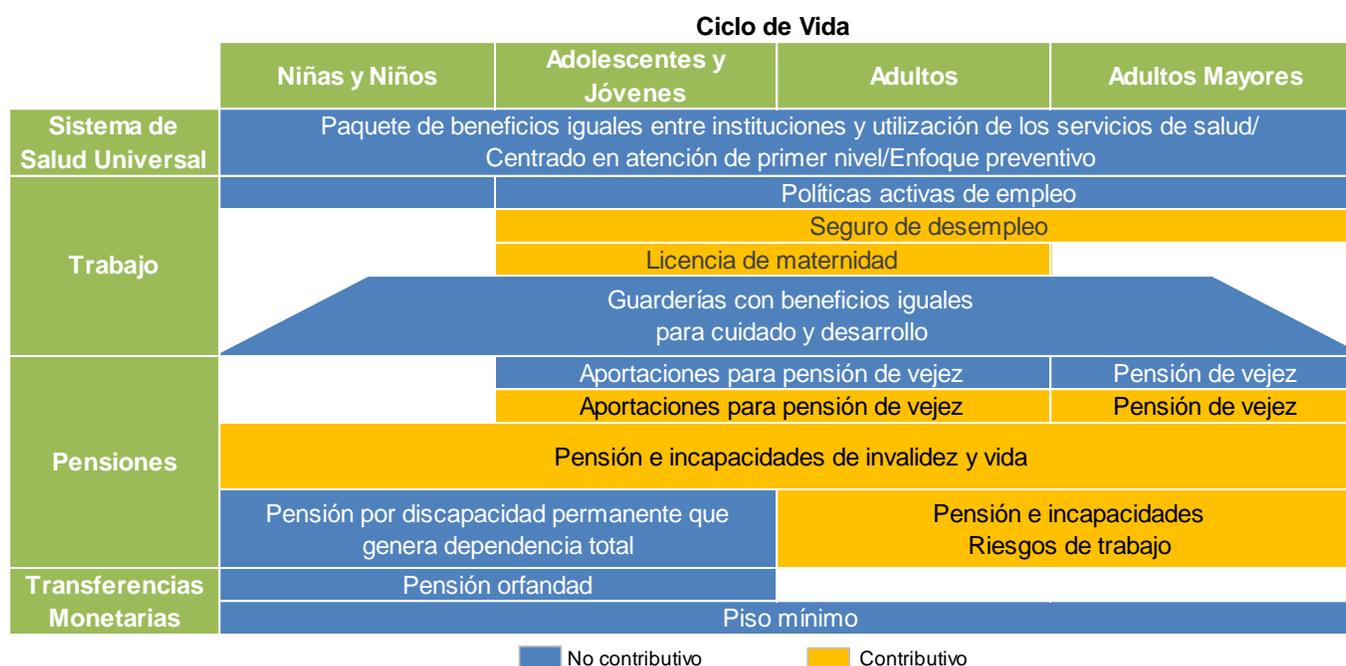
coyunturales en la capacidad de generar ingreso de los hogares, sino en el desarrollo de las capacidades de las personas para contribuir a la ruptura del círculo intergeneracional de la pobreza.

- 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 1 se sintetizaron los riesgos examinados en esta evaluación y que son los asociados a la salud, el trabajo, la vejez, la discapacidad y orfandad, así como a la insuficiencia de ingreso tanto para 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 5, que complementa la anterior y en la que se muestran propuestas generales para enfrentar dichos riesgos y constituirse en la base de un sistema de protección social que contribuya al ejercicio efectivo de los derechos sociales, esté integrado conceptual e institucionalmente, tenga cobertura para toda la población, y disponga de instrumentos para enfrentar tanto los riesgos de largo como de corto plazo, entre otras características.

**Figura 5. Recomendaciones generales de un sistema de protección social**



Fuente: CONEVAL, 2012b

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

El esquema considera instrumentos contributivos (financiados de manera prioritaria con aportaciones de los beneficiarios) y no contributivos (financiados con impuestos

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

Se pueden idear diversas formas de organización para poner en práctica las recomendaciones derivadas de la figura 5; 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.

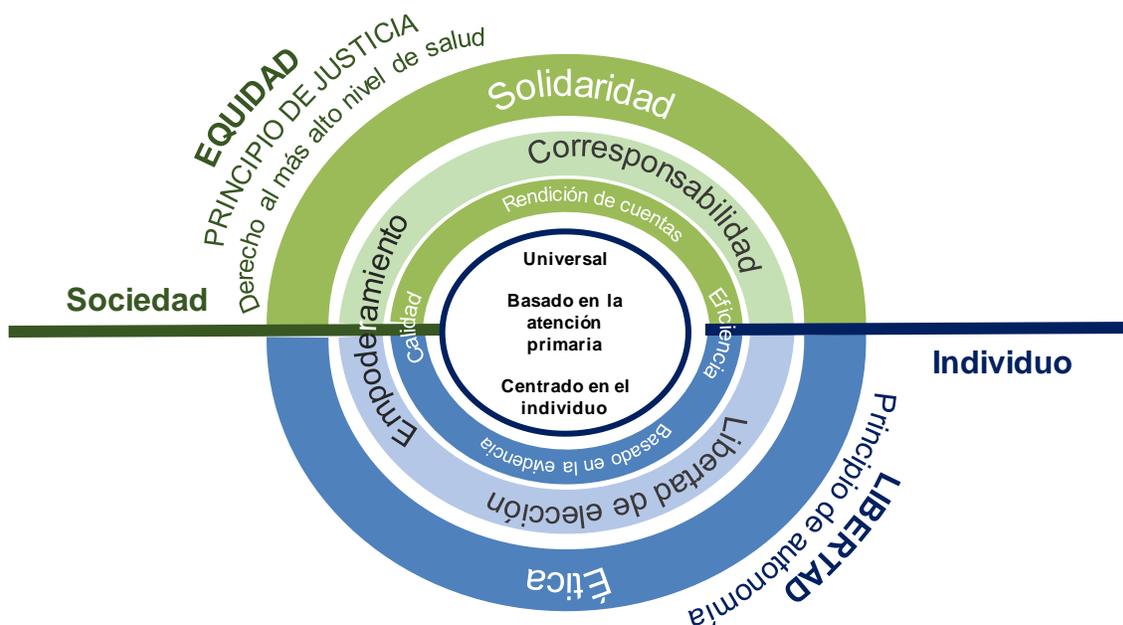
## **Salud**

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 6.

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.

**Figura 6. Valores y principios sugeridos para un sistema nacional de servicios de salud**



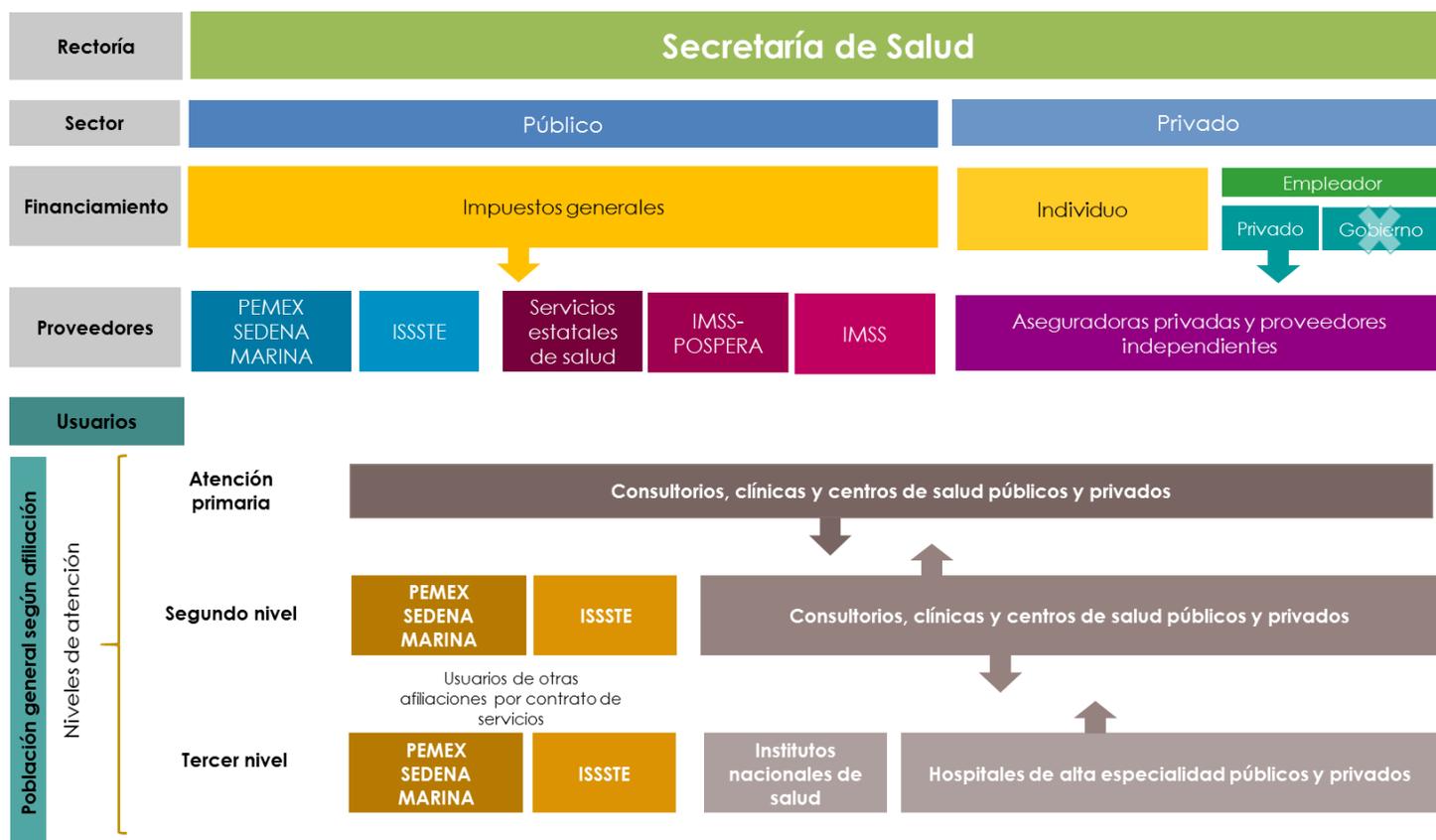
Fuente: CONEVAL 2012b

- 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 7; sin embargo, éste no es el único posible que cumple con el criterio de coherencia para mejorar el esquema general de salud.

**Figura 7. 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 por ciento. Los estados de Oaxaca, Veracruz, Puebla y Michoacán 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 por ciento 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,<sup>64</sup> 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 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 por ciento 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-

---

<sup>64</sup> Para más información, véase Levy, 2008.

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 periodos 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.

## Referencias bibliográficas

- Antón, A., F. Hernández y S. Levy (2012). *The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Antón Sarabia, Arturo; Hernández Trillo, Fausto (2017). *Reforma de la hacienda pública y de la seguridad social en México. Evolución reciente y factibilidad financiera*. Cuadernos de trabajo N° 005/2017. Centro de Estudios Espinosa Yglesias.
- Arce Cano, Gustavo (1944). *Los seguros sociales en México*. México, Ediciones Botas.
- Barrientos, A. y A. Shepherd (2003). *Chronic Poverty and Social Protection*. Presentado en la International Conference on Staying Poor: Chronic Poverty and Development Policy, University of Manchester, UK, 7-9 de abril.
- Barrientos, A. y D. Hulme (2009). *Social Protection for the Poor and Poorest in Developing Countries: Reflections on a Quiet Revolution*. Oxford Development Studies, vol. 37, núm. 4, pp. 439-456.
- Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY) (2018). *El México del 2018. Movilidad social para el bienestar*, México, Centro de Estudios Espinosa Yglesias.
- El México del 2012. *Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social*. México: CEEY. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2006). *Seguridad social*. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/seguridad\\_por\\_ciento20social.htm](http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/seguridad_por_ciento20social.htm).
- Cohen E. y Franco, R. (2006). *Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina. Similitudes y diferencias*, en R. Franco y E. Cohen (comps.). *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana* (pp. 21-84). México. FLACSO; México-SEDESOL.
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) (2011). *Informe sobre la seguridad social en América 2011: niños y seguridad social*. Recuperado de [http://www.ciss.org.mx/index\\_es.php?mod=informe](http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2008). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras 2009-2010*. México: CONEVAL.
- \_\_\_\_\_ (2012a). *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres*

- embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. México, D.F. Recuperado de [http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME\\_MORTALIDAD\\_MATERNA.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2012b). Evaluación Estratégica de Protección Social en México. México, DF. Recuperado de [http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion\\_Estrategica\\_de\\_Proteccion\\_Social\\_en\\_Mexico.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2012c). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012. México: CONEVAL.
- \_\_\_\_\_ (2018). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018. Ciudad de México, Recuperado de: [http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS\\_2018.pdf](http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS_2018.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2013a). Ficha de Monitoreo 2013 del Seguro de Vida para Jefas de Familia. Recuperado de [http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha\\_Monitoreo\\_Evaluacion\\_2013/SEDESOL/20\\_S241.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_Evaluacion_2013/SEDESOL/20_S241.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2017a). Ficha de Monitoreo 2016-2017 del Seguro de Vida para Jefas de Familia. Recuperado de [http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2016\\_2017/FMyE\\_20\\_S241.pdf](http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_20_S241.pdf)
- Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos (1917). Recuperado de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_150917.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf)
- De Haan, A. y S. Conlin (2001). Poverty and Social Protection: DFID Approach. Recuperado de <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fci.ist.psu.edu%2Fviewdoc%2Fdownload%3Bjsessionid%3DA1C6121C678F394FDB70583A8551EBAF%3Fdoi%3D10.1.1.199.9039%26rep%3Drep1%26type%3Dpdf&ei=y2QULEcDYiOrAHTHiGoCw&usg=AFQjCNGjSYS7ICXqsbSewyXwN3R5CQWIV-A&sig2=Oh3RY4d3gDBtZcNYUXpAPQ>
- De Oliveira, O., M. Ariza y M. Eternod (2001). La fuerza de trabajo en México: un siglo de cambios, en J. Gómez de León Cruces y C. Rabell Romero (coords.). La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI (pp. 873-923). México: Consejo Nacional de Población/Fondo de Cultura Económica.

- Esquivel, Gerardo; Ordaz-Díaz, Juan Luis. ¿Es la política social una causa de la informalidad en México? *Revista Ensayos*, Universidad Autónoma de Nuevo León, Vol. XXVII, no.1, mayo, 2008, pp. 1-32
- González de la Rocha, M. y A. Escobar Latapí (1990). Crisis y adaptación: hogares de Guadalajara, en *Memorias de Tercera Reunión Nacional de la Investigación Demográfica*. México: Siglo XXI/SOMEDE.
- Guhan, S. (1994). Social Security Options for Developing Countries. *International Labour Review*, vol. 133, núm 1.
- Hall, A. (2007). Social Policies in the World Bank: Paradigms and Challenges. *Global Social Policy*, vol. 7, núm. 2, pp. 151-175.
- Holzmann, R. y S. Jorgensen (2000). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social. Washington: Banco Mundial.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010a). Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del cuestionario básico. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.
- \_\_\_\_\_ (2010b). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/default.aspx>
- \_\_\_\_\_ (2012). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/Default.aspx>.
- \_\_\_\_\_ (s.f.). Glosario, en Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2011). Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud en los Servicios Estatales de Salud. Cuernavaca: INSP. Recuperado de [http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc\\_07.pdf](http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf).
- International Labour Organization (ILO) (1984). *Into the Twenty-First Century: The Development of Social Security*. Génova: International Labour Organization.
- Justino, P. (2003). *Social Security in Developing Countries: Myth or Necessity? Evidence from India*. Working Paper 20. Sussex: Poverty Research Unit at Sussex. Recuperado de <http://www.sussex.ac.uk/Units/PRU/wps/wp20.pdf>.

- Kabeer, N. (2002). Safety Nets and Opportunity Ladders: Addressing Vulnerability and Enhancing Productivity in South Asia. Working Paper 159. Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex.
- Levy, S. (2008). Good Intentions, Bad Outcomes: Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico. Washington: The Brookings Institution.
- Ley del Seguro Social (1995). Última reforma 12 de noviembre de 2015. Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo9056.pdf>
- Ley Federal del Trabajo (1970). Última actualización 12 de junio de 2015. Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo9059.pdf>
- Lund, F. y S. Srinivas (1999). Learning from Experience: A Gendered Approach to Social Protection for Workers in the Informal Economy. Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de <http://previous.wiego.org/papers/lund.pdf>
- Montes de Oca, V. (1998). Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México, en Hernández y Menckes (coords.). La población de México al final del siglo XX (V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México) (pp. 485-500), vol. I. México: SOMEDE/CRIM/UNAM.
- Naciones Unidas (2000). Enhancing social protection and reducing vulnerability in a globalizing world. Report of the Secretary General to the Thirty-ninth Session E/CN.5/2001/2. Washington DC: United Nations Economic and Social Council.
- Norton, A. y S. Conlin (2000). Globalisation Processes and the Implications for the Development of Global Responses in the Field of Social Policy. Recuperado de [http://cloud1.gdnet.org/~research\\_papers/Globalisation%20processes%20and%20the%20implications%20for%20the%20development%20of%20global%20responses%20in%20the%20field%20of%20social%20policy](http://cloud1.gdnet.org/~research_papers/Globalisation%20processes%20and%20the%20implications%20for%20the%20development%20of%20global%20responses%20in%20the%20field%20of%20social%20policy)
- Norton, A., T. Conway y M. Foster (2001). Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in International Development. ODI Working Paper 143. Londres: Overseas Development Institute. Recuperado de <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publicationsopinion-files/2999.pdf>
- Pérez-Cuevas, R. y cols. (2012). Evaluating Quality of Care for Patients with Type 2 Diabetes Using Electronic Health Record Informatics in Mexico. BMC Medical Informatics and Decision Making, núm. 12, p. 50.
- Reglas de Operación del Programa Pensión para Adultos Mayores para el ejercicio fiscal 2017 (2016). Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5467903&fecha=28/12/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5467903&fecha=28/12/2016)

- Robles Silva, L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Revista Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 48, pp. 561-584.
- Robles Silva, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Van Ginneken, W. (2003). *Extending Social Security: Policies for Developing Countries*, en *Extension of Social Security*, paper 13. Recuperado de [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=673121](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=673121).

## Referencias estadísticas

- Castañón Ibarra, V. y Ferreira Blando, O. F. (2017). Densidades de Cotización en el Sistema de Ahorro para el Retiro en México. En, *Boletín Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos*, volumen LXIII número 3, Ciudad de México, pp. 211-233. Recuperado de [http://www.cemla.org/PDF/boletin/PUB\\_BOL\\_LXIII-03.pdf](http://www.cemla.org/PDF/boletin/PUB_BOL_LXIII-03.pdf)
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2018). *Afiliados al Seguro Popular exentos de pago de la prima*. Registro administrativo proporcionado por la dependencia el 26 de marzo.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CON SAR) (2017). *Informe trimestral al H. Congreso de la Unión sobre la situación del SAR: octubre-noviembre-diciembre 2017*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/300197/Informe\\_Congreso\\_4\\_T2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/300197/Informe_Congreso_4_T2017.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2009). *Metodología para la Medición Multidimensional de la Pobreza en México*. México: CONEVAL.
- \_\_\_\_\_ (2017a). *Ficha de Monitoreo 2016-2017 del Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras*. Ciudad de México. Recuperado de [https://coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2016\\_2017/FMyE\\_20\\_S174.pdf](https://coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_20_S174.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2017b). *Ficha de Monitoreo 2016-2017 del programa Servicios de Guardería*. Ciudad de México. Recuperado de [https://coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2016\\_2017/FMyE\\_50\\_E007.pdf](https://coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_50_E007.pdf)

- \_\_\_\_\_ (s.f.-a). Inventarios CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010-2016. Recuperados de <https://coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>
- \_\_\_\_\_ (2014). Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010-2016. Recuperado de [https://coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Documents/Archivos\\_Estados/INVENTARIO\\_ESTATAL\\_CONEVAL\\_2014.zip](https://coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Documents/Archivos_Estados/INVENTARIO_ESTATAL_CONEVAL_2014.zip)
- \_\_\_\_\_ (2017c). Listado de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2017. Recuperado de [https://coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Documents/Inventarios\\_Anteriores/Listado\\_2017.zip](https://coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Documents/Inventarios_Anteriores/Listado_2017.zip)
- \_\_\_\_\_ (2013b). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 del Seguro Médico Siglo XXI. Recuperado de [https://coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas\\_Desempeno2012/SALUD/12\\_S201/12\\_S201\\_Completo.pdf](https://coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_S201/12_S201_Completo.pdf)
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2015). Datos abiertos del índice de marginación. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos\\_Abiertos\\_del\\_Indice\\_de\\_Marginacion](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (s.f.). Anuarios Estadísticos. Recuperados de <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2016a). Glosario de términos del Capítulo I. Asegurados, de la Memoria Estadística 2016. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2016>
- \_\_\_\_\_ (2016b). 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. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/21-InformeCompleto.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2017a). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20162017/21-InformeCompleto.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2017b). Informe de Labores y Programa de Actividades 2016-2017. México. Recuperado de \_\_\_\_\_

[http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2017/2017\\_informe\\_labor\\_es\\_actividades.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2017/2017_informe_labor_es_actividades.pdf)

\_\_\_\_\_ (2018a). Aportaciones Obrero-Patronales y del Gobierno Federal al Seguro de Enfermedades y Maternidad 2016-2018. Registro Administrativo proporcionado por la dependencia el 23 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_ (2018b). Características de los pensionados y trabajadores con incapacidad temporal. Registro Administrativo proporcionado por la dependencia el 28 de marzo de 2018.

\_\_\_\_\_ (s.f.). Estadísticas e Informes del IMSS. Recuperados de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (1970). Censo General de Población 1970. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1970/>

\_\_\_\_\_ (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del cuestionario básico. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.

\_\_\_\_\_ (2015). Tabulados Básicos de la Encuesta Intercensal 2015. Recuperados de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

\_\_\_\_\_ (2016). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016. Recuperada de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/nc/2016/>

\_\_\_\_\_ (2016). Modelo Estadístico 2016 para la continuidad del MCS-ENIGH. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/investigacion/eash/2016/>

\_\_\_\_\_ (s.f.-a). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Recuperada de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/Default.aspx>.

\_\_\_\_\_ (s.f.-b). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH) 2008-2014. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/modulos/mcs/2014/>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2018). Monto de las aportaciones del Gobierno Federal destinadas a servicios de salud. Registro administrativo proporcionado por la dependencia el 3 de abril.

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) (2018). Monto de las aportaciones del Gobierno Federal destinadas a servicios de

salud. Registro Administrativo proporcionado por la dependencia el 27 de marzo.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. Recuperado de [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos\\_2016/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)

Ley del sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (16 de abril de 2008). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2018. Recuperada de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LSNIEG\\_190118.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LSNIEG_190118.pdf)

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2015a). Health expenditure and financing. Recuperado de <http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>

\_\_\_\_\_ (s.f.). Featured Charts. Recuperado de <https://data.oecd.org/>

\_\_\_\_\_ (2017). Unemployment rate. Recuperado de <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm#indicator-chart>

\_\_\_\_\_ (2015). Public spending on labour markets. Recuperado de <https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-labour-markets.htm>

Presidencia de la República (2017). Anexo Estadístico del Quinto Informe de Gobierno 2016-2017. Recuperado de [http://framework-gb.cdn.gob.mx/quintoinforme/5IG\\_ANEXO\\_FINAL\\_TGM\\_250818.pdf](http://framework-gb.cdn.gob.mx/quintoinforme/5IG_ANEXO_FINAL_TGM_250818.pdf)

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2008). 4to Informe Trimestral 2008: Programas de Subsidios del Ramo Administrativo 20.- Desarrollo Social. Recuperado de [http://www.SEDESOL.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/Cuarto\\_Informe\\_Trimestral\\_2008.pdf](http://www.SEDESOL.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/Cuarto_Informe_Trimestral_2008.pdf)

\_\_\_\_\_ (2017). 4to Informe Trimestral 2017: Programas de Subsidios del Ramo Administrativo 20.- Desarrollo Social. Recuperado de [http://www.SEDESOL.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/Cuarto\\_Informe\\_Trimestral\\_2017.pdf](http://www.SEDESOL.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/Cuarto_Informe_Trimestral_2017.pdf)

Secretaría de Educación Pública (SEP) (s.f.). Serie Histórica y Pronósticos de la Estadística del Sistema Educativo Nacional, Sistema Nacional de Información Estadística Educativa. Recuperado de <http://www.snie.sep.gob.mx/Estadistica.html>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2017). Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF\\_2017.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2017.pdf)

Secretaría de Salud (SSA) (2016). Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016, Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño, México. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf)

\_\_\_\_\_ (s.f.-a). Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal. Dirección General de Información en Salud. Recuperado de <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/cuentas.html>

\_\_\_\_\_ (s.f.-b). Cubos dinámicos. Dirección General de Información en Salud. Recuperado de [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html)

\_\_\_\_\_ (s.f.-c). Gasto en Salud, por Fuente de Financiamiento y Entidad Federativa, 1990-2015. Dirección General de Información en Salud. Recuperado de [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud_gobmx.html)

Servicio Nacional de Empleo (SNE) (s.f.). Acciones de vinculación laboral. Recuperado de <https://www.empleo.gob.mx/sne/acciones-vinculacion-laboral>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (2017). Informe de Actividades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia correspondiente al período enero-septiembre de 2017.