

LA CARENCIA POR ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL: EVOLUCIÓN 2010-2016 Y APUNTES SOBRE LA POBLACIÓN OCUPADA SUBORDINADA

Introducción

La Ley General de Desarrollo Social (LGDS), promulgada en 2004, atribuye al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) la responsabilidad de establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

El artículo 36 de la LGDS estableció que la medición de la pobreza debe considerar, al menos, los siguientes indicadores para su definición: i) ingreso corriente per cápita; ii) rezago educativo promedio en el hogar; iii) acceso a los servicios de salud; iv) acceso a la seguridad social; v) calidad y espacios de la vivienda; vi) acceso a los servicios básicos en la vivienda; vii) acceso a la alimentación; y, viii) grado de cohesión social¹.

El mismo artículo 36 de la LGDS dicta que para la medición de la pobreza el CONEVAL deberá utilizar información que genere el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). El artículo 37 especifica que deberá llevarse a cabo con una periodicidad mínima bienal para cada entidad federativa, y con información desagregada a nivel municipal cada cinco años. El Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) desarrollado de manera conjunta entre el CONEVAL y el INEGI, y levantado por el Instituto desde 2008, ha sido la fuente primordial para la medición de la pobreza en México.

Tras un amplio proceso de investigación llevado a cabo por el CONEVAL de 2006 a 2009 para definir la metodología de medición multidimensional de la pobreza, los *Lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza*, con la *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* como su anexo único, fueron publicados por el Consejo en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2010. Se determinó que dicha

¹ El 7 de noviembre de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la reforma al artículo 36 que adicionó la fracción ix) grado de accesibilidad a carretera pavimentada. El 1° de julio de 2016 se publicó en el DOF la reforma a la fracción vii) para incorporar a la alimentación el carácter de nutritiva y de calidad.

metodología debía mantenerse fija por lo menos durante diez años, con el propósito de disponer de información que permitiera registrar la evolución de la pobreza a lo largo del tiempo. Bajo el marco normativo descrito y desde un enfoque de derechos humanos, el CONEVAL ha generado estimaciones de pobreza multidimensional en México desde 2008.

La Metodología define a la seguridad social como el conjunto de mecanismos diseñados para garantizar los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades, como accidentes o enfermedades, o ante circunstancias socialmente reconocidas, como la vejez y el embarazo.

En este documento se revisa la evolución del acceso a la seguridad social de 2010 a 2016 en el marco de la medición multidimensional de la pobreza, y se presentan algunos apuntes sobre la seguridad social de la población ocupada subordinada en México.

Los datos provienen del MCS-ENIGH de los años 2010, 2012 y 2014, y del Modelo Estadístico 2016 para la continuidad del MCS-ENIGH (MEC 2016 del MCS-ENIGH), todas ellas fuentes de información generadas por el INEGI.

El acceso a la seguridad social en la medición multidimensional de la pobreza

El derecho a la seguridad social se encuentra consagrado en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, relativo al trabajo, dentro del cual se definen coberturas sociales mínimas que deben otorgarse a los trabajadores y sus familiares. La Ley del Seguro Social (LSS), de utilidad pública para los trabajadores del apartado A², establece que la finalidad de la seguridad social es 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. Esta ley señala dos regímenes para el acceso a la seguridad social: el obligatorio y el voluntario, así como un sub-régimen de inscripción voluntaria al régimen

² Obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y, de manera general, aplicable a todo contrato de trabajo. Las disposiciones en materia de seguridad social del apartado A del artículo 123 constitucional son aplicables en general a la población ocupada no comprendida en el apartado B.

obligatorio. Por su parte, la población comprendida en el apartado B³ cuenta con esquemas similares a los del apartado A, instituidos en la misma Constitución y en las leyes específicas a las que se sujetan (por ejemplo, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Este reconocimiento del derecho está alineado con marcos normativos internacionales en la materia, así como con los compromisos adquiridos por el Estado al ratificar los distintos tratados sobre derechos humanos, compromisos que adquirieron renovada relevancia en el año 2011 con la Reforma Constitucional en Materia de Derechos Humanos.

En el contexto de la medición de la pobreza, se reconoce que el acceso a la seguridad social de los distintos miembros de los hogares depende de un subconjunto de sus integrantes; en específico, de quienes cotizan o disfrutan de los beneficios de haber cotizado anteriormente. Los miembros que no cumplen con esta condición pueden tener acceso a la seguridad social a través de las redes de parentesco definidas por la ley u otros mecanismos previstos en ella, como el acceso voluntario al régimen obligatorio y la inscripción a un sistema de ahorro para el retiro (SAR o Afore).

Existen otros mecanismos de acceso a los beneficios de la seguridad social, en especial a los programas de pensiones no contributivas para población de sesenta y cinco años o más, que en cierta medida, contribuyen a asegurar los medios de subsistencia de la población. Por lo anterior, se considera que la población beneficiaria de programas de apoyos para adultos mayores dispone de acceso.

La carencia por acceso a la seguridad social

A partir de las consideraciones previas, es posible identificar a la población con carencia por acceso a la seguridad social de acuerdo con los siguientes criterios:

- Para la población económicamente activa asalariada subordinada, se considera que no tiene carencia en esta dimensión si tiene acceso directo a la seguridad social, es decir, disfruta por

³ Aquella población trabajadora al servicio de los Poderes de la Unión o del Gobierno del Distrito Federal (hoy Ciudad de México).

parte de su trabajo de las prestaciones establecidas en el artículo 2° de la LSS (o sus equivalentes en las legislaciones aplicables al apartado B del artículo 123 constitucional).

- Para la población ocupada no asalariada o independiente, se considera que tiene acceso a la seguridad social cuando dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además, cuenta con SAR o Afore.
- Si algún familiar de una persona corresidente o no de su hogar que cuenta con acceso directo a la seguridad social se le puede otorgar bajo la normatividad vigente⁴.
- La población que goza de alguna jubilación o pensión se considera con acceso a la seguridad social.
- En el caso de la población en edad de retiro (65 años o más) también se considera que tiene acceso a la seguridad social si es beneficiaria de algún programa social de pensiones para adultos mayores.
- La población que no cumpla con alguno de los criterios mencionados se considera en situación de carencia por acceso a la seguridad social.

El acceso a la seguridad social de la población ocupada subordinada

Para operacionalizar el acceso a la seguridad social por medio de su trabajo de la población ocupada subordinada a partir del MCS-ENIGH, el CONEVAL identifica como población ocupada a las personas de 16 años o más de edad y que declaran haber desempeñado un trabajo remunerado. De esta población ocupada, el CONEVAL considera que se encuentran en condición subordinada aquellas personas que tienen un jefe(a) o supervisor(a) en la actividad desempeñada. Finalmente, de este último subconjunto se identifica como población ocupada

⁴ Una persona con seguridad social directa puede derivar el acceso a la seguridad social a su cónyuge, ascendientes o descendientes. De manera más específica, se consideran con acceso a la seguridad social a los familiares de primer grado de trabajadores y jubilados con acceso directo a la seguridad social y que de acuerdo a la norma puedan disfrutar del esquema de aseguramiento del titular (cónyuge; padre o madre que sean dependientes económicos; hijos(as) menores de 16 años de edad e hijos(as) con edades entre 16 y 25 años que cursen algún nivel del sistema educativo).

subordinada con acceso directo a la seguridad social a aquellos(as) trabajadores que declaran contar con las siguientes tres prestaciones laborales:

- (i) el acceso a servicios médicos en alguna institución pública de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, ISSFAM o Pemex);
- (ii) licencia o incapacidad laboral con goce de sueldo (por enfermedad, accidente o maternidad);
- y,
- (iii) estar cotizando en un sistema de ahorro para el retiro (SAR o AFORE).

A partir de la declaración por parte de la población ocupada subordinada de estas tres condiciones se identifica el acceso directo a la seguridad social para esta población⁵. Así, se considera que *no dispone de acceso directo a la seguridad social* la población trabajadora subordinada⁶ que no tiene o no declara tener alguna de las tres prestaciones laborales antes enunciadas.

*Sobre la importancia para el CONEVAL del conocimiento para
el ejercicio efectivo del derecho a la seguridad social*

Desde el enfoque de derechos humanos en el que se sustenta la metodología de medición de la pobreza, el conocimiento de la población de sus derechos es crucial para su ejercicio pleno. En particular, el conocimiento y reconocimiento del derecho a la seguridad social es importante, tanto en sí mismo como en la medida que puede afectar el comportamiento actual y futuro de las y los trabajadores, y mermar su nivel de vida y el de sus familias.

En la práctica, el desconocimiento de los derechos puede impedir a la población operar con certezas sobre sus aseguramientos ante potenciales riesgos y eventualidades. Es por ello que en el caso de la población ocupada, para el CONEVAL ha sido fundamental obtener la información sobre sus prestaciones laborales a partir de la declaración de las personas entrevistadas en el MCS-ENIGH, ya que dicha declaración es un reflejo del conocimiento de su derecho a la seguridad social y el principio de sus posibilidades para exigirlo al Estado y ejercerlo.

⁵ El detalle sobre lo que se entiende por acceso directo de las y los trabajadores a la seguridad social y el acceso derivado a sus beneficiarios puede consultarse en el Anexo 1.

⁶ Como se explicó anteriormente, se refiere a personas de 16 años o más de edad que declaran haber desempeñado un trabajo remunerado y que afirman tener un jefe(a) o supervisor(a) en la actividad desempeñada.

Evolución de la carencia por acceso a la seguridad social, 2010-2016

A nivel nacional, desde la publicación de la primera medición de pobreza multidimensional en el año 2009, la carencia por acceso a la seguridad social ha sido la que ha registrado los niveles más altos de las seis carencias sociales que forman parte de la medición (Cuadro 1). De 2010 a 2014, alrededor de 60 por ciento de la población mexicana se encontraba en situación de carencia por acceso a la seguridad social, lo que equivalía a que cerca de 70 millones de personas declararon encontrarse fuera de los distintos esquemas de seguridad social descritos por el CONEVAL para la construcción de esta carencia.

Cuadro 1

Porcentaje y número de personas por indicador de carencia social, 2010-2016

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos							
	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Indicadores de carencia social								
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	17.4	23.7	22.6	22.4	21.3
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	15.5	33.5	25.3	21.8	19.1
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	55.8	69.6	71.8	70.1	68.4
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	15.2	13.6	12.3	12.0	17.4	15.9	14.8	14.8
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	21.2	19.3	26.3	24.9	25.4	23.7
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	23.4	20.1	28.4	27.4	28.0	24.6

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

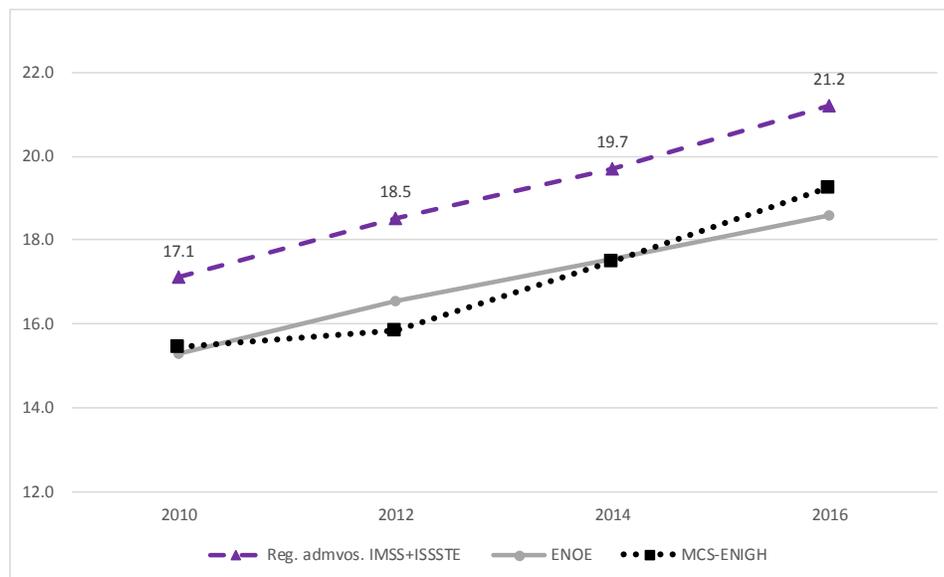
No obstante, ha habido una disminución paulatina de la carencia por acceso a la seguridad social. En 2010, cerca del 61 por ciento de la población del país presentaba carencia por acceso a la seguridad social, mientras que en 2016 esta cifra remontó alrededor de cinco puntos porcentuales, al situarse en 55.8 por ciento. De 2014 a 2016 la carencia se redujo 2.7 puntos porcentuales, lo que equivale aproximadamente a 1.7 millones de personas menos con esa carencia⁷.

La reducción de la carencia por acceso a la seguridad social está asociada primordialmente al crecimiento de la ocupación y del empleo formal. De 2010 a 2016, la tendencia en la afiliación

⁷ Los detalles técnicos sobre la estimación para 2016 de la carencia por seguridad social se proporcionan en el Anexo 2.

por prestación laboral a los servicios de salud de las instituciones de seguridad social, estimada a través del MCS-ENIGH y el MEC 2016 del MCS-ENIGH, ha ido en sintonía con el crecimiento de la formalidad en el empleo reportada a través de los registros administrativos (Gráfica 1). Si bien no en cuanto al nivel, sí en términos de tendencia, la suma de los registros administrativos del IMSS y el ISSSTE ha mostrado el mismo patrón evolutivo que las estimaciones obtenidas de la población ocupada subordinada con acceso a servicios médicos por prestación laboral obtenidas con el MCS-ENIGH en los distintos años, mismas que son consistentes con las cifras provenientes de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE).

Gráfica 1
Población ocupada subordinada afiliada al IMSS o al ISSSTE
como prestación laboral según fuente, 2010-2016
(millones de personas)



Fuentes: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.
IMSS. Consulta Dinámica de Información (cubos). Consultado el 10/ago/2017 en:
<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>. Cálculos propios, promedio del total de asegurados en el periodo julio a septiembre.
INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cálculos propios, trimestre III.
ISSSTE. Anuario Estadístico 2016. Cifra anual de trabajadores asegurados. Cálculos propios.

Un comportamiento similar ocurre si se circunscribe el análisis sólo al IMSS; de 2010 a 2016 la ENOE y el MCS-ENIGH / MEC 2016 MCS-ENIGH tuvieron un crecimiento de alrededor de 28 por ciento (26.8 y 29 por ciento, respectivamente) en el total de trabajadores que declararon tener acceso a servicios médicos en el Instituto por prestación laboral, porcentaje que coincide con el aumento observado en los respectivos registros administrativos. Estos resultados tienen sentido si se parte del hecho que más de cuatro de cada cinco trabajadores subordinados con acceso a servicios de salud como prestación laboral, se encuentran asegurados en el IMSS.

Además del crecimiento de empleos formales como detonador de la reducción de la carencia por acceso a la seguridad social, también ha habido esfuerzos de expansión y fortalecimiento del sistema de protección social en México, así como acciones de comunicación social por parte de las instituciones de seguridad social para dar a conocer a titulares y sus beneficiarios cómo se traduce su derecho a la seguridad social, lo que posiblemente ha incrementado su reconocimiento y declaración.

De 2010 a 2016, la evolución de la carencia por acceso a la seguridad social ha sido heterogénea entre las entidades federativas (Cuadro 2), aunque en este periodo en 31 de las 32 entidades se redujo la carencia. No obstante, de 2014 a 2016, salvo en cuatro de las entidades federativas (Ciudad de México, Hidalgo, Nayarit y Nuevo León), la carencia se redujo en todo el país. En 2016 doce entidades registraron una incidencia de la carencia superior a la cifra nacional, entre ellas destacan Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca. Esto es, en esas entidades se registraron los porcentajes más altos de población que no cuenta o declara no tener acceso a la seguridad social bajo ninguno de los criterios de seguridad social que definen esta carencia.

Cuadro 2

Carencia por acceso a la seguridad social, según entidad federativa, 2010-2016

Entidad federativa	Carencia por acceso a la seguridad social							
	Porcentaje				Miles de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Aguascalientes	49.3	47.6	43.2	40.4	590.2	589.8	550.2	529.4
Baja California	54.7	55.7	51.8	43.0	1,768.3	1,862.7	1,785.6	1,525.5
Baja California Sur	45.9	43.5	46.6	40.0	300.8	305.4	348.6	317.2
Campeche	60.0	61.0	60.1	59.0	505.0	530.1	539.5	545.8
Coahuila	34.3	34.3	34.2	30.6	957.1	982.5	1,004.0	919.0
Colima	55.8	50.8	51.9	47.7	370.1	349.9	370.2	352.9
Chiapas	82.4	83.3	82.8	81.1	4,057.8	4,217.8	4,301.4	4,328.4
Chihuahua	48.4	48.4	43.4	40.5	1,710.9	1,747.9	1,595.8	1,523.1
Ciudad de México	52.4	52.5	46.3	47.0	4,656.6	4,660.2	4,081.8	4,150.2
Durango	58.7	57.9	51.3	49.0	983.0	993.7	897.7	876.6
Guanajuato	65.7	62.1	57.9	54.5	3,663.3	3,527.0	3,334.5	3,203.2
Guerrero	78.5	78.5	78.1	73.9	2,706.5	2,752.7	2,772.7	2,657.5
Hidalgo	71.8	71.3	68.9	72.1	1,940.8	1,981.4	1,963.9	2,106.1
Jalisco	55.4	53.5	49.6	49.1	4,134.5	4,102.8	3,896.9	3,952.3
México	59.0	64.8	60.6	55.5	9,235.5	10,468.5	10,108.6	9,535.1
Michoacán	72.2	71.6	71.3	68.9	3,200.9	3,225.6	3,258.0	3,193.2
Morelos	64.6	64.4	66.2	62.1	1,168.3	1,194.8	1,258.4	1,211.2
Nayarit	61.7	62.6	54.4	55.8	688.5	727.1	656.0	698.8
Nuevo León	37.2	37.0	33.4	33.6	1,759.4	1,802.7	1,679.1	1,742.0
Oaxaca	79.4	75.7	77.9	77.9	3,077.7	2,975.0	3,107.9	3,151.7
Puebla	72.3	77.1	75.2	69.2	4,250.5	4,637.6	4,610.1	4,340.1
Querétaro	60.6	56.7	54.3	48.4	1,122.5	1,087.3	1,073.8	989.4
Quintana Roo	53.8	54.9	51.5	49.0	732.5	796.9	793.5	799.9
San Luis Potosí	57.3	61.6	59.1	55.6	1,503.9	1,650.2	1,611.0	1,549.5
Sinaloa	53.6	52.7	49.3	44.7	1,533.1	1,534.2	1,462.5	1,349.2
Sonora	46.2	46.8	41.8	41.2	1,260.8	1,319.8	1,213.3	1,229.4
Tabasco	73.3	71.2	72.7	67.0	1,657.0	1,646.1	1,716.7	1,618.1
Tamaulipas	51.1	50.6	45.5	42.3	1,708.0	1,735.5	1,597.3	1,520.9
Tlaxcala	70.8	70.8	71.5	66.2	844.5	870.5	903.7	861.5
Veracruz	69.2	68.5	68.5	68.0	5,348.1	5,386.9	5,469.2	5,524.2
Yucatán	56.9	58.8	54.4	54.2	1,127.9	1,199.2	1,137.4	1,166.9
Zacatecas	66.6	62.9	63.4	60.4	1,007.0	970.1	992.4	962.4
Estados Unidos Mexicanos	60.7	61.2	58.5	55.8	69,571.1	71,832.2	70,091.5	68,430.7

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

De acuerdo con los criterios definidos arriba para identificar a la población con carencia por acceso a la seguridad social, se puede estimar la carencia por acceso a la seguridad social entre la población ocupada, la población no económicamente activa y la población de 65 años o más (Cuadro 3).

El porcentaje de la carencia por acceso a la seguridad social para estos grupos de población observó una reducción en 2014 con respecto a 2010-2012, misma que se acentuó en 2016. La disminución más notable ocurrió entre la población adulta mayor, cuya incidencia se redujo en 2016 (14.4 por ciento) a la mitad del nivel registrado en 2010 (28.8 por ciento). El acceso a la seguridad social entre esta población puede darse a través de distintos mecanismos: pensión, jubilación, acceso directo por su trabajo y/o afiliación al programa de adultos mayores.

Cuadro 3

Porcentaje y número de personas en los componentes del indicador de carencia por acceso a la seguridad social, 2010-2016

Indicadores	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Carencia por acceso a la seguridad social								
Población ocupada sin acceso a la seguridad social	62.2	63.1	60.4	57.4	28.3	31.2	30.4	32.2
Población no económicamente activa sin acceso a la seguridad social	52.6	51.2	49.1	45.6	15.9	15.5	15.4	13.2
Población de 65 años o más sin acceso a la seguridad social	28.8	26.5	17.2	14.4	2.2	2.3	1.6	1.4

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Evolución del acceso directo a seguridad social de la población ocupada subordinada, 2010-2016

El panorama en cuanto al acceso a la seguridad social entre la población ocupada subordinada es de particular interés, en tanto que la relación patronal a través del empleo formal constituye el mecanismo central de acceso directo a este derecho social.

Una persona en condición de trabajo subordinado se considera que tiene carencia por acceso a la seguridad social si no cuenta con acceso a ésta por su trabajo⁸, y –además– no se encuentra en alguna de las situaciones previstas por los otros criterios arriba enunciados.

Cuadro 4

Porcentaje y número de personas ocupadas subordinadas con carencia por acceso a la seguridad social, 2010-2016

Indicador	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Con carencia por acceso a la seguridad social*	58.4	59.7	57.3	54.0	20.7	22.8	22.8	23.7
Total de trabajadores subordinados	100.0	100.0	100.0	100.0	35.5	38.2	39.8	43.9

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

* Incluye trabajadores que no tienen acceso directo a la seguridad social, es decir, por su trabajo, ni tampoco tienen acceso por otra vía.

Entre 2010 y 2016, el porcentaje de población ocupada subordinada con carencia por acceso a la seguridad social –esto es, sin acceso a la seguridad social por su trabajo o bien por alguna otra vía– ha mostrado una disminución. En 2012, su nivel más alto, el porcentaje era de casi 60 por ciento, mientras que para 2016 se estimó en 54.0 por ciento, es decir, unos 23.7 millones de los

⁸ Bajo la definición del CONEVAL que considera la declaración de las tres prestaciones laborales: i) acceso a servicios médicos por prestación laboral en alguna institución pública de seguridad social; ii) licencia o incapacidad laboral; y iii) estar cotizando en SAR o Afore.

casi 44 millones de la población ocupada subordinada declararon no tener alguna de las prestaciones que considera CONEVAL para definir el acceso a la seguridad social (Cuadro 4).

Población ocupada subordinada con acceso a servicios médicos por prestación laboral

El acceso a servicios médicos por prestación laboral es una condición primordial para poder disponer de esquemas de seguridad social integrales, que incluyan la licencia de incapacidad con goce de sueldo y el SAR/Afore, además de las otras prestaciones que otorguen las instituciones.

El porcentaje de población ocupada subordinada con acceso a servicios médicos como prestación laboral se ha comportado como un indicador bastante estable a lo largo del tiempo: alrededor de 44 por ciento entre 2010 y 2016 (Cuadro 5). Al mismo tiempo, dentro de este conjunto de trabajadores, se ha estimado una reducción en la carencia por acceso a la seguridad social al pasar de uno de cada cuatro en el periodo 2010-2014 a uno de cada cinco en 2016. Una vez que se tienen los servicios médicos por prestación laboral, los niveles de carencia han estribado principalmente en la falta de declaración de SAR/Afore –sea *de facto* o sea por desconocimiento del trabajador–.

Con la finalidad de valorar la consistencia de la tendencia en la reducción de la carencia por acceso a la seguridad social, el CONEVAL realizó un ejercicio complementario asignando a la población ocupada subordinada con acceso a servicios médicos por prestación laboral el carácter de no carentes, es decir, considerarlos con acceso a la seguridad social obviando la declaración de las otras dos prestaciones laborales (incapacidad y SAR/Afore)⁹ (Gráfica 2).

⁹ De acuerdo a la normatividad vigente, una persona con seguridad social directa puede extender los beneficios de su aseguramiento a su cónyuge, ascendientes o descendientes, por lo que niveles diferenciados de trabajadores con acceso directo derivan en una mayor o menor identificación de sus beneficiarios, que se asignan como no carentes en el acceso a la seguridad social.

Cuadro 5

Porcentaje y número de personas ocupadas subordinadas según acceso directo a la seguridad social, 2010-2016

Indicadores	Trabajadores subordinados afiliados a alguna institución de seguridad social*							
	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Trabajadores subordinados con acceso a servicios médicos por prestación laboral¹	44.2	42.0	44.7	44.4	15.7	16.1	17.8	19.5
Trabajadores subordinados con acceso a servicios médicos por prestación laboral sin carencia por acceso la seguridad social² (no carentes por seguridad social)	74.0	74.5	74.1	80.1	11.6	12.0	13.2	15.6
Trabajadores subordinados con acceso a servicios médicos por prestación laboral con carencia por acceso a la seguridad social	26.0	25.5	25.9	19.9	4.1	4.1	4.6	3.9
Con carencia al no declarar incapacidad laboral	5.1	5.2	4.9	4.4	0.8	0.8	0.9	0.9
Con carencia al no declarar SAR/Afore	15.3	15.0	15.6	10.4	2.4	2.4	2.8	2.0
Con carencia al no declarar incapacidad laboral ni SAR y AFORE/Afore	5.6	5.3	5.4	5.1	0.9	0.9	1.0	1.0

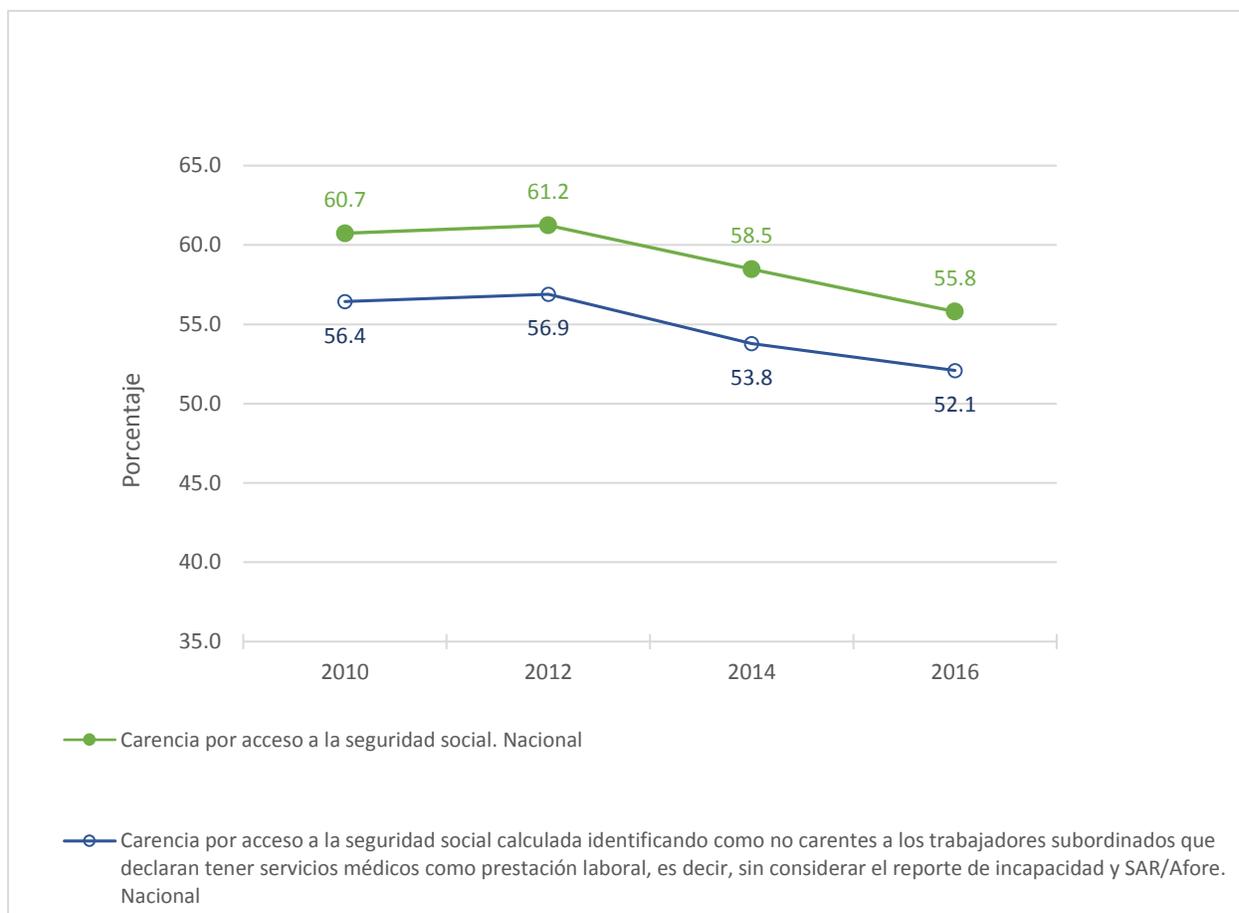
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

* Los individuos pueden encontrarse inscritos a más de una institución de seguridad social.

¹ Los individuos que reportan afiliación por prestación en el trabajo pueden reportar simultáneamente otros motivos de afiliación.

CONEVAL identifica como trabajadores a las personas de 16 años o más de edad (acorde con la definición institucional de población económicamente activa), que el mes previo a la entrevista declaran haber desempeñado un trabajo remunerado. De estos trabajadores, CONEVAL considera que se encuentran en condición subordinada aquellos(as) que afirman tener un jefe(a) o supervisor(a) en dicha actividad desempeñada. Finalmente, de este último subconjunto de trabajadores se identifica a aquellos(as) que declaran tener acceso a servicios médicos en alguna institución de seguridad social por prestación laboral.

² CONEVAL identifica como trabajadores a las personas de 16 años o más de edad (acorde con la definición institucional de población económicamente activa), que el mes previo a la entrevista declaran haber desempeñado un trabajo remunerado. De estos trabajadores, CONEVAL considera que se encuentran en condición subordinada aquellos(as) que afirman tener un jefe(a) o supervisor(a) en dicha actividad desempeñada. Finalmente, de este último subconjunto de trabajadores se identifica a aquellos(as) que declaran tener acceso a servicios médicos en alguna institución de seguridad social por prestación laboral, y las prestaciones de incapacidad laboral y SAR o AFORE. Esta identificación constituye la operacionalización de la definición de acceso a la seguridad social para la población trabajadora subordinada, definida por el CONEVAL.

Gráfica 2**Porcentaje de la población con carencia por acceso a la seguridad social, 2010-2016**

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y Modelo Estadístico 2016.

Si bien el nivel cambia, la tendencia al descenso se mantiene entre 2010 y 2016 en ambas series. Esto significa que el fortalecimiento de las acciones de las instituciones de seguridad social encaminadas a dar a conocer a los trabajadores titulares sobre este derecho sentaría una base para observar en el corto plazo una reducción importante de la carencia por acceso a la seguridad social, que vendría aparejada de un goce y ejercicio efectivo de este derecho social.

Consideraciones finales

A nivel nacional, la carencia por acceso a la seguridad social ha sido la que ha registrado los niveles más altos de las seis carencias sociales que forman parte de la medición. De 2010 a 2014, alrededor de 60 por ciento de la población mexicana se encontraba en situación de carencia por acceso a la seguridad social, lo que equivalía a que cerca de 70 millones de personas no tenían o no declararon alguno de los distintos esquemas de seguridad social considerados por el CONEVAL.

No obstante, ha habido una disminución paulatina de la carencia por acceso a la seguridad social. Mientras que en 2010 cerca del 61 por ciento de la población del país presentaba carencia por acceso a la seguridad social, en 2016 esta cifra disminuyó alrededor de cinco puntos porcentuales, al situarse en 55.8 por ciento.

La disminución paulatina a nivel nacional de la carencia por acceso a la seguridad social está asociada al crecimiento de la ocupación y del empleo formal, como puede corroborarse con los registros administrativos de afiliación por prestación laboral a los servicios de salud de las instituciones de seguridad social y las estimaciones de otras fuentes de información como la ENOE

En 2010, cerca del 61 por ciento de la población presentaba carencia por acceso a la seguridad social, mientras que en 2016 esta cifra se estima que remontó en alrededor de cinco puntos porcentuales, al situarse en 55.8 por ciento. De 2014 a 2016 la carencia se redujo 2.7 puntos porcentuales, lo que equivale aproximadamente a 1.7 millones de personas menos que tienen o declaran seguridad social.

En el caso de la población ocupada subordinada, entre 2010 y 2016, su carencia por acceso seguridad social –esto es, sin acceso a la seguridad social por su trabajo¹⁰ o bien por alguna otra vía– mostró también una disminución. En 2012, su nivel más alto, el porcentaje era de casi 60

¹⁰ Bajo la definición del CONEVAL que considera la declaración de las tres prestaciones laborales: i) acceso a servicios médicos por prestación laboral en alguna institución pública de seguridad social; ii) licencia o incapacidad laboral; y iii) estar cotizando en SAR o Afore.

por ciento, mientras que para 2016 se estimó en 54.0 por ciento, es decir, unos 23.7 millones de los casi 44 millones de la población ocupada subordinada no contaron con seguridad social.

El acceso a servicios médicos por prestación laboral es una condición primordial para poder disponer de esquemas de seguridad social integrales, que incluyan por lo menos la licencia de incapacidad con goce de sueldo y el SAR/Afore.

El porcentaje de trabajadores subordinados con acceso a servicios médicos como prestación laboral se ha comportado como un indicador estable a lo largo del tiempo: alrededor de 44 por ciento entre 2010 y 2016.

Expandir la seguridad social es un reto importante, en particular para el grupo de entidades federativas donde la carencia por acceso a la seguridad social es mayor que la incidencia nacional.

ANEXO 1

En cuanto a la normatividad nacional referente al derecho a la seguridad social, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como las leyes de las instituciones de seguridad social, entre las que se encuentran la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE, establecen la seguridad social como un derecho vinculado a la población que cuenta y laboró en un empleo formal, así como a sus familiares.

Tras el proceso de definición del indicador acorde con los criterios mencionados que consideró los preceptos contenidos en las leyes arriba referidas, el CONEVAL identificó los siguientes mecanismos de acceso a la seguridad social:

(i) Acceso directo a la seguridad social:

(a) Respecto a la población ocupada subordinada y asalariada, se considera la declaración del acceso por parte del trabajo a las prestaciones de servicios médicos en alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, ISSFAM o Pemex); incapacidad laboral con goce de sueldo en caso de accidente, enfermedad o maternidad; y acceso a un sistema de jubilaciones o pensiones para el retiro (SAR o Afore).

(b) Para la población ocupada no asalariada o independiente se considera la declaración de acceso por contratación voluntaria o por trabajo a servicios médicos en alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, ISSFAM o Pemex) y, a un sistema de pensiones para el retiro.

(c) Así también, se identifica la declaración del acceso a la seguridad social a través de pensiones o jubilaciones.

(i) Acceso a la seguridad social de familiares:

(a) La metodología identifica como *no carentes* a los familiares de los titulares del derecho con acceso directo a la seguridad social y, que de acuerdo a la norma disfrutaban de la transferencia de beneficios del esquema de aseguramiento del titular. Por lo tanto, se identifica el acceso a esquemas de aseguramiento por algún familiar del hogar de residencia u otro y, por muerte del asegurado.

(iii) Para la población de sesenta y cinco años se considera con acceso si es beneficiaria de algún programa social de pensiones para adultos mayores.

(iv) Para la población en general se considera la contratación voluntaria de esquemas de aseguramiento.

De esta forma, la población que no presenta el acceso a través de las vías mencionadas anteriormente, se considera en situación de carencia por acceso a la seguridad social.

ANEXO 2

Cambios en el cuestionario para captar la seguridad social de la población ocupada en 2016

Como parte de los procesos de mejora en la captación de la información, y con el propósito de abonar a la comprensión de las preguntas sobre seguridad social de los informantes de la ENIGH 2016, se refrasaron las opciones de respuesta relativas a las prestaciones laborales consideradas en la identificación del acceso directo a la seguridad social entre la población ocupada subordinada (incapacidad laboral y ahorro para el retiro). Las modificaciones se muestran en el Cuadro A:

Cuadro A
Fraseos modificados de las prestaciones laborales relacionadas con la dimensión de seguridad social para la población ocupada subordinada

¿En este trabajo le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado?		
Levantamiento		
Variable a la que afecta	MCS-ENIGH 2010, 2012 y 2014	ENIGH 2016
Incapacidad	Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad	Licencia o incapacidad con <u>goce de sueldo</u> (por enfermedad, accidente o maternidad)
Afore	SAR o Afore	<u>Ahorro para el retiro o pensión para la vejez</u> (SAR o Afore, <u>Haber de retiro</u>)

Los resultados de la ENIGH 2016 mostraron que estas modificaciones redujeron el porcentaje de declaración de ambas prestaciones. En 2016, la prestación de incapacidad laboral registró una menor declaración, en comparación con la prestación de ahorro para el retiro. La población

ocupada subordinada que declaró no tener incapacidad como prestación laboral aumentó de 65.9 por ciento a 76.2 por ciento entre 2014 y 2016, mientras que la población ocupada subordinada que declaró no tener la prestación de SAR o Afore se incrementó de 71.3 por ciento a 74.2 por ciento en el mismo periodo.

Lo anterior no resulta consistente con el comportamiento de la población subordinada que reporta atención médica por prestación laboral ni tampoco es acorde con el aumento de la población ocupada observada en los registros administrativos del IMSS y en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE).

Ante ello, el CONEVAL se dio a la tarea de desarrollar un ejercicio estadístico de ajuste focalizado en la población ocupada subordinada con acceso a servicios médicos como prestación laboral con la finalidad de buscar recuperar la consistencia de la serie histórica de la carencia por acceso a la seguridad social con la información de levantamientos previos, así como con otras fuentes de información disponibles. El detalle técnico de este “Ejercicio de adecuación histórica de la carencia por acceso a la seguridad social 2016 a la serie 2010-2014”, puede consultarse en la página de internet del CONEVAL. Consiste en un modelo de ajuste seleccionado para el porcentaje de la población subordinada que cuenta con atención médica por prestación laboral en los dos subgrupos que registraron una mayor variación respecto a años anteriores: i) el que no reporta incapacidad pero sí SAR o Afore, y ii) el que no reporta incapacidad ni SAR o Afore. Todos los resultados presentados en este documento para el año 2016 han incorporado dicho ajuste.