

**SEGURIDAD SOCIAL “UNIVERSAL” 2013:  
PLAN NACIONAL DE DESARROLLO  
Y SECTOR ASEGURADOR**



**Gustavo Leal F.**

**Héctor Javier Sánchez Pérez**

**Editora**

Edda Liliana Sánchez Castellanos

**Seguridad Social “Universal”. 2013:  
Plan Nacional de Desarrollo y Sector Asegurador**

**Gustavo Leal Fernández**

Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Xochimilco

**Héctor Javier Sánchez**

El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)

Grupos de Investigación en Salud para América y África  
Latinas (GRAAL)

Primera edición, 2015.

Publicación arbitrada por el Comité Editorial de  
El Colegio de la Frontera Sur

DR © El Colegio de la Frontera Sur

[www.ecosur.mx](http://www.ecosur.mx)

Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n

Barrio María Auxiliadora

CP 29290,

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

ISBN: 978-607-8429-15-8

Diseño de Portada: DG Claudia Lira Castillo

Se autoriza la reproducción del contenido de esta obra,  
siempre y cuando se cite la fuente.

Los autores agradecemos al Maestro Pablo Salmerón  
por su colaboración en la revisión de estilo, así como a la  
DG Claudia Lira Castillo, por la formación de la presente  
publicación.

Impreso en México / *Printed in Mexico*

<b>ENTRADA.....</b>	<b>7</b>
<b>2013. PASOS INICIALES. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. FALLAS DEL SEGURO POPULAR. RETOS DEL IMSS E ISSSTE. LA INDUSTRIA DEL SEGURO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.....</b>	<b>17</b>
1. Plan Nacional de Desarrollo (PND): despeñaron el seguro “universal” .....	17
2. El Seguro Popular de Mercedes Juan .....	18
3. Regionalización de los recursos del Seguro Popular .....	19
4. Seguro Popular, ¿Guerrero como Tabasco? .....	20
5. ¿“Fortalecer” el Seguro Popular en Guerrero? .....	21
6. Cinco éxitos “rotundos” del Seguro Popular .....	22
7. Evaluando los programas de salud.....	23
8. ¿“Nacionalización” pensionaria en Banorte?.....	24
9. PENSIONISSSTE y la “falla de mercado” del Sistema Afore .....	25
10. A la puerta del ISSSTE de la “segunda” alternancia.....	26
<b>PRONUNCIAMIENTOS SOBRE EL SEGURO UNIVERSAL DE PEÑA NIETO .....</b>	<b>29</b>
1. El PRI cambia sus Documentos Básicos (Programa de Acción) y retira la prohibición para aplicar impuestos (IVA) a medicinas y alimentos.....	29
2. Plantea Peña abatir la informalidad laboral.....	29
3. Urge Peña Nieto a aumentar índice de productividad .....	29
4. Plan Nacional de Desarrollo. Contenidos en materia de salud y seguridad social .....	30
<b>SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICA (SHCP).....</b>	<b>35</b>
1. Videgaray: reforma hacendaria debe atacar informalidad.....	35
2. Videgaray: grave impacto del sector informal en el potencial de crecimiento .....	35
<b>SOBRE EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA).....</b>	<b>37</b>
1. Jorge Chávez Presa propone IVA a medicinas y alimentos .....	37
2. Cinco mitos de la homologación.....	37
3. Cuesta al Gobierno la tasa cero en medicinas .....	38
4. Zaid: lo mejor del IVA.....	39
5. Respuesta de Chávez Presa.....	39
6. Réplica de Zaid .....	40
7. Abrir PEMEX a la Iniciativa Privada (IP) y aplicar IVA a todo: OCDE .....	40
8. Critica el Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas (IMEF) la eliminación de la consolidación fiscal .....	41
<b>SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS).....</b>	<b>43</b>
1. Rastrea la STPS a trabajadores informales.....	43
2. Ganan trabajadores informales 40% menos: Navarrete Prida .....	43
3. En México, 2.8 accidentes por cada 100 trabajadores al día.....	43
4. Suscriben México y la OIT convenio de protección social.....	44
<b>65 y MÁS .....</b>	<b>45</b>
1. Subsidian estancias para adultos mayores.....	45
2. Otorga Peña Nieto 17 pesos diarios a adultos mayores .....	46
3. Incumplen con los adultos mayores .....	46

<b>SEGURO PARA MADRES.....</b>	<b>47</b>
1. Ajustan seguro para huérfanos.....	47
2. No precisan las reglas del programa quién pagará .....	47
3. Inaugura Peña Nieto el seguro para jefas en la Cruzada Nacional contra el Hambre. Arranca a medias .....	48
4. Ven desarticulado el Seguro .....	48
5. La AMIS diseñó un seguro .....	49
6. Tiene lento avance Seguro para madres .....	49
7. La secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) renovará convenio de guarderías .....	49
8. Estancan la cobertura de estancias.....	49
<b>LA “UNIVERSALIDAD” DEL SECTOR SALUD.....</b>	<b>51</b>
1. Renombran y amplían plan de salud infantil.....	51
2. O’Shea señala fallas del Seguro Popular .....	51
3. El subsecretario Durán sostiene que la “afiliación al Seguro Popular se dio sin planeación” .....	52
4. Julio Frenk estima que el Seguro Popular debe “eliminar brechas” .....	53
5. “Poco avance” hacia la convergencia de los servicios médicos, González Block .....	54
6. Preven fijar estrategia de Salud .....	55
7. Primeras aportaciones de la SSA al PND y PNS .....	55
8. Arma la SSA planes para prevenir violencia.....	55
9. La SSA queda integrada en el gabinete especializado de México Incluyente, junto con el IMSS e ISSSTE. Por su parte, IMSS e ISSSTE forman parte también del gabinete especializado de México Próspero, de acuerdo al decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación .....	56
10. Ordeña Peña Nieto a la SSA poner en marcha estrategia contra obesidad y diabetes.....	56
11. El sector asegurador crece a un ritmo lento, urge potenciarlo .....	58
12. En la Convención Nacional de los Aseguradoras, Fernando Solís Soberón, presidente de la AMIS y alto funcionario de Banorte, avala las recomendaciones de FUNSALUD para que la participación privada en la prestación de servicios de salud “incentive la competencia y en esta medida mejore la calidad de los servicios”. Solís sostiene también que el financiamiento de la seguridad social vía nómina “fomenta” la informalidad frente a la otra opción de financiarla por la vía de impuestos indirectos .....	59
13. Destaca en fondeo el sector asegurador.....	62
14. Grandes retos enfrentan los sistemas pensionarios de AL .....	62
15. Crucial incrementar el nivel de aportación para el retiro: CONSAR .....	65
16. Seguro Popular, un “sistema necesario” que requiere ajustes legales para mejorar: O’Shea.....	63
17. Admite Cenavece desfase en salud.....	63
18. Se vinculará a la Cruzada con el Seguro Popular: Mercedes Juan .....	64
19. Alerta el BID por el seguro universal .....	64
20. Urgen reforzar salud reproductiva .....	64
21. Sugiere el Banco Mundial cobertura la universal.....	65
22. Prevé la SSA desarrollar evaluación con la OCDE.....	65
23. Defiende SSA control hospitalario .....	65

<b>SEGURO DE DESEMPLEO .....</b>	<b>67</b>
1. Evalúa el Gobierno seguro de desempleo.....	67
2. Expertos recomiendan cautela .....	67
3. OIT sugiere a México un seguro de desempleo temporal.....	68
4. Crear un seguro de desempleo para atacar la informalidad: OCDE .....	68
<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) .....</b>	<b>69</b>
1. Molesta a la Iniciativa Privada (IP) cambio en el IMSS .....	69
2. Empuja tricolor alza de cuotas.....	69
3. El IMSS, “un impuesto puro”: Manuel Molano del Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO) .....	70
4. Ofrece el IMSS mejor atención médica: González Anaya.....	70
5. Las reformas a la Ley del IMSS subsanarán irregularidades, Navarrete Prida .....	71
6. La seguridad social está “en riesgo”: CTM .....	71
7. Unirán compras IMSS, ISSSTE y PEMEX.....	72
8. Saca de reservas 20 mil millones de pesos el IMSS .....	72
9. Reportan hospital libre de chinches .....	72
<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) .....</b>	<b>75</b>
1. En los 12 años del PAN el ISSSTE dejó de brindar seguridad social: Lerdo de Tejada .....	75
2. Restructurar el sistema de protección social, propone el director del ISSSTE .....	75
<b>PENSIONES .....</b>	<b>81</b>
1. En CFE pensiones de lujo .....	81
2. CONSAR: en crisis los sistemas de pensiones de PEMEX estados y universidades.....	81
3. CONSAR: sin acceso a pensión 31 millones de trabajadores .....	82
4. Prevén se tripliquen los adultos mayores .....	83
5. Desestima Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) operar en viviendas .....	83
6. Vacían fondo.....	83
<b>REFORMA LABORAL .....</b>	<b>85</b>
1. Sufren abuso 2 millones de trabajadoras del hogar.....	85
2. Reforma laboral. Informe especial. Poder adquisitivo pierde 78%.....	85



# ENTRADA

**Héctor Javier Sánchez Pérez**

*Investigador Titular C de Tiempo Completo*

*El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR); GRAAL-ECOSUR*

En la víspera de que se anuncie la propuesta de reforma en el sistema de salud, a fin de revisar la relación entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular (SP), y cuyos términos están establecidos en el Pacto por México (compromiso uno), Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (objetivo 4.5) y el Plan Sectorial de Salud, entre otros ordenamientos y, en el que se publicita que se está en el camino de la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal (SINASU)<sup>1</sup>, conviene reflexionar algunos aspectos que pueden dar una idea de la situación en la que se encuentra el País en aquellas áreas que atañen a la salud de la población y, por supuesto, a la necesidad de que la población, no solo de manera virtual y mediática, sino realmente, cuente con un efectivo sistema de seguridad social en términos cuantitativos y, sobre todo, resolutivos.

Vivimos en un mundo lleno de desigualdades. Recientemente, la organización Oxfam presentó un *Informe* en el que se da cuenta de que las 85 personas más ricas del mundo tienen una fortuna equivalente a todas las posesiones de la mitad de la población más pobre del planeta<sup>2</sup>. En él, Oxfam critica las políticas estatales de ahorro que afectan a las capas sociales más bajas, la evasión de impuestos que hacen los más ricos a través de los paraísos fiscales y el hecho de que las élites hayan cooptado el poder político y que sean las que definen la economía, socavando la democracia –y las condiciones de vida de la población– en beneficio principalmente de sus propios intereses.

En México, a poco más de un año de gobierno de Enrique Peña Nieto, si bien puede jactarse de haber logrado las reformas estructurales gracias a los acuerdos logrados con los distintos partidos en el Pacto por México, que dos gobiernos del Partido Acción Nacional (PAN), los liderados por Vicente Fox Quezada (2000-2006) y Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) no pudieron sacar adelante, los saldos del país en muy diversos rubros dejan mucho que desear dado el número de conflictos y de estancamientos –si no es que de plano retrocesos– que se han tenido y que van desde los aspectos económicos hasta las crisis de ingobernabilidad e inseguridad en muchos estados de la República, tal como se ilustra vía los siguientes ejemplos:

1 Leal, Gustavo (2014) “¿Universalidad sanitaria digital en 2015?” *La Jornada*, 18 de enero

2 “Las 85 personas más ricas poseen lo mismo que la mitad de la población mundial”, *El Financiero*, 20 de enero, 2014

## 1. Aspectos económicos.

La economía del País no repunta. Oscila entre el estancamiento y la recesión, si acaso con leves mejoras por periodos cortos, pero en general, lapsos de baja actividad productiva (empleo, producción industrial y comercio), inclusive con trimestres consecutivos de crecimiento negativo, como el tenido entre abril y junio de 2013. Así, de una expectativa en el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) de 3.5%, se fue descendiendo a 2.8, 2.1, 1.8 y finalmente quedó en 1.1% para 2013. De hecho, según datos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)<sup>3</sup>, en la última década el promedio anual de crecimiento del PIB es de tan sólo 1.9%, aunque cifras de la Secretaría de Hacienda, ubican dicho crecimiento en el periodo 1992-2013, en 0.7%<sup>4</sup>, cifra que se ubica cerca del estancamiento económico y es del todo insuficiente para las necesidades de la población y de la economía del país. De ahí uno de los puntos que contribuyeron a frenar el IVA generalizado –incluyendo alimentos y medicamentos en general– con el fin aparente de no castigar aún más el consumo de la población.

Sin embargo, el 30 de agosto de 2013, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) dio a conocer en un *Informe* que en el primer semestre de 2013 el gobierno disminuyó su gasto programable en 14,172 millones de pesos con respecto al mismo periodo de 2012, lo que constituyó una reducción neta del gasto –descontando la inflación– de 4.6%. Todo ello, a pesar de que la suma de ingresos petroleros y no petroleros fue un poco superior en el citado periodo de 2012-2013.

Para 2014, el crecimiento del PIB está previsto en 3%, según el Fondo Monetario Internacional (FMI) y, en 3.9%, según el gobierno de la República. Con el aumento pronosticado por el FMI, el PIB de este año sería el mismo que el publicado por el propio FMI, en octubre de 2013, antes de que fueran aprobadas por el Congreso las reformas estructurales con las que el gobierno busca aumentar la productividad de la economía<sup>5</sup>.

En 2013, el no haber efectuado el ejercicio de recursos ya aprobados golpeó a muchos actores de la cadena productiva, y en poco –o nada– ayudó a afrontar el rezago so-

3 Gobierno de la República (2013) *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social*. México

4 Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2013) *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2013-2018*. México

5 *La Jornada*, 22 de enero, 2014, p. 26

cial, las desigualdades y la miseria. En este sentido, para los analistas no identificados con el neoliberalismo, dicha medida fue en sentido contrario de lo que debía implantarse como política económica, que permitiese reactivar el mercado interno y que promoviera realmente la creación de empleos. En ese proceso, el gasto público desempeña un papel indispensable.

Lo cierto es que las reforma financiera y fiscal aprobadas, a las que posteriormente se le hicieron ajustes por quejas patronales, conllevan sacrificios para la población, cuando lo que ésta necesita es ser apoyada. Como bien señala el premio Nobel de Economía en 2001 Joseph Stiglitz: “Uno de los aspectos desafortunados de la economía mexicana es que tienen muchos monopolios y oligopolios, por lo que desde el punto de vista fiscal hay muchos recursos que se pueden recaudar ahí. La reforma fiscal debe enfocarse en ese tipo de impuestos en vez de gravámenes que tienen un efecto adverso para la población en general”<sup>6</sup>.

Las numerosas y diversas crisis por las que ha pasado el país han tenido serias consecuencias sociales y económicas: al menos la mitad de la población está en situación de pobreza; se ha multiplicado la marginación y la desintegración social; continúa el desempleo –incluso maquiado–; hay menos soberanía nacional y mayor descomposición institucional, que se reflejan en violencia delictiva, pérdida de control de zonas enteras del país, crisis de legitimidad y de representatividad, así como amplias zonas excluidas o devastadas en el territorio mexicano. A su vez, las privatizaciones, rescates de empresas en quiebra, ajustes estructurales, eliminaciones de derechos y conquistas sociales y los expolios fiscales a las mayorías, se imponen y justifican por ser “medidas necesarias para recuperar el crecimiento”<sup>7</sup>. Pero como ya se ha citado, con un crecimiento promedio anual de la economía de apenas 0.7%, es decir, con prácticamente nulo crecimiento económico. Según cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 2013 fuimos el segundo país con crecimiento más bajo en el continente americano, apenas la mitad de lo que creció Brasil y un tercio de lo que lo hicieron Argentina y Chile<sup>8</sup>.

## 2. Aspectos Sociales.

En 2014 sigue habiendo amplias franjas del país en que el gobierno ha perdido el control del territorio, bien sea por grupos de la delincuencia organizada –como es el caso de Michoacán y Tamaulipas–, por procesos de construcción de autonomía –territorios bajo control del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en Chiapas o grupos de autodefensa comunitaria en Guerrero–, por presencia de

poderes fácticos –zonas de Coahuila controladas por compañías mineras–, entre otros. Las diferentes reformas realizadas, si bien denotan un grado de entendimiento entre las cúpulas de los partidos políticos con mayor presencia en México, se encuentran muy alejadas de dar respuestas a las necesidades de la población, lo que ha aumentado el distanciamiento entre diversos grupos y organizaciones de la sociedad civil respecto de la clase política. En este sentido, las principales reformas realizadas por el gobierno en años recientes, como la del Instituto Mexicano del Seguro Social en tiempos de Ernesto Zedillo (1997), la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) impulsada por Felipe Calderón en 2007 y la Reforma Laboral (de noviembre 2012), han respondido no tanto a las necesidades de la población, sino a la idea de los grupos gobernantes de abrir y generar más facilidades de todo tipo a la iniciativa privada: en fondos de pensiones, abaratamiento de la mano de obra y mayor flexibilidad para la contratación de personal, pero también mayor flexibilización para su despido. Puede afirmarse que el balance de la generación de más y mejores empleos anunciada con la reforma laboral, sigue presentando saldos más que negativos (insuficiente creación de empleos y mal remunerados, alta proporción de la población ocupada en la economía informal y sin seguridad social, entre otros indicadores) y, ahora se argumenta que ello depende de que se materialicen plenamente las reformas energética y fiscal. A inicios de 2014, aún seguimos teniendo altos niveles de desempleo y mucho mayores niveles de empleos en el sector informal: más de 60% de la población económicamente activa (PEA) se encuentra empleada en dicho sector.

La subsecretaria de Empleo y Productividad Laboral de la STPS, Flora Patricia Martínez Cranss<sup>9</sup>, señala que anualmente 6 millones de personas salen y entran del mercado formal, mientras apenas 15% (o menos) de los ocupados permanece más de dos años en el empleo. Y que, como resultado del desempleo, las personas se van hacia el sector informal con menos salarios y más baja productividad. Según dicho *Informe*, de los 42 millones de trabajadores que conforman la población económicamente activa, cerca de 32 millones (76%) sobrevive con ingresos menores a tres salarios mínimos y hasta un 30% de quienes buscan trabajo pueden tardar hasta un año en alcanzarlo.

En 36 años el poder adquisitivo del salario disminuyó 72.8%<sup>10</sup>. Según la UNAM, ello se refleja en que, en 1982 un salario mínimo alcanzaba para comprar 50.9 kilogramos de tortilla y, en 2014, apenas 4.8 kilos.<sup>11</sup> Por otra parte, en los próximos años, el país tendrá una fuerte presión por el crecimiento de la fuerza laboral que requerirá una mayor generación de puestos de trabajo, principalmente por la

6 Nobel de Economía: que reforma grave a monopolios. *El Universal*, 26 de agosto de 2013.

7 Guillén RA. Para superar el estancamiento económico en México: “nudos críticos” de un proyecto nacional de desarrollo. *Revista de Economía Política* 2007;27(4):575-594.

8 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2013. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/51946/AnuarioEstadistico2013.pdf> Fecha de acceso: 30 de enero, 2014

9 Leal, Gustavo (2013), “Reforma Laboral: un camello llorenodebolas”, *La Jornada*, 28 de diciembre

10 Secretaría del Trabajo y Previsión Social, *Diario Oficial de la Federación*, 13 de diciembre, 2013

11 *La Jornada*, 14 de diciembre, 2013

etapa de bono demográfico en que nos encontramos<sup>12</sup>, así como por el hecho de que la migración a los Estados Unidos de Norteamérica ha bajado desde 2007<sup>13</sup>, con lo que se ha disminuido la opción de encontrar alternativas laborales en el vecino país.

Según el informe de la CEPAL “Panorama Social de América Latina, 2013”, México fue el único país de 18 evaluados donde la pobreza y la marginación aumentaron entre 2006 y 2012. Así, mientras Argentina bajó de 30.6 a 4.3% sus índices de pobreza y de 11.9 a 1.7% la indigencia; Brasil, de 36.4 a 18.6% la pobreza, y de 10.7 a 5.4% la indigencia; Venezuela, de 37.4 a 23.9% la pobreza, y de 15.9 a 9.7% la indigencia; Uruguay, de 18.8 a 5.9% de pobreza, y 4.1 de indigencia a 1.1%, México, empeoró en ambos factores: de 31.7 a 37% en pobreza y de 8.7 a 14% en indigencia<sup>14</sup>.

Otros indicadores que reporta la CEPAL para México, son<sup>15</sup>:

- Distribución del ingreso: en 2012, el 5% más pobre de la población absorbía el 6.6% del ingreso total generado, mientras que el 5% más rico, el 46.2%.
- México fue uno de los cuatro países que registró aumentos en la tasa bruta de homicidios por cada cien mil habitantes.
- El sistema de pensiones de las personas de más de 65 años de edad es muy bajo, pues sólo 26% está pensionado, mientras que en países como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay esta cifra casi alcanza 90%.

México es uno de los países que más ha seguido las diez recomendaciones del Consenso de Washington impulsadas a fines de la década de los 80 del siglo pasado. Ellas consisten en una serie de políticas neoliberales dirigidas a la privatización de actividades económicas, liberalización del comercio y las finanzas, apertura al capital extranjero, desregulación del mercado, eliminación de monopolios estatales y restricción salarial, entre otras y, ahora con el gobierno de Enrique Peña Nieto, una serie de reformas estructurales como la energética, hacendaria y concreción de la laboral.

Gustavo Leal hace el siguiente recuento de los efectos de la reforma laboral aprobada en noviembre de 2012, cuyos impactos más severos se tienen entre la población joven<sup>16</sup>:

12 Sánchez-González M. Bono demográfico y educación en México. Banco de México, ITESM-CCM, 25 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-discursos/discursos-y-presentaciones/presentaciones/%7B7B6D40302A-1E0D-2BD8-E099-D70A2331D12A%7D.pdf> Fecha de consulta: 4 febrero 2015.

13 Servicio de Estudios Económicos del Grupo BBVA. Situación Migración México. Noviembre 2011. Análisis Económico. Fundación BBVA Bancomer. Disponible en: [https://www.fundacionbbvabancomer.org/imagenes/docs/sitmig\\_2011nov.pdf](https://www.fundacionbbvabancomer.org/imagenes/docs/sitmig_2011nov.pdf) Fecha de acceso: 2 de febrero 2015.

14 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2013. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas, 2013. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35904/S2013868\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35904/S2013868_es.pdf?sequence=1) Fecha de acceso: 4 febrero 2015.

15 *Ibidem*

16 Leal, Gustavo (2013), “Reforma Laboral: un camello lleno de bolas”, *La Jornada*, 28 de diciembre

- Sigue sin tener un impacto positivo en la generación de empleos. No garantiza la reducción del desempleo, ni el aumento de la productividad y, menos aún, la mejora en la calidad de vida de los trabajadores.
- Al asumir nuevas figuras de contratación, afecta los tipos de cotización que demandan los institutos nacionales de la seguridad social (IMSS e ISSSTE) para otorgar acceso a sus catálogos de prestaciones, además del impacto sobre las propias finanzas institucionales.
- El cuadro vigente de prestaciones, pensiones y salud no podrá ser financiado adecuadamente, más aun por el efecto de la tercerización de servicios –*outsourcing*–. Se reduce el costo de la fuerza de trabajo y se permite que en una misma empresa coexistan trabajadores con las mismas funciones pero con salarios y prestaciones diferentes.
- No incorpora los artículos que atendían la Tabla de Enfermedades de Trabajo y la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes, y las convierte en una clasificación meramente administrativa, donde pierden el carácter de derechos laborales básicos.
- Incrementa la jornada de trabajo con menos derechos, mínima protección social, pensiones a la baja y servicios de salud cada vez más compactados, es decir, precariza el empleo.
- Hunde el soporte financiero y la misión cohesiva de la salud y seguridad social de los mexicanos.
- Los patrones pueden contratar a prueba por 30 días y rescindirlos sin responsabilidad patronal alguna, si la persona no cumple con los requisitos y conocimientos para cumplir con el trabajo encomendado en ese plazo. Para puestos con mayor responsabilidad, el contrato podría extenderse hasta 180 días. Este tipo de contratos ya se usan, en algunos casos, para violar derechos laborales (como el no dar seguridad social).
- Los contratos de capacitación inicial entrenan al joven durante tres meses para labores generales y hasta seis para niveles de dirección. Pero de no desplegar competencias para asumir el encargo se rompe el contrato sin derecho a indemnización.
- Ambos contratos son improrrogables y ningún joven puede aplicar por ellos simultánea y sucesivamente. Además, el patrón está obligado a pedir la opinión (no vinculatoria) de la Comisión Mixta de Productividad, Capacitación y Adiestramiento en empresas de más de 50 trabajadores.

### 3. Inseguridad.

No sólo siguen siendo elevados los índices de asesinatos en el País –aún con la supuesta “reducción” de 20%–, sino

que el número de secuestros ha mostrado un incremento más que notable. Ambos aspectos, más los robos, extorsiones y levantones que se producen, denotan que la violencia social sigue en niveles muy preocupantes.

De acuerdo con información publicada en el periódico *El Universal* (29 de noviembre, 2013), en los primeros once meses de gobierno de Enrique Peña Nieto hubo 17,046 homicidios en el País y, de continuar dicha tendencia, al término de su gestión habrá superado casi en 50% el número de muertos que hubo en el sexenio de Felipe Calderón.

En el estado de Michoacán –aunque no es el único, pueden citarse Tamaulipas y regiones importantes de Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Estado de México, entre otros–, gran parte de la sociedad está a merced del crimen organizado. Las organizaciones delictivas ponen autoridades, financian campañas políticas, cobran impuestos, manejan a la policía, confiscan bienes, destruyen comercios, ordenan y ejecutan sentencias de muerte. Y todo, mientras las estructuras del Estado se muestran inútiles, o aparecen como inexistentes o subordinadas a dichas organizaciones. De ahí el surgimiento de un contrapoder, tal como es el caso de las autodefensas<sup>17</sup>.

Según Ricardo Baptista, director ejecutivo de la Asociación de Autoridades Locales de México (AALMAC), que aglutina a gobernantes del PRD, el PT y el Movimiento Ciudadano, al menos 250 Alcaldes de 10 estados del país –Michoacán, Tamaulipas, Coahuila, Durango, Chihuahua, San Luis Potosí, Zacatecas, Guerrero, Estado de México y Veracruz– han recibido amenazas y presiones del crimen organizado –dinero, contratos de obra pública, nombramientos de funcionarios, sobre todo de seguridad pública–: “al menos el 10% de los municipios se han perdido en manos del crimen organizado” y van 37 alcaldes asesinados en Michoacán, Guerrero, Estado de México, Durango, Chihuahua y Jalisco en los últimos 8 años (15 del PRI, 12 PRD o PT y 10 del PAN)<sup>18</sup>.

De acuerdo con información desclasificada del Departamento de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica, difundida por la organización no gubernamental *National Security Archive*, se acusa a la administración de Felipe Calderón de: haber ocultado matanzas sistemáticas de migrantes centroamericanos; complicidad de funcionarios con el crimen organizado, así como que los cárteles operan con amplios márgenes de impunidad; y, que el “abandono de las autoridades mexicanas es tal, que ocho de cada diez empresarios de Tijuana, Reynosa y Ciudad Juárez, pagan extorsiones”. Solamente en la última urbe, más de 6 mil comercios cerraron entre 2008 y 2010<sup>19</sup>.

17 Meyer, Lorenzo (2014) “Pero ¿existe el Estado mexicano?”, *Reforma*, 30 de enero

18 *Reforma*, 9 de noviembre, 2013

19 “Impunidad casi total en crímenes del narco en México, señala EU”, *La Jornada*, 8 de noviembre, 2013, p.3

De hecho, para el Dr. Pablo Kuri Morales, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud (SSA), la violencia es un problema de salud pública: los asesinatos representan la sexta causa de defunción en México, al reportarse en 2012 un total de 20,643 casos, más de ocho mil de ellos entre jóvenes de 15-29 años. En este grupo, los homicidios son ya la principal causa de muerte<sup>20</sup>.

#### 4. Corrupción.

El “aceite que lubrica el sistema” –es decir, la corrupción–, tal como lo definiera el ex presidente Miguel de la Madrid, sigue fluyendo para operar la maquinaria de los grupos en el poder. Según Transparencia Internacional, de acuerdo con su *Índice de Percepción de la Corrupción 2013*, México está en el lugar 106 de 177 países (Brasil, 34 posiciones arriba, y Uruguay 87 lugares), lo que lo coloca como uno de los países más corruptos para el organismo. En 2012 se ubicó en el puesto 105. La oficina en México de Transparencia Internacional consideró que se debe trabajar en los siguientes cuatro aspectos: crear un auténtico Sistema Nacional de Integridad, que incluya una reforma constitucional en materia de acceso a la información pública; identificar experiencias exitosas de control de la corrupción en cualquiera de los sectores y que pueda replicar en el resto del país; avanzar en la implementación de la Reforma de Justicia Penal, con lo cual se reducirían los espacios para la impunidad, y transformar la relación entre el gobierno y la sociedad mediante políticas de Gobierno y Parlamento Abierto<sup>21</sup>.

De igual manera, entre los países que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México se ubica en la última posición<sup>22</sup>.

#### 5. ¿Y el sector salud?

Una vez realizadas varias reformas estructurales (de las que, en su mayoría falta la elaboración y publicación de leyes secundarias), nos encontramos en la antesala de la reforma sanitaria, cuyo objetivo principal –nos dicen– será la “universalización de los servicios de salud”, lo que en el discurso oficial se traduce en que la población no sólo esté cubierta, sino que los distintos organismos públicos del sector salud se integren, incluyendo sus respectivos presupuestos. Uno de los aspectos adicionales con los que se defiende esta reforma es que se quitarían a los gobernadores, la posibilidad de desviar para “otros gastos” los recursos que están destinados al sector salud<sup>23</sup>.

20 México celebra la Semana de Prevención de Violencia desde la Salud Pública, como un llamado a la acción multi-sectorial basado en evidencia científica. Disponible en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=632:mexico-celebra-la-semana-de-prevencion-de-violencia-desde-la-salud-publica-como-un-llamado-a-la-accion-multi-sectorial-basado-en-evidencia-cientifica-&catid=827:noticias](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=632:mexico-celebra-la-semana-de-prevencion-de-violencia-desde-la-salud-publica-como-un-llamado-a-la-accion-multi-sectorial-basado-en-evidencia-cientifica-&catid=827:noticias) Fecha de acceso: 30 de enero, 2014

21 México está entre los países más corruptos para Transparencia Internacional. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/nacional/2013/12/03/mexico-esta-entre-los-paises-mas-corruptos-para-transparencia-internacional>. Fecha de acceso: 30 de enero, 2014

22 México, entre los más corruptos. Disponible en: <http://www.cnnexpansion.com/economia/2013/12/03/mexico-con-mala-posicion-en-corrupcion> Fecha de acceso: 30 de enero, de 2014

23 *Diario Reforma*, columna Templo Mayor, 21 de enero, 2014

Pero, ¿es esta la solución o será parte del problema por el que atraviesa México en el sector salud? Se puede citar, por ejemplo, que el País ocupa una de los últimos lugares de la OCDE en diversos indicadores de este ramo, como:

- inversión como porcentaje del PIB: 3.1% versus 6% en promedio de la Organización y 8-9% en Estados Unidos, Alemania y Francia
- mortalidad infantil: 13.6 por mil nacidos vivos, versus 4.1<sup>24</sup>
- tasa de mortalidad neonatal: 8.6 por mil nacidos vivos versus 2.8
- razón de mortalidad materna: 43 por 100,000 nacidos vivos, versus 7.3
- tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino: 12.3 por 100,000 mujeres, versus 3.7
- tasa de mortalidad por accidentes de tránsito: 17.5 por 100,000 habitantes, versus 7.7
- esperanza de vida: 74.2 años, versus 80.1 para ambos sexos, en tanto que para mujeres es de 77.2 versus 82.8 años y, en el caso de los hombres, de 71.2 versus 77.3 años
- y bajo peso al nacer: 8.6% versus 6.8%.

Pero, además del panorama de rezago en el País que muestran los anteriores indicadores, se tienen otra serie de problemáticas a las que se debe responder de manera prioritaria, y que plantean retos difíciles de resolver con la planeación hasta ahora dada a conocer. Una muy importante, que resulta crucial en la satisfacción de necesidades de salud de la población es *la calidad de la atención*. Tomemos como muestra de análisis, uno de los procesos más sensible, por todas las implicaciones humanas y de salud que conlleva, no solo para la madre y el niño, sino para la sociedad en su conjunto: *la atención del parto*.

Un estudio basado en 200 testimonios, observaciones en salas de trabajo de parto y recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y de comisiones estatales, así como de grupos focales con médicos, coordinado por la UNAM<sup>25</sup>, revela prácticas médicas autoritarias en hospitales (públicos y privados), particularmente en el servicio de gineco-obstetricia. Regaños, humillaciones, alusiones a su vida sexual, bromas (“aguántate, así te gustó, antes abriste las piernas”) conminaciones, colocación del dispositivo intrauterino sin consentimiento y otras formas de abuso, son prácticas habituales en las que incurren los médicos en las salas de parto.

- El 25 de octubre de 2013, en San Jacinto Amilpas, municipio conurbado de la ciudad de Oaxaca, la médica de guardia indicó a la paciente que estaba por nacer su hijo, que aún no era tiempo, por lo que la mandó a recostarse; no obstante, al sentir

ganas de orinar Cinthia “N” se dirigió al baño y ahí nació su bebé. Los médicos de la clínica pretendieron ocultar el hecho, además el bebé presentó ictericia.

- El caso de Cinthia “N” se suma al de Irma López, indígena mazateca que dio a luz en el patio de la clínica del municipio de San Felipe Jalapa de Díaz (2 de octubre, 2013), al de Cristina López Durán (julio, 2013) y al de Ruth Mendoza (San Antonio de la Cal, 5 de noviembre)<sup>26</sup>.
- El 5 de noviembre de 2013, en San Antonio de la Cal, Oaxaca, Ruth Mendoza dio a luz en la calle, de madrugada, sin asistencia médica, mientras el doctor Adán Hernández dormía. La madre relata que el el médico la regresó a su casa sin hacer caso de los dolores que presentaba<sup>27</sup>.
- Según la nota periodística, el guardia despertó al médico y en tono molesto éste le contestó “por unos simples dolores vienen acá”. El doctor accedió a la revisión, checó el corazón al bebé y, según su apreciación, todavía no iniciaba el trabajo de parto; le dio la indicación a Ruth de que se fuera a su casa, pero los dolores continuaron, y a las tres de la mañana, cuando regresaban a la clínica, ya casi llegando, la mamá de Ruth, la Sra. Adriana Hernández, hace el siguiente relato: “Íbamos como a una cuadra, cuando me dijo mi hija ‘ya no aguanto’ y yo corrí para que viniera la ambulancia por ella, pero el chofer también estaba dormido; la enfermera le dijo al guardia que llevara la silla de ruedas, pero en eso gritó que ya había nacido”.
- “Yo llevaba una sábana, con esa cubrí al niño, pero estaba morado, no lloró, nada, y entonces fue cuando llegaron todos, el doctor, el chofer y decidieron mandarla al hospital en donde la recibieron de inmediato”. Adriana Hernández valora interponer una queja ante Derechos Humanos por el trato que recibió su hija en la clínica.
- En San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el 6 de octubre de 2013, muere la mujer indígena tzotzil Susana Hernández, de 26 años de edad, de la comunidad Cruztón (Chamula) por negligencia médica en el Hospital de la Mujer del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH-SSA). Llegó el viernes 5 de octubre en trabajo de parto. Según el personal presentaba presión arterial alta, fue sometida a cesárea y dijeron que “había sido un éxito”, pero a las 11 de la mañana del domingo informaron que había muerto por una complicación durante la cirugía. Según su papá, los médicos le hicieron tres procedimientos en la misma operación: cesárea, “extirpación de piedras en la vesícula biliar” y liga-

24 Salvo el indicador de tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, que corresponde al año 2010, el resto de indicadores corresponde a 2011. Fuente: Secretaría de Salud (SSA). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México, D.F., Diciembre, 2013. Disponible en: [http://www.hraei.gob.mx/doc/2013/prog\\_sectorial\\_salud.pdf](http://www.hraei.gob.mx/doc/2013/prog_sectorial_salud.pdf)

25 *La Jornada*, 23 de enero, 2014, p.35.

26 *La Jornada*, 17 de noviembre, 2013

27 *El Universal*, 6 de noviembre, 2013

dura de trompas, pero ningún familiar tuvo conocimiento de eso y, por ende, no dieron autorización para realizarlos. Personal del hospital presentó la "autorización" de Susana con una huella digital, a pesar de que ella sabía leer y escribir.

Violaciones: 1. No se proporcionó información completa sobre el estado de salud de Susana; 2. No se consultó a los familiares sobre las intervenciones que iban a realizar a la paciente; 3. No se les informó que el diagnóstico de hipertensión es una condición grave durante el parto; 4. No se informó de la causa del fallecimiento; 5. Los familiares tampoco fueron informados de que la recién nacida se encontraba con problemas de salud, además de que la entregaron a los familiares.

- Puebla. Hospital de la Mujer de Tehuacán. 7 de septiembre de 2013, una mujer tiene su parto en el piso de entrada del hospital. El director del hospital, José Hassan Chalíní, es destituido, no por lo que pasó, sino porque "no informó de manera oportuna" el incidente, que se conoció porque circuló en las redes sociales. El hospital apenas había sido inaugurado -en junio, 2013- por el gobernador Rafael Moreno Valle, con una inversión mayor a los 235 MP. Afortunadamente madre e hijo están bien.
- San Felipe de Jalapa de Díaz, 2 de octubre de 2013. Irma López Aurelio, mujer mazateca de 29 años, tiene su parto en el patio de la unidad de salud sin que fuera atendida. Adrián René Cruz Cabrera, médico exresponsable del centro, aseguró que desde hacía un año habían pedido otro médico para que puedan cubrir el turno de la noche. Desde que el centro opera desde 1975, tiene tres camas. "Hizo falta Irma para que nos mandaran un médico". No tienen personal ni insumos para atender a una población de 7 mil habitantes de la cabecera municipal, más las 69 comunidades que pertenecen a esa clínica.
- En una entrevista posterior, la pareja de Irma (Margarito Velázquez) dijo "no quiero despensas, quiero justicia". Asegura que se salieron de la clínica porque la enfermera les pidió que esperaran afuera, "porque el niño aún no estaba listo para nacer". Como a 10 metros de la clínica nació el bebé, las enfermeras lo recogieron del pasto y después le pidieron que comprara medicamentos.
- Huajuapán de León, Oaxaca, Hospital General "Pilar Sánchez Villavicencio", madrugada del lunes 27 de enero de 2014. Nancy, mujer indígena de 21 años, tuvo su parto en la banquetta, afuera del hospital, debido a que en el hospital le negaron la atención médica bajo el argumento de que le faltaban horas para el parto. Los Servicios de Salud de

Oaxaca (SSO) confirmaron la renuncia tanto del director del nosocomio, como del médico de guardia que recibió a la paciente. Según la SSO, el titular de Salud, Germán Tenorio Vasconcelos, visitó y atendió a Nancy, cuya hija pesó 3,350 gramos y está en observación<sup>28</sup>.

- La CNDH inició la investigación de las presuntas violaciones a los Derechos Humanos de Nancy. Para ella, las mujeres indígenas, más aun en estado de gestación, deben ser atendidas sin distinción alguna... por la situación de vulnerabilidad en que se encuentran estos grupos... [por lo que] es necesario garantizar que tengan acceso a servicios de salud eficientes, oportunos, gratuitos y que se cumpla con el abasto adecuado de medicamentos y de personal médico capacitado<sup>29</sup>.
- El maltrato a mujeres en trabajo de parto, es un creciente problema en México y América Latina que requiere de soluciones urgentes. Según, Raffaella Schiavon, secretaria técnica del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), ello obedece tanto a problemas estructurales, tales como sobrecarga de trabajo en los servicios de salud y las deficientes condiciones laborales de médicos y enfermeras, como por el aprendizaje personal del maltrato y la violencia de género que se reproduce en los hospitales<sup>30</sup>.

Peor aún, de acuerdo con una evaluación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), al Seguro Popular (SP) en el periodo 2012-2013, este programa no ha mejorado las condiciones de salud de la población, tiene una mala distribución del personal médico (ya sea por zona geográfica, cargas de trabajo u horarios de atención) y existen elevados tiempos de espera para obtener atención ambulatoria. Donde sí tuvo efectos fue en la reducción de gastos catastróficos y en una mayor probabilidad de uso de servicios de salud de la población afiliada. En 2012, el SP contó con un presupuesto ejercido de 64 mil millones de pesos. De hecho, se reconoce que la cantidad de recursos existentes no es el factor determinante en la calidad de los servicios, sino la forma como se utilizan y operan, por lo que es necesario que se apliquen mecanismos eficaces de seguimiento del gasto que aseguren que los fondos transferidos a los estados, y el financiamiento estatal comprometido, se apliquen a la infraestructura y al personal. El SP tenía hasta 2011 una afiliación de 58 millones de personas, aunque, según el Coneval, menos de la mitad de los beneficiarios han recibido información sobre sus derechos en el momento de su inscripción<sup>31</sup>.

28 Disponible en: <http://www.El Universal.com.mx/estados/2014/calle-niegan-asistencia-luz-982830.html> Fecha de consulta, 27 de enero, 2014

29 Disponible en: <http://www.El Universal.com.mx/estados/2014/cndh-investiga-parto-afuera-de-hospital-en-oaxaca-982825.html> Fecha de consulta, 27 de enero, 2014

30 *La Jornada*, 24 de enero, 2014, p.37

31 *La Jornada*, 13 de noviembre, 2013

Gustavo Leal nos enlista las siguientes fallas estructurales del SP<sup>32</sup>:

- Programa federalista en extremo centralizador (que explica los episodios de corrupción que acompañan su operación) e impide gestionar descentralizadamente las necesidades propias a cada nivel territorial, coordinando esfuerzos entre partes soberanas. Es decir, políticamente no hay autonomía de las entidades, pues no participan en la formación de la voluntad del conjunto de la federación.
- Catálogo de beneficios que no se ajusta a lo que enferma y mata a los asegurados, que se impone de manera indiscriminada, sin considerar el perfil local de daños de las diferentes patologías estatales. En este sentido, anula la soberanía sanitaria de los estados (la de orientar su propia política de salud y seguridad social ajustada a sus perfiles demográficos y de morbi-mortalidad) y les impone un cuadro racionado de morbi-mortalidad vía el Catálogo Universal de Servicios Esenciales (Causes).
- Inhibe la libertad diagnóstica del juicio médico-clínico al restringirla a las intervenciones que contempla el catálogo esencial.
- Económicamente, la distribución de los costos y beneficios no es equilibrada. El mecanismo con que la Federación debería redistribuir los recursos no llega a las entidades que más lo necesitan desde las más productivas.
- Además de la pesada burocracia del SP, a las 32 secretarías de salud (SESA), hay que sumar 32 oficinas burocráticas denominadas Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
- Junto con programas afines, el SP forma parte del racionamiento de prestaciones sanitarias que se imponen a la población: 13 intervenciones del componente de salud de Progres- Oportunidades; 285 intervenciones del Causes, 58 del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y 131 del Seguro Médico Siglo XXI.

Por otra parte, la principal institución de seguridad social en el país, el IMSS, tiene a sus unidades de medicina familiar (UMF), las cuales constituyen el primer nivel de atención (PNA) de los servicios médicos en el "límite de sus capacidades", debido a la saturación de pacientes, desabasto de medicamentos, desorden e insuficiencia del personal médico, así como falta de capacidad resolutoria de los servicios porque el personal médico carece de estímulos para realizar su trabajo con calidad y calidez. Para Javier Dávila Torres, director de Prestaciones Médicas, las 1,200 UMF del IMSS están en el olvido a consecuencia de haberse

privilegiado el crecimiento de los grandes hospitales de alta especialidad. Ante dicha situación, señala que se han iniciado medidas para fortalecer el PNA, entre las que destacan la recuperación de la figura del médico de cabecera, la utilización de recetas resurtibles y la optimización de los recursos<sup>33</sup>.

Las UMF, además de ser el primer punto de contacto entre derechohabientes e IMSS, son los sitios en los que idealmente debería atenderse el 80% de los padecimientos, pero no funciona, lo que repercute a su vez en la saturación de los servicios de urgencia hospitalarios y el aumento de enfermedades graves como el cáncer. Es decir, su funcionamiento está estrechamente vinculado a la prevención y detección oportuna de dicho tipo de enfermedades que, si no se realizan de manera adecuada, son causa de complicaciones cuya atención es de alto costo y de muertes prematuras.

Dávila agrega que el cáncer de mama provoca más de 5 mil fallecimientos al año y es la principal causa de muerte en mujeres por tumores malignos. Si las mujeres afectadas tuviesen un diagnóstico en sus etapas iniciales, sus probabilidades de sobrevivir e incluso curarse son superiores al 80%.

No obstante, las medidas anunciadas para el fortalecimiento de las UMF, no atienden las causas originarias de la situación descrita, ya que el deterioro de los servicios está estrechamente relacionado con la aprobación de las reformas neoliberales al IMSS, efectuadas entre 1995 y 1997: se permitió la reducción de las cuotas patronales, se estructuró un seguro de salud con perfil deficitario y se traspasaron los fondos de retiro, cesantía y vejez -cuyas aportaciones constituían la principal fuente de reservas financieras del IMSS- a las administradoras de fondos para el retiro (Afores). Mientras en el IMSS persiste el desabasto, la insuficiencia de espacios y las deficiencias administrativas, las instituciones financieras encargadas de administrar los fondos de pensiones acumulan una bolsa que, con todo y las minusvalías que sufren recurrentemente, asciende a más de dos billones de pesos<sup>34</sup>.

Así, mientras las Afores ganaron más de 20 mil millones de pesos (mdp) en 2013, los trabajadores perdieron ahorros para el retiro, debido a las millonarias "minusvalías" (pérdidas), a la baja rentabilidad y a las altas comisiones que cobran las Afores, lo cual bien puede considerarse como un despojo permanente para los trabajadores<sup>35</sup>. En este sentido, ellas tuvieron un rendimiento de tan solo 3.79% en 2013, cifra por debajo de la inflación de ese año<sup>36</sup>.

Expertos de la Academia Mexicana de Derecho Fiscal calculan que alrededor de 4 millones de personas trabajan

32 Leal, Gustavo (2013) "El Seguro Popular de Enrique Peña Nieto: ocaso del anhelo federalista", *La Jornada*, 26 de octubre

33 *La Jornada*, 17 de noviembre, 2013

34 *La Jornada*, 17 de noviembre, 2013

35 *La Jornada*, 2 de enero, 2014, p. 11.

36 Sergio Sarmiento, *Reforma*, 9 de enero, 2014

para empresas contratadas por un tercero (el denominado *outsourcing*). Ello significa que 14 mil empresas no pagan impuestos al emplear este mecanismo y, según la Auditoría Fiscal Federal del Servicio de Administración Tributaria, la subcontratación ocasiona una evasión anual de 3,800 millones de pesos. Según el INEGI, en 1998 cuando comenzó el *outsourcing* había 950 trabajadores bajo este régimen, en 2008 ya había 2.7 millones y actualmente alrededor de 4 millones. A su vez, la Asociación Mexicana de Empresas de Capital Humano afirma que la subcontratación de servicios crece a una tasa cercana al 10% anual. Una de las características del *outsourcing* es que permite a las empresas no responsabilizarse de la seguridad social, de los impuestos, ni de los salarios ni del aguinaldo<sup>37</sup>.

Hay que agregar la problemática relativa al envejecimiento de la población, la cual crece a pasos agigantados al País. De acuerdo con datos del Censo de Población 2010, 10'055,379 (9.06%) personas tienen 60 o más años de edad, pero la tasa de crecimiento que ha tenido este grupo de población entre los años 2000 y 2010 fue de 3.8% (cifra que supera al de la población general), de tal forma que se espera que, para el año 2029, pase a 20 millones de habitantes, es decir, se duplique<sup>38</sup>.

En este contexto, la gran pregunta es si el gobierno implementará las medidas necesarias para que la población llegue en condiciones de vida saludables, pues recientemente el relator especial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre el Derecho a la Alimentación, Oliver De Shutter, se manifestó extremadamente preocupado por la participación de Nestlé y Pepsico en la Cruzada Nacional contra el Hambre de Sedesol, ya que el consumo de refrescos y comida chatarra es responsable del problema de obesidad de los mexicanos y ahora estas empresas buscan dar una imagen positiva. Para De Shutter, se requiere la distribución de alimentos y verduras frescas, así como una mejor calidad del agua potable, ya que la población no le tiene confianza, y esto ha contribuido a elevar el consumo de refrescos en los niños<sup>39</sup>.

Un problema adicional es que la publicidad en favor de bebidas azucaradas y comida chatarra tiene una enorme influencia en la población joven de México, y debe tomarse en cuenta que México está en los primeros lugares en obesidad infantil, lo que se debe básicamente al consumo de estos productos y a las diferentes estrategias de mercado tan agresivas que han sido utilizadas. “México podría ser el típico caso clínico donde hay énfasis en incrementar la disponibilidad de calorías para poder reducir

37 Emplean con ‘outsourcing’ a 4 millones de mexicanos. Disponible en: <http://www.nortedigital.mx/article.php?id=24057> Fecha de acceso, 28 de enero, 2014.

38 Numeralia de los adultos mayores en México 2012. Instituto de Geriatria. Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos\\_institucionales/numeralia\\_envejecimiento\\_2012.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf) Fecha de acceso: 27 de enero, 2014

39 “Insuficientes, impuestos a refrescos y comida chatarra”, *La Jornada*, 19 de noviembre, 2013, p.8.

los niveles bajos de nutrición, sin tomar en consideración el tema de la inocuidad de las dietas y que éstas deben ser balanceadas”<sup>40</sup>.

De Shutter señaló que durante muchos años las políticas agrícolas no han apoyado la producción de alimentos y verduras para una dieta adecuada de la población. Esta situación debería revertirse para que las personas tengan acceso a alimentos menos procesados y más frescos. Además, tendría que mejorarse la calidad del agua que se envía a través de las tuberías, para que la gente la pueda utilizar para cocinar y beber.

### **Corolario e introducción a la segunda parte de este trabajo**

¿Por dónde, hacia dónde, con qué y cómo se llegará a la supuesta y tan publicitada universalidad de los servicios de salud? ¿Sólo interesan números de cobertura, acciones y de “resultados”? ¿Y la calidad? ¿Y cómo se abordarán los principales problemas de salud que mayor morbilidad generan entre la población? ¿Qué medidas se desarrollarán para satisfacer las necesidades de dos de los grupos poblacionales, cuyo panorama en términos de salud y seguridad social no luce muy promisorio: la de los niños y jóvenes, así como los adultos mayores?

En el *Programa Sectorial de Salud (PSS) 2013-2018* se señalan los siguientes objetivos, estrategias y líneas de acción<sup>41</sup>:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (SSA)

El 24 de octubre de 2013, al felicitar a los diputados por la aprobación de las reformas constitucionales para establecer como derechos de los mexicanos el seguro de desempleo y la pensión universal para los mayores de 65 años, Enrique Peña Nieto dio un amplio reconocimiento al IMSS y estableció que esta institución será fundamental para “hacer realidad los derechos de los trabajadores que hoy se encuentran en la informalidad y que opten por regularizarse. A partir de una atractiva oferta de servicios de salud y de prestaciones sociales, junto con el régimen

40 *Ibid*

41 Gobierno de la República (2013), *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Salud, México*

de incorporación que contempla la reforma hacendaria, el IMSS será un gran promotor de la formalidad y de la productividad”, y definió que el SINASU servirá para mejorar los servicios médicos y generar sinergias que permitan un uso más eficiente de la capacidad instalada, evitar duplicidades en la cobertura y homologar los servicios y las intervenciones médicas<sup>42</sup>.

Una iniciativa interesante de analizar es la propuesta del Gobierno del Distrito Federal para incorporar una serie de elementos tecnológicos en la búsqueda de la universalidad de servicios, tales como el expediente clínico electrónico (ECE), para que los capitalinos no tengan que “estar repitiendo historias clínicas en cada atención”, con lo cual se harán más eficientes los procesos clínicos y médicos<sup>43</sup>. Bajo un contrato por 229 millones de pesos, adjudicado a Telmex y Everis Consulting, el sistema del ECE será la base con la que en 2015 funcione el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria, que conectará todas las instalaciones, controlando y registrando la totalidad del proceso: desde la programación de consultas hasta el seguimiento postoperatorio. El sistema “soportará servicios de telemedicina para referencia entre especialistas, segunda opinión y monitoreo remoto de pacientes con intercambio seguro de voz, datos, imágenes y video, así como la transmisión de datos vitales de pacientes con ambulancias o con los médicos mediante aplicaciones en teléfonos móviles o tabletas digitales. El sistema también incluirá el Índice Maestro de Pacientes, Médicos, Enfermeras y Paramédicos Institucional, que permita gestionar los datos de las personas e identificarlos de manera única<sup>44</sup>.

Sin embargo, como bien señala Gustavo Leal, la eficacia del sistema sanitario está determinada, en principio, por el modelo operativo que delinea su funcionamiento. El perfil específico del equipo de salud (clínico, técnico y administrativo) que soporta la operación cotidiana del servicio, debe responder a las prioridades/capacidades que dicta ese modelo. Si bien el uso de herramientas tecnológicas son muy útiles, así como también un sólido apoyo, es necesario no perder de vista que el modelo médico-clínico es el que, en primera instancia determina en gran medida, la oportunidad y resolutivez del sistema. Si este sistema pretende estar acorde con la estrategia federal de que en el SINASU se dé la convergencia de esfuerzos y la portabilidad de derechos para las personas, ello no es solo un reto tecnológico. Su integración es necesaria, pero insuficiente para garantizar oportunidad y resolutivez efectiva.

En este sentido, observa Gustavo Leal, el modelo médico-clínico necesitaría, además de la mera incorporación de

herramientas informáticas, una reorganización de servicios que permita la integración de procesos y servicios que se brindan en los distintos niveles de atención médica.

En lo que respecta a la pensión universal para adultos mayores (de 65 y más años de edad), vale la pena destacar que en nuestro país únicamente incluye un apoyo económico de aproximadamente 580 pesos mensuales. Ello contrasta con el *Medicare* de Estados Unidos de Norteamérica, en el que también gozan de servicios médicos, de laboratorio y medicamentos gratuitos.

Finalmente, en lo que toca al Seguro de Desempleo, al decir del Observatorio del Salario de la Universidad Iberoamericana<sup>45</sup>, tiene fines mediáticos y se instrumentará con recursos de los propios trabajadores a costa de su ahorro para el retiro y esto es altamente riesgoso. “Este mal llamado seguro de desempleo no operará con recursos del Estado, sino será parte del 5% de los fondos de los trabajadores que bimestralmente van a sus subcuentas de vivienda”, lo que pone en riesgo a los trabajadores formales para contar con ahorros de retiro dignos y podría provocar un nivel de vida precario y depauperado en el futuro”.

Dicha iniciativa establece que “todo trabajador tiene derecho a contar con una subcuenta mixta donde se aloje el fondo para el seguro de desempleo en su cuenta individual, en términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, en la cual se realizarán las aportaciones patronales de 2% del sueldo del trabajador”.

Así, el financiamiento del seguro de desempleo estaría a cargo del trabajador, considerando que serían los fondos de su cuenta de ahorro para el retiro de donde saldrían los mismos; por tanto, “en sentido estricto no es un seguro de desempleo, sino una prestación a la que ya tienen acceso los trabajadores formales”, y sólo se están haciendo modificaciones a las condiciones de acceso a estos fondos, “lo que es un engaño”<sup>46</sup>.

En consecuencia, se puede afirmar que el seguro de desempleo no solo no representa avance alguno hacia un sistema de seguridad social universal, dado que se limita a los trabajadores del sector formal afiliados al régimen obligatorio del IMSS o del ISSSTE, con lo cual solo una tercera parte de las personas ocupadas en el país se beneficiarían de dicho seguro, sino que se puede considerar inclusive retrógrado, debido a que el costo del mismo recaerá sobre los propios trabajadores y no en el erario, lo que prefigura efectos nocivos para los asalariados, pues provocaría que vieran reducida su aportación a cuenta de vivienda de 5 a 2%, lo que plantea dificultades adicionales para que tengan acceso a créditos habitacionales y

42 “Apuesta Enrique Peña Nieto a que el IMSS saque de la informalidad a los trabajadores”, *La Jornada*, 26 de octubre, 2013

43 Leal, Gustavo (2013) “¿Universalidad sanitaria digital en 2015?”, *La Jornada*, 18 de enero, 2014

44 *Ibid*

45 “Seguro de Desempleo: demagógica y tramposa de la reforma hacendaria”: Observatorio del Salario de la Universidad Iberoamericana. *La Jornada*, 16 de octubre, 2013

46 *Ibid*

amenaza con una reducción estimada de 70% en las operaciones del Infonavit, lo que a su vez desincentivaría la construcción y compra de edificaciones nuevas y generaría una afectación que pudiera ser transversal al conjunto de la economía<sup>47</sup>.

El 13 de octubre de 2013, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y diputados del PRI y PRD rechazaron constituir el fondo para el seguro de desempleo con recursos distintos a la aportación patronal a la subcuenta de vivienda: "para la SHCP no hay otra vía de financiamiento para el seguro, que sólo proporcionará una compensación a trabajadores en el desempleo por 60% de su salario, mismo que se reducirá hasta 40%, y se entregará una sola vez y durante sólo 6 meses"<sup>48</sup>.

---

47 "No hay marcha atrás en financiamiento del seguro de desempleo: diputados", *La Jornada*, 14 de octubre, 2013

48 *Ibid*

Tanto la Pensión NO universal como el Seguro de Desempleo Temporal, también NO universal, son objeto de tratamiento detallado y específico en la serie de libros que siguen a éste, y que se ocupan de la propuesta Peña de seguridad social universal.

En suma: ¿queremos un piso *mínimo* de servicios -si bien nos va-, cuando necesitamos una verdadera -y no demagógica, ni virtual- seguridad social *integral*?

**2013.**

## **PASOS INICIALES PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.**

### **FALLAS DEL SEGURO POPULAR. RETOS DEL IMSS E ISSSTE.**

#### **LA INDUSTRIA DEL SEGURO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

##### **1. Plan Nacional de Desarrollo (PND): despeñaron el seguro “universal”**

Como se anticipara oportunamente –mientras conocemos el Programa Sectorial de Salud, así como la reforma fiscal– la presentación del Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 confirma que la oferta electoral de Peña Nieto por una seguridad social “universal” -diseñada por Santiago Levy- constituyó sólo una coartada “social” para justificar reformas hacendarias con elevación de impuestos (IVA) y reducción de prestaciones sociales<sup>49</sup>.

Con la reforma laboral de 2012 a costas -y sus impactos por los nuevos tipos de contratación y *outsourcing* sobre el financiamiento del IMSS-ISSSTE-, los contenidos de salud y seguridad social del PND corroboran la inviabilidad técnico-política de aquella oferta electoral. Sólo proponen “asegurar” el acceso a servicios de salud (p. 117), y simultáneamente sólo “ampliar el acceso” a las instituciones de seguridad social (p. 118). En suma: sólo “avanzar en la construcción de un sistema de seguridad social universal” (p. 117).

Con una “consulta ciudadana” escuálida, el PND es ambiguo sobre el futuro del Seguro Popular al que reconoce (“preparar el sistema para que el usuario seleccione al prestador de servicios”, p. 118), y simultáneamente crítica (p. 47), aunque promueve “esquemas innovadores de financiamiento público-privado para impulsar la sostenibilidad financiera de los organismos públicos, p. 119”, tal y como solicitara el sector asegurador.

Y es también impreciso sobre los determinantes financieros que pesan sobre IMSS e ISSSTE. Sigue propalando la trampa mediática respecto al “peso” del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, sin atender el fracaso esférico de la reforma Zedillo al IMSS. Tampoco reconoce el endeble soporte financiero de la reforma Calderón al ISSSTE. Pero asume “impulsar la sustentabilidad del sistema de pensiones, considerando transiciones hacia esquemas de contribución definida” (p. 119), tal y como solicitara la Asociación Mexicana de Afores (Amafore).

Así que el ofertado sistema “universal” de cuatro derechos “exigibles” quedó reducido a la portabilidad y convergencia, fortaleciendo “la rectoría de la SSA” (p.53), ya anticipadas en el Pacto por México (Compromiso 1).

Pero la verdadera “universalidad” de Peña prefiere responsabilizar al ciudadano enfermo por sus “hábitos”, tal y como anticipara en su discurso el Día Mundial de la Salud: “los buenos hábitos son las herramientas que necesita-

mos para construir un país más sano, vigoroso y dinámico”. El PND sólo admite “hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud” (p. 117).

La principal demanda ciudadana, mejorar servicios y actualizar el catálogo de prestaciones en consonancia con la ciudadanía plural del siglo XXI, fue ignorada en campaña y vuelve a estar ausente en el PND.

Los presuntuosos cuatro derechos “exigibles” propalados por Peña en campaña y exaltados -como seguro “universal” por un coro de voces que conjugó intelectuales mediáticos e intereses- quedan reducidos a una inercia gubernamental que no termina por abrirse camino propio “cercano e incluyente” para dotar al usuario-paciente de salud y seguridad social resolutive y ajustada a su real ciudadanía.

Al igual que sucede con la política educativa, en la de la salud y la seguridad social el PND está más cerca de los estudios más recientes de la OCDE sobre el asunto (2012-2013), que de su propia oferta electoral.

Como en los tiempos de Salinas de Gortari (Programa Nacional de Solidaridad, PRONASOL), el auténtico programa “social” de Peña camina por la ruta de la Cruzada Nacional Contra el Hambre, incluyendo la “política” de salud y seguridad social: los “avances” en el seguro para jefas de familia y la pensión universal (Quinta y Sexta Decisión del Discurso de Toma de Posesión y Acuerdos 5 y 3 del Pacto por México). Como entonces, el PND encadena la salud y seguridad social a esa política “social” netamente asistencial, pero de alto impacto electoral: “generar esquemas de desarrollo comunitario a través de procesos de participación social” (p. 116). Para decirlo con la secretaria Mercedes Juan: “vincular la Cruzada con el Seguro Popular” (*La Jornada*, 8.5.13)

Así, la auténtica seguridad social universal ha sido desestimada. Al igual que en la materia educativa, el equipo electoral de Peña, primero, y después su equipo de gobierno, han sido incapaces de elaborar la política de salud y seguridad social del país que pretende convertir en “potencia emergente”.

Los contenidos del PND confirman, a cabalidad, la que desde un principio fue clara inviabilidad técnico-política del “sistema de seguridad social universal” de Levy y sus entusiastas e interesados promotores. Bajo la “potencia emergente” sexenal de Peña, “garantizar el ejercicio de

<sup>49</sup> Leal G. *La Jornada*, 25 de mayo, 2013

los derechos sociales para toda la población” (p. 115) permitirá atestiguar cómo se siguen parchando los parches: las fracasadas “reformas” de Zedillo al IMSS así como la de Calderón al ISSSTE. Y, por supuesto el multicuestionado Seguro Popular de Fox, Gil Díaz y Frenk, a través de la Nueva Ley de Contabilidad Gubernamental y el federalismo “articulado”, que en el PND contempla “la inclusión de los gobiernos estatales en la toma de decisiones del Sistema Nacional de Salud” (p. 105). ¡Eso es todo!

Por algo el PND no incorpora indicadores del asunto que “reflejen la situación del país en temas considerados como prioritarios” (p. 159), más que “Carencias de la población en pobreza extrema” del CONEVAL.

Despeñado el seguro “universal”, se administrará sin cambios de fondo y abriendo, ciertamente, nichos de negocios sectoriales. Pero con los objetivos y estrategias ya emplazados en su PND, Peña dispone de suficiente ambigüedad programática como para conducir la salud y seguridad social al mismo terreno de su proyecto educativo y petrolero.

## 2. El Seguro Popular de Mercedes Juan

Sólo en materia del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, la opacidad del Seguro Popular es escandalosa. De acuerdo con la fracción parlamentaria del PRI en el Senado, el Fideicomiso reúne recursos por casi ¡32 mil mdp! objeto de un manejo “poco claro”. Las instituciones, precisan, “sólo dan cuenta de cifras globales, sin especificar su uso detallado, destino y generación de intereses”. Para un tal proceder, los funcionarios hacendarios del calderonismo se ampararon sólo en una “indebida interpretación” de los artículos 9 y 10 de la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (*Reforma*, 26.10.12)<sup>50</sup>.

Por lo que hace a la prestación misma de los servicios, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) documentó, en su *Reporte sobre la Discriminación en México 2012*, que la salud en México es un bien al que se accede de manera inequitativa. “Quienes son más vulnerables: mujeres, jóvenes, adultos mayores, discapacitados y población de la diversidad sexual y tienen menos acceso a los recursos para la salud, se enferman más y mueren antes que las que se encuentran en posiciones más privilegiadas”.

Otro destacado elemento de discriminación, enfatiza el *Reporte*, está relacionado con la cobertura de las enfermedades “catastróficas”. En el Seguro Popular se cubre el cáncer de mama “sólo durante cinco años por paciente”, mientras que el que causa más fallecimientos al año, el de próstata, “fue incluido apenas hasta fines de 2011”. En el IMSS, detalla, se atienden más de 12 mil diagnósticos y “en el Seguro Popular menos de mil 800”.

<sup>50</sup> *La Jornada*, 22 de diciembre, 2012

Por la naturaleza del diseño extraordinariamente centralista del Seguro Popular, para así racionar tecnocráticamente el paquete de “derechos” o “beneficios” que publicita (Catálogo Universal de Servicios Esenciales, CAUSES), el programa no mejoró el panorama sanitario. Esa naturaleza se expresa, además, en una operación programática crecientemente comprometida que no se resolverá sin ajustes profundos y de fondo al modelo federalista en curso. Se trata de un serio problema que deberá enfrentar, tarde o temprano, el equipo de Peña Nieto, si de mejorar efectivamente el perfil de la salud de los mexicanos se tratara<sup>51</sup>.

¿Cuál es el gran problema de ese *centralismo* sanitario? El Seguro Popular se presentó como un subsidio a la atención “médica” de las familias (luego de la persona), cuando apenas ofertó un paquete racionado de intervenciones (diseñado e impuesto desde el centro a los Estados) que no atiende la morbi-mortalidad efectiva. Los servicios son prestados por los Estados con fondos transferidos por la SSA federal mediante un mecanismo complejo basado en cuatro componentes: por familia (luego adecuado a la persona); ajuste de necesidades; esfuerzo estatal y componente de desempeño.

Se trata de administraciones paralelas con contrataciones que pesan sobre la nómina de los Estados. La SSA “compra” servicios a cada uno de ellos a cambio de pagos por capitación. Por su parte, los 32 sistemas estatales de salud (SESAS), transfieren esos recursos a sus unidades por servicio prestado o por presupuesto. Todo lo cual complica la administración. El Seguro Popular dispone, además, de 32 oficinas (Regímenes Estatales de Protección Social en Salud) sólo para inscripción, seguimiento y administración!

Los trabajadores son remunerados por honorarios, pero deberán incorporarse a la nómina. Los costos administrativos subirán. Además, las plazas que se contraten son responsabilidad de los SESAS, de acuerdo con perfiles laborales establecidos por la Federación. Esa responsabilidad incluye: seguridad social de las contrataciones, servicio médico, seguros institucionales, aportaciones a pensiones, jubilaciones y vivienda. El esquema de contratación estará sujeto a primeros nombramientos eventuales; segundos nombramientos por evaluación del desempeño y, finalmente, contratación anual dependiendo de la certificación del Consejo correspondiente. Todo lo anterior, en función de la disponibilidad presupuestal de la Federación.

Como apunta Guillermo M. Cejudo “uno de los legados más duraderos (no deliberado) de las administraciones Fox-Calderón será la consolidación de un sistema federal con grandes márgenes de autonomía política de los gobernadores pero con enorme dependencia financiera y entramado complejísimo de políticas intergubernamen-

<sup>51</sup> *La Jornada*, 28 de diciembre, 2012

tales con competencias empalmadas y no siempre bien definidas. Este arreglo no es eficaz, no ha servido para mejorar el desempeño de los gobiernos estatales ni ha favorecido la rendición de cuentas. La abigarrada distribución de competencias ha propiciado dilución de la responsabilidad sobre la generación de bienes, servicios y políticas públicas. Las burocracias estatales no avanzan en la construcción de capacidad técnica y control de la discrecionalidad del funcionariado. Es un federalismo, disfuncional, incompleto e ineficaz” (Los gobernadores y el regreso del PRI, *Nexos*, 416, agosto 2012).

El federalismo centralista del Seguro Popular diseñado por Julio Frenk y Francisco Gil Díaz no respeta el principio madre de todo federalismo: un contrato voluntario entre iguales. Pisotea la soberanía sanitaria de los Estados y les impone desde el centro un cuadro racionado de morbi-mortalidad vía el paquete CAUSES.

Este cuadro no cambiará con el arribo de Peña Nieto a la Presidencia de la República, ni con la nueva titular de la SSA: Mercedes Juan. El paisaje se agravará cuando los gobernadores presionen para garantizar “sus” recursos en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 y “debatan” la orientación de las políticas públicas del gobierno entrante. Hay que agregar la previsible imposición del sistema de seguridad social “universal”, que sólo contempla servirse del actual estado de cosas, sin enfrentar de raíz los desafíos que demanda la ciudadanía del Siglo XXI.

### **3. Regionalización de los recursos del Seguro Popular**

Con el pretexto de imponer nuevas obligaciones en materia de transparencia a estados y municipios, la nueva Ley General de Contabilidad Gubernamental sólo reforzará la naturaleza disfuncional de ese federalismo y operará como el garrote de la tecnocracia hacendaria frente al desafío que ya anticipan las tres arenas de conflicto entre la federación y los gobernadores: la disputa por los recursos, los programas, y la definición de las políticas públicas.

Opacada por la reforma laboral y sin dejar de reconocer el severo problema de endeudamiento y corrupción en estados y municipios, muy poco se debatió que esta nueva Ley -violentando la división de poderes y desplazando a la Auditoría Superior de la Federación- solidifica la tiranía hacendaria al concentrar y centralizar, ahora, el ejercicio del gasto público en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, siendo que -en rigor- se trata de funciones establecidas para el Congreso de la Unión y las legislaturas locales (artículos 79 y 134 constitucionales).

Son los estados quienes animan la Federación. No a la inversa. El reto es preservar la coordinación federal sin aplastar la soberanía estatal. Cuando, como bien aprecia Pablo Beramendi, en un verdadero federalismo se trata de

garantizar gobiernos eficientes, evitando que ellos crezcan injustificadamente. Además de la pesada burocracia de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a las 32 Secretarías Estatales de Salud hay que sumar 32 oficinas burocráticas más, denominadas Régimen Estatal de Protección Social en Salud. El federalismo del Seguro Popular impide gestionar descentralizadamente las necesidades propias de cada nivel territorial, coordinando esfuerzos entre partes soberanas.

En el largo plazo las ventajas del federalismo se palpan en que su claro diseño, justo en lo político y lo económico, se traduce en un compromiso permanente del nivel federal hacia un colectivo de entidades que se benefician por esa misma lógica federal y que rebasa sus soberanías particulares.

Como casos extremos, la fatal operación del Seguro Popular en Guerrero, Chiapas y Oaxaca muestra exactamente lo contrario: el injusto diseño federal devasta la producción de servicios. Políticamente no hay autonomía de las entidades, pues no participan en la formación de la voluntad del conjunto de la federación. Económicamente, la distribución de los costos y beneficios no es equilibrada. El mecanismo de seguro con que la federación debería redistribuir los recursos no llega a las entidades que más lo necesitan desde las más productivas.

El federalismo del Seguro Popular acusa las desigualdades entre las entidades del cuadro federal e incentiva que el conflicto sea cada vez más intenso. Este marco no cambiará con el arribo de Peña Nieto a la Presidencia de la República. El paisaje se agravará en cuanto los gobernadores presionen para garantizar “sus” recursos en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 y “debatan” la orientación de las políticas públicas del gobierno entrante.

Hay que agregar la previsible imposición del sistema de seguridad social “universal” que, hasta ahora, sólo contempla servirse de la actual situación del país, sin enfrentar de raíz los desafíos que demanda la ciudadanía del Siglo XXI.

El gran pendiente de ese federalismo disfuncional es cuánto tardará la maduración en la gobernanza como para que la precisa definición de las competencias de la Federación alcancen la debida precisión constitucional, reservando a la soberanía de los Estados todas las restantes. Entre ellas, muy señaladamente, la de orientar su propia política de salud y seguridad social ajustada a sus perfiles demográficos y de morbi-mortalidad.

En ausencia de esta voluntad política seguirá imperando la tiranía fiscal hacendaria —ahora fortalecida con la Ley General de Contabilidad Gubernamental— así como el racionamiento tecnocrático de las prestaciones sanitarias

que impone el Seguro Popular y sus programas afines: las 13 intervenciones del componente de salud del Programa PROGRESA-OPORTUNIDADES; las 284 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios Esenciales (CAUSES), las 58 del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FP-CGF) y las 131 del Seguro Médico Siglo XXI (antes para una Nueva Generación).

Como bien documentaron los gobernadores para el caso de la seguridad nacional de Peña Nieto: “nos parece muy acertada la regionalización de la estrategia y no llevar de manera generalizada problemas a donde no existen o no coinciden con otras latitudes, pero sí afinar con inteligencia y con estrategia cada una de estas en las regiones” (*Reforma*, 18.12.12)

En lo inmediato y mientras se modifican de raíz las reformas parches al IMSS e ISSSTE ¿sería ésta una ruta temporal para el Seguro Popular?

#### **4. Seguro Popular, ¿Guerrero como Tabasco?**

Ya desde 2006, frente al federalismo centralista del Seguro Popular diseñado por Julio Frenk y Francisco Gil Díaz -que Fox y Calderón publicitaron electoramente sin pausa-, los trabajadores de la salud guerrerenses reclamaron que los servicios estatales fueran devueltos a la Federación. La demanda se había escuchado antes en Tlaxcala y Zacatecas. Después de Chiapas y Oaxaca, ahora explotan las anomalías con los recursos del Seguro Popular en el que fuera un estado “modelo”: el de Tabasco de Granier<sup>52</sup>.

La historia del más reciente avatar sanitario sureño se agravó en 2008 y era ya insostenible en 2010.

Con 3 millones 300 mil habitantes, Guerrero se ubica entre los estados con más bajo índice de seguridad social. Dispone de 13 hospitales generales que operan deficientemente (estructura, equipo, personal), dos hospitales materno-infantiles, ninguna instalación de tercer nivel y mil unidades de atención primaria en malas condiciones, atendidas por pasantes. Y aunque cuenta con los institutos estatales de cancerología y oftalmología (organismos públicos descentralizados), son virtualmente inaccesibles a la mayoría de la población depauperada. La red no cumple con los estándares en atención de urgencias y nueve de los 13 hospitales generales rebasan la ocupación recomendada, mientras la atención de segundo nivel (cesáreas) se encuentra en nivel crítico.

En el principal hospital de Acapulco, Donato G. Alarcón en Ciudad Renacimiento, escasean los medicamentos del cuadro básico y no sirven los elevadores. Falta de todo. Cuando no se descomponen una caldera, no hay agua; las enfermeras piden jeringas al hospital del ISSSTE; no hay guantes, gasas, ropa, anestésicos ni antisépticos. El hospital se cae. Por falta de insumos dejaron de practicarse

cirugías programadas. Desde 2008 al aparato de rayos X le falta una pieza. 80 pacientes son remitidos diariamente a un laboratorio privado que cobra 500 pesos por placa sencilla. Los técnicos atienden con un equipo portátil que no cumple la NOM: carece del dosímetro. Las nuevas mastografías no tienen revelador ni licencia. Los servicios se suspenden.

Y sin embargo, Guerrero es una entidad con alta afiliación al Seguro Popular: poco más de un millón dotados de un presupuesto de casi 4 mil millones de pesos del que poco beneficio obtienen sus “beneficiarios”: ocupa el primer lugar en muertes maternas -con los hospitales de Acapulco, Chilpancingo, Tlapa y Chilapa a la cabeza- además de malos tratos a los afiliados, desabasto crónico, infraestructura insuficiente y agudos conflictos con las contrataciones.

En mayo de 2010 el vocero del gobernador Zeferino Torreblanca admitió que el Gobierno Federal no liberaba los recursos del Seguro Popular porque habían impuesto a los Estados “rigurosos” trámites para realizar la gestión. “No tenemos todavía los recursos, pero estamos trabajando con un remanente. La gente no se ha quedado sin el servicio”, remató.

Pero en marzo de 2011, mientras Calderón presumía sin tregua su fantástica cobertura “universal”, la prensa nacional difundió una extravagante foto donde el regidor del PVEM, Fernando Reina Iglesias, esquiaba a pie descalzo en la laguna Pie de la Cuesta arrastrado por un helicóptero de la SSA-Guerrero, adquirido dos años antes en 30 mdp para el traslado de pacientes ubicados en comunidades lejanas en extrema pobreza con recursos del Seguro Popular, pero que el Gobernador Torreblanca empleaba en giras.

Pocos días antes, Guerrero vivió otro extraño suceso: una cuadrilla de misteriosos incendiarios prendió fuego a los archivos del Seguro Popular que se encontraban, coincidentemente, en una oficina contigua a la Secretaría de Finanzas, a menos de un mes de que el Gobernador Torreblanca entregara el poder al ex priísta, ahora perredista, Ángel Aguirre.

La ASF detectó desvío de recursos y presuntos actos de corrupción en la Secretaría de Salud local: en 2008 un subejercicio de 40 mdp, en 2009 anomalías por 2 millones 500 mil pesos en bonos y compensaciones, además de medicamentos caducos, de lento o nulo movimiento, surtimiento en nivel crítico y aviadores. Se pagaron salarios a “comisionados” y otorgaron plazas de médico especialista a personal que no contaba con los requisitos. Durante el sexenio de Torreblanca fueron removidos del cargo dos secretarios y seis subsecretarios.

<sup>52</sup> *La Jornada*, 5 de enero, 2013

La propia Comisión Nacional de Protección Social en Salud -responsable federal del Seguro Popular-, reconoció en 2010 que la carencia de medicinas afectó a la mitad de los asegurados, aunque según la encuesta de satisfacción, 71% de los usuarios se dijo “satisfecho” con la entrega de fármacos.

Las quejas de los proveedores por motivos de incumplimiento se hicieron sonar. La Comisión tiene la obligación de transferir los recursos a las entidades trimestralmente, siempre que previamente reciba los documentos que acreditan que el gobierno del estado realizó su aportación para la operación de los servicios y aumentó el número de afiliados. En 2009, Guerrero cumplió esta disposición sólo hasta el segundo trimestre, por lo que las transferencias federales se redujeron en más de la mitad de lo previsto para ese año.

Al finalizar marzo de 2011 la Comisión Permanente del Congreso de Guerrero aprobó por unanimidad solicitar a la ASF y a la Auditoría General del Estado que levantaran una investigación a la Secretaría de Salud local.

A pesar del desabasto crónico en las regiones más marginadas, en abril, la Secretaría local dio de baja más de una tonelada de medicinas del cuadro básico porque nunca salieron del almacén y caducaron. Como Tabasco, ¿puede celebrar Guerrero la cobertura “universal” panista?

##### **5. ¿“Fortalecer” el Seguro Popular en Guerrero?**

Apenas designado Lázaro Mazón Alonso, como secretario de Salud del gobernador perredista entrante Ángel Aguirre, reconoció –en abril de 2011– que de los 900 centros de salud, 400 habían dejado de funcionar y al resto les faltaban medicamentos. “No sabemos cuánto nos va a costar reactivarlos. Las de la Montaña y Costa Chica dejaron de funcionar porque no hay personal médico ni medicinas. Para ponerlas a funcionar tenemos que esperar a que lleguen los recursos del Seguro Popular”<sup>53</sup>.

Por su parte, Jorge Salgado Leyva, nuevo secretario de Administración y Finanzas, calificó de “crítica” la situación financiera que encontraron en la Secretaría de Salud: “nos dejaron pasivos muy fuertes. No hay comprobantes de los recursos del Seguro Popular”.

El propio Contralor General del Estado, Julio César Hernández Martínez, comunicó que en la Secretaría de Salud existe un faltante de más de 100 mdp, sin incluir la compra del célebre helicóptero por 54 mdp con recursos del Seguro Popular: “las irregularidades se presentaron en la adquisición de medicamentos, contratación de personal y contratos asignados, todo en un período de cinco años”.

Pero cumpliendo su cansina norma, el entonces Secretario Federal de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, seguía

atribuyendo a los gobiernos estatales los problemas en la operación de clínicas y hospitales, así como la carencia de médicos y medicamentos. Como siempre, sostenía que cuando un Estado solicita a la Federación recursos para la construcción de una unidad de salud o de un hospital, debe contar con un plan que establezca cómo lo mantendrán a largo plazo, pero que no siempre lo hacen.

Para Córdova hubo “una descentralización de los servicios de salud. Es una responsabilidad de los Estados y de la Federación. Desde hace siete años no construimos clínicas donde al Gobierno federal se le antoje; se hacen donde los gobiernos estatales las solicitan y las justifican. Obviamente, en esta solicitud debe haber la planeación de respaldo para ver hasta dónde se puede crecer. Nosotros hemos cumplido cabalmente con la aplicación del recurso donde se ha solicitado porque sí hay necesidad. No se ha hecho probablemente alguna planeación global para dirigir mejor los recursos”.

Y cuestionado sobre el incumplimiento de los Estados en la operación y mantenimiento de las clínicas, Córdova sólo proponía “dotarlos de mayores herramientas para captar sus propios recursos y no depender de exclusivamente del presupuesto que les transfiere la Federación”.

Se comprende del todo que, en este marco, los trabajadores de la salud guerrerenses reclamaran que los servicios estatales fueran devueltos a la Federación misma demanda que, en su momento, levantó Vita Libreros Bango, entonces secretaria de Salud en Tlaxcala y, posteriormente la, entonces, gobernadora de Zacatecas, Amalia García.

Al culminar su gestión -junio de 2011- Córdova estimó que la SSA dejaría “de condicionar la entrega de recursos económicos a los estados a la presentación de los comprobantes de gastos con la finalidad de que los programas fundamentales no se suspendan o retrasen”.

Luego de siete años de operación del Seguro Popular declaró, “habrá que corregir los mecanismos de control y vigilancia”, refiriéndose a la falta de transparencia y seguridad respecto a la operación de los programas fundamentales del sector debido a que las entidades “disponen de dinero a discreción”.

Insistió en que “no se trata de acciones punitivas, sino de medidas constructivas para que ese recurso, que hoy es más abundante, genere más salud en los estados”, vía programas como el Seguro Médico para una Nueva Generación y Embarazo Saludable.

Pero la situación real del sector superaba con creces la visión federal de Córdova. En julio de 2011, la SSA-Guerrero debía más de mil mdp a proveedores, buena parte en el rubro de pasivos del Seguro Popular.

53 *La Jornada*, 30 de marzo, 2013

En octubre fueron denunciados 15 fallecimientos por un brote epidémico en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense de Chilpancingo, mientras la Secretaría de Salud local solicitaba a la Federación un incremento de mil 500 millones de pesos, adicionales a los que ejerció durante 2011.

En noviembre, médicos y enfermeras tomaron el Hospital Donato G. Alarcón en Ciudad Renacimiento, Acapulco, inconformes con la designación del nuevo director –el sexto en 22 meses– mientras denunciaban que carecían de papel higiénico, batas, cloro, lavandería e instrumentos para esterilizar. Paralelamente, los equipos de salud de la Clínica Avanzada de Atención Primaria en Salud (CAAPS) de la vecina colonia Progreso, protestaban por el nombramiento del nuevo director “porque se debe realizar de acuerdo con la base trabajadora”.

En diciembre, el ex gobernador perredista Zeferino Torreblanca acusó a su sucesor Ángel Aguirre de que funcionarios de su administración empleaban aeronaves del gobierno destinadas al traslado de enfermos de las regiones marginadas de Guerrero, y sostuvo que el secretario de Salud, Lázaro Mazón Alonso “no tiene calidad moral” para ocupar el cargo, toda vez que durante su gubernatura fue inhabilitado por incurrir en desvíos.

También en diciembre, la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México reportó que en Guerrero se apreciaban problemas de abasto en tres métodos anticonceptivos: implantes, inyectables y pastillas de anticoncepción de emergencia, lo que, aunado a la percepción del personal de salud, “puede convertirse en una barrera para su acceso”. Guerrero forma parte del grupo de 12 estados que concentran 75% del total de las defunciones maternas.

Pero Peña Nieto insiste en ¡mantener y fortalecer el Seguro Popular!

### **6. Cinco éxitos “rotundos” del Seguro Popular**

Al igual que la doctora Mercedes Juan, secretaria de Salud de Peña Nieto, una vez más la OCDE-Gurría puso por los cielos al Seguro Popular. Ya lo había hecho en *MEXICO. Mejores Políticas para un Desarrollo Incluyente* (septiembre, 2012) al sostener que “los avances hacia la cobertura universal de salud han sido extraordinarios. El Seguro Popular es innovador en muchos sentidos”. Pero en *Getting it Right. Una agenda estratégica para las reformas en México* (febrero, 2013) le subió el volumen: “Esto ha sido un éxito rotundo. A nivel mundial, es considerado un ejemplo de innovación”<sup>54</sup>.

¿Y lo es? Tal vez lo sea en la –ya larga– opaca y poco transparente operación resultante de fallas de fondo en su diseño, al ejecutar un programa federalista en extremo centralizador, que culmina en frecuentes episodios de corrupción. Como lo confirman –después de los sonados ca-

sos de Guerrero del ex gobernador Zeferino Torreblanca y en el de Oaxaca con el ex gobernador Ulises Ruiz– los siguientes cinco episodios recientes.

**Opacidad.** En febrero de 2013, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) documentó en su *Informe de Fiscalización de la Cuenta Pública 2011*, que durante ese año “los estados mantuvieron irregularidades en el manejo del gasto federalizado”. Se trata de prácticas “opacas que incumplen con informar sobre el destino de los recursos recibidos”. En el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Seguro Popular) se realizaron transferencias de recursos a cuentas bancarias de otros fondos o programas y falta la documentación comprobatoria de gastos. La ASF revisó todas las aportaciones federales en educación y salud que suman 705 mil mdp. La Comisión de Vigilancia de la Cámara de Diputados solicitará una auditoría “porque fue una gran cantidad de recursos que se entregaron al Seguro Popular y es necesario que los mexicanos tengan información precisa y clara”.

En abril, la ASF propuso a los diputados aprobar una ley de gasto federalizado para “ejercer” control sobre las transferencias debido a que persiste el “uso discrecional”, como se demostró con las auditorías al Seguro Popular. Aunque, precisó, se lograron “recuperaciones por 4 mil 401 mdp y probables por 8 mil 291 mdp, derivados de irregularidades como pagos a personal no financiables con esos fondos, falta de comprobación del gasto y transferencia de recursos a cuentas bancarias de otros fondos”.

**Tabasco.** Para mediados de febrero 2013 estaba claro que el ex gobernador priísta Andrés Granier sembró una crisis inédita en lo que, alguna vez, fue el modelo sanitario estatal de referencia nacional. Una colosal desaparición de fondos federales para el Seguro Popular por ¡mil 226 mdp! Los recursos se trasladaron a cuentas de terceros y se gastaron en destinos ajenos a los fines previstos sin comprobación y reintegro a las arcas de Tabasco.

En abril 2013, la doctora Mercedes Juan reconoció que “hubo desvío de recursos en el Seguro Popular de Tabasco”, aunque “se trabaja” de cerca con los gobiernos estatales y la Secretaría de Hacienda para “detectar anomalías” en la aplicación de ese dinero (*La Jornada*, 13.4.12).

**Michoacán.** Al culminar marzo 2013 la Procuraduría General de Justicia del Estado confirmó que investigaba un faltante por ¡930 mdp! destinados –en 2011– al Seguro Popular, durante la administración del ex gobernador perredista Godoy. Se presumen delitos por peculado, cohecho y falsificación de documentos.

**Veracruz.** En abril 2013 el secretario de Salud, Juan Antonio Nemi Dib, confirmó la suspensión de contratos con

<sup>54</sup> *La Jornada*, 27 de marzo, 2013

varios proveedores farmacéuticos ante el desabasto frecuente en hospitales del estado. La controversia se centra sobre la empresa de subrogaciones *Finamed* y respecto a la cual Nemi Dib ofreció realizar un “balance de su desempeño”. Y es que, según Servicios Sanitarios de Veracruz, hubo graves deficiencias en el equipo instalado por la firma en 12 hospitales durante 2012. Los contratos con *Finamed* iniciaron con el ex gobernador priísta Fidel Herrera desde el 2008. Poco después, Nemi Dib comunicó que se registraba un desabasto del 40% en las farmacias del Seguro Popular.

El 23 de abril, Nemi Dib anunció la expropiación del equipo médico que *Finamed* tenía en 11 hospitales para la prestación de servicios complementarios debido a que “se incurrió en violaciones al contrato”, como la falta de instrumentos suficientes y la intención de cobros improcedentes.

*Guanajuato*. En abril 2013 el gobernador panista Miguel Márquez cesó a dos funcionarios de la Secretaría de Salud que otorgaron contratos a una empresa involucrada en un fraude en la adquisición de equipos médicos por 294 mdp durante la administración de su antecesor, también panista, Juan Manuel Oliva.

Aunque la OCDE, respecto a estos “éxitos rotundos”, parezca estar francamente desinformada y frente a los cuales la recién aprobada Ley General de Contabilidad Gubernamental sólo refuerce la naturaleza disfuncional de ese federalismo que Peña Nieto prefiere calificar de “articulado”.

Pero mientras la doctora Mercedes Juan advierte que, vía el Seguro Popular, “lo que queremos es que una persona pueda elegir a dónde se quiere atender y, si llegáramos a esto, permitiría aumentar la competencia entre los servicios de salud y, de esta manera, mejoraría la calidad”, el hombre fuerte de Peña Nieto en la SSA, Gabriel O’Shea -Comisionado Nacional de Protección Social en Salud- declara que “aunque necesario” ese Seguro Popular demanda “ajustes legales para mejorar y asegurar el uso eficiente del dinero en beneficio de la salud de las personas”.

### 7. Evaluando los programas de salud

De acuerdo con María José Montiel, del Instituto Mexicano de la Competitividad, la suerte de las evaluaciones a los programas de salud es singular. La tarea para establecer resultados y medir el desempeño de la costosa capa alta de la administración pública federal ha realizado un sinnúmero de evaluaciones al sector, pero ellas casi no se usan para corregir y ajustar los programas multievaluados<sup>55</sup>. A pesar de las “buenas” intenciones de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria para que ellas pesen en las decisiones presupuestarias, fue preciso idear el “Premio a los Programas Federales Comprometidos con el Proceso de Evaluación” para estimular su uso correcti-

vo entre los tecnócratas que operan los programas.

¿De cuántas hablamos? Montiel extrae la siguiente cuenta: entre 1994 y el año 2010 se han realizado casi 600 programas relacionados con la salud y la formación de capital humano (*¿Qué pasa con las evaluaciones a los programas de salud en México?*).

Cerca del 50% de ellas se refiere a ejercicios de revisión de indicadores (evaluaciones específicas de desempeño) y sólo una quinta parte son de consistencia y resultados. Además de que las de impacto representan 9.1%, mientras que las de diseño suman 6.8% del total. Su costo entre 2008 y 2011, documenta Montiel, alcanzó 14.5 mdp.

Como correctamente concluye Montiel: “la verdadera meta de la evaluación se alcanzaría si sus resultados se utilizaran, más que como logros en sí mismos, como insumos para mejorar la operación de los programas” —cuando esto sea posible, habría que agregar—.

No sorprende que las evaluaciones sobre el diseño de los programas de salud sean las que alcancen el porcentaje más pequeño. Porque ¿qué hacer con el Seguro Popular y el (apenas rebautizado por los peñistas) Seguro Médico Siglo XXI que afilian, no curan, incentivan la informalidad y constituyen bolsas opacas al servicio de los Gobernadores que enmarcan la corrupción? ¿Cómo reformular a partir de esas evaluaciones sus proyectos, programas y políticas? ¿Es eso factible?

Lamentablemente las evaluaciones consignadas por Montiel poco se ajustan a las severas fallas de diseño de los programas (responsabilidad de Frenk-Gil Díaz para el Seguro Popular y Calderón para el Seguro Médico Siglo XXI) y se refieren básicamente a su cuestionable operación. Esas evaluaciones y sus respectivos evaluadores aún no acaban de ocuparse del tronco programático mal diseñado y priorizan el examen de sus follajes.

Algo similar -aunque aún más grave- ocurrió con la evaluación de la crecientemente criticada OCDE al IMSS: *Estudios sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica*. IMSS. En ella se consignó que: “no se reconoce a lo largo de la institución que la función de adquisiciones es un instrumento estratégico que contribuye a alcanzar los principales objetivos del IMSS. Esto impide que las oficinas de compras, muy descentralizadas geográficamente, trabajen de manera consistente y coherente, lo que da lugar a prioridades contradictorias, reduce la eficiencia y da lugar a niveles de desempeño de proveedores muy deficiente” (pp. 25-26)

Esta situación deriva del “modelo” de centralización impuesto por las administraciones de Fox y Calderón en el

55 *La Jornada*, 2 de febrero, 2013

IMSS-PAN (35 Delegaciones institucionales a nivel nacional), y la conversión (por Santiago Levy) del tercer nivel de atención (Centros Médicos Nacionales) en 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES) que responden exclusivamente al director general del IMSS.

El propio Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social exigió que se modificara la forma en que se administra ese servicio de alta especialidad porque es "ineficiente y caro". Quieren que "desaparezcan y vuelvan a ser como antes, parte del tercer nivel de atención". Según ellos las UMAES cuestan mil millones de pesos anuales "cada una". Además de que "no dan información sobre en qué se gasta el presupuesto". En ellas laboran casi 2 mil trabajadores de confianza. "Es una estructura muy obesa. Hay que reestructurar al personal de confianza, liquidarlo y regresarlo a sus bases, para que sea personal sindicalizado. También exigimos que se informe en qué se gastan esos recursos" (*Reforma*, 18.9.2011).

¿Cómo emplear la evaluación de la controvertida OCDE para "corregir" el monumental despropósito sanitario que resumen las UMAES panistas? ¿Se trata sólo de un fenómeno de incoherencia "administrativa" o la opaca y sospechosa manera de gastar que acontece en ellas estaría directamente relacionada con la corrupción endémica que caracterizó la administración panista del IMSS?

Es claro que las evaluaciones no son capaces de corregir el *status quo* del régimen impuesto por los panistas y que se sirven de la política de salud y seguridad social con fines de legitimación electoral (afiliaciones automáticas al Seguro Popular y al Seguro Médico Siglo XXI) que fomentan procesos opacos y poco transparentes. Es el caso del escandaloso episodio del fraude con los medicamentos del Seguro Popular en Guanajuato (*Proceso*, 1839) o la reciente "crisis" sanitaria tabasqueña que ya "ocupa" a la secretaria Mercedes Juan.

Esas evaluaciones tampoco entran a la raíz de los intereses económicos y corrupción endémica que pesan secularmente sobre las bolsas sectoriales (como en las UMAES de Levy) o el contrato multianual con la empresa Tata Consultancy firmado por el IMSS-Molinar Horcasitas, documentado profusamente por la ASF.

Como en el caso específico del CONEVAL, otro gran asunto pendiente es el de la urgente evaluación de los evaluadores.

### 8. ¿"Nacionalización" pensionaria en Banorte?

Durante 2012, las Afores ganaron casi 10 mil mdp en términos reales: la suma consolidada más grande desde que empezaron operaciones en 1997. El promedio de utilidades creció 20% real, aunque unas ganaron más que otras.

Mientras las de XXI-Banorte crecieron 90% y las de PENSIONISSSTE 34%, Banamex sólo ganó 7.2%. El negocio estable del SAR reporta beneficios anuales promedio del 21% entre 1998 y 2012. Y esas ganancias seguirán subiendo: con más cotizantes, los costos han bajado<sup>56</sup>.

Sucede lo contrario con el nivel pensionario de los trabajadores dueños de los fondos que enriquecen a las Afores. Las fallas de diseño del SAR y su modalidad mexicana de capitalización individual derivan de que se aguardó que los trabajadores ahorraran algo que los bajos niveles salariales imposibilitan de facto. Hasta 73% de los cotizantes devengan menos de 3 salarios mínimos y aun computando las mil 250 que establece la ley, sus cuentas individuales no alcanzarán una pensión "digna".

La reforma Zedillo al IMSS de 1997 operó con supuestos que nunca se cumplieron. La imposición del sistema de cuentas individuales -en una realidad económica tan dispar como la mexicana- culminó con que hasta 60% de la población carezca de toda capacidad para ubicar recursos en Afore.

Ese sistema de cuentas individuales no garantiza que la pensión sea alta ni para quienes detentan los niveles salariales superiores. En Afore, un trabajador que devenga 47 mil pesos mensuales (25 salarios mínimos) se jubilará apenas con casi 44% de su último salario.

Del total de 48.5 millones de cuentas individuales en el sistema "en 25 años sólo 6% podrá cubrir las mil 250 semanas por cuenta propia y hasta el 60% no tendrá manera de cumplir los requisitos y sólo tendrá derecho a retirar los menudos recursos debido al escandaloso cobro de comisiones que las Afores realizan en cada una de las cuentas". Mientras tanto, los "propietarios y funcionarios de las Afore cobran 30 mil dólares mensuales de sueldo, el cual obtienen de las comisiones que arrebatan sin control ni límite alguno a las cuentas individuales", Miguel Alonso Raya, vicecoordinador del grupo parlamentario del PRD en San Lázaro (*La Jornada*, 27.1.12).

Así que a Ernesto Zedillo, con la privatización del sistema de pensiones de 1995, le deben todos los trabajadores del Apartado A del artículo 123 constitucional que se jubilarán en 2021 -vía AFORES-, recibir apenas 2 mil 179 pesos de pensión. A Calderón (con Molinar Horcasitas en el IMSS-2008 y Miguel Ángel Yunes en el ISSSTE-2007) le deben todos los jóvenes mexicanos haber perdido el derecho a una garantía estatal para su retiro y su sometimiento a las comisiones e incertidumbre bursátil de su cuenta individual en las Afores y PENSIONISSSTE que, si acaso, les "garantizarán" la pensión mínima equivalente a un salario mínimo.

<sup>56</sup> *La Jornada*, 16 de marzo, 2013

A la reforma laboral 2012 de Calderón -acompañado de Peña Nieto- le deben todos los jóvenes mexicanos haber perdido la posibilidad de alcanzar la antigüedad que requieren las leyes IMSS-ISSSTE para ganar el derecho a sus prestaciones de salud y pensiones.

Con el supuesto argumento de "nacionalizar" el sistema privado de pensiones, la compra por Banorte -propietaria de la Afore Siglo XXI- de la Afore-Bancomer, desnuda más bien a un poderoso grupo financiero que pretende sentar sus reales en el nicho de negocios de las pensiones con una agenda tan agresiva como ambiciosa. Banorte va con todo por todo. De concretarse la adquisición, una sola Afore concentraría hasta el 30% de las ganancias del sector.

Al decir de Fernando Solís Soberón -director general de Banca de Ahorro y Previsión del Grupo y quien antes presidiera el ente regulador CONSAR- esta agenda contempla: 1) cambios en materia de seguros que "ayudarían a potenciar el sector de pensiones". Por ejemplo: "no distinguir entre trabajador asalariado y no asalariado: que ambos contribuyan a la seguridad social. Esto conduciría al 100 por ciento de cobertura". 2) Que los seguros de invalidez y vida no sean llevados por los institutos de seguridad social. Que sean las Afore las que contraten con compañías privadas. Ello se traduciría en ahorros "muy significativo de primas": que más recursos para los trabajadores en las cuentas individuales. 3) En vivienda y pensiones -que en el país está mezclado-, si parte de los recursos del Infonavit fueran manejados por las Afore, ayudarían al financiamiento de viviendas y la acumulación de recursos sería mucho mayor. "Si los recursos de vivienda de los últimos diez años hubieran sido manejados por las Afore, los fondos serán superiores entre 22 y 24%. Con más tiempo, serían mayores". 4) Otro pendiente es el seguro de riesgo de trabajo, para que sean las empresas las que paguen las primas, cuando en México se pagan al IMSS. Toda esta agenda requeriría cambios a las leyes del IMSS, ISSSTE e Infonavit (*El Financiero*, 22.11.12).

Con todo, no se aprecia por dónde la agenda "nacionalizadora" de Banorte pudiera revertir las tendencias del SAR que consolida jugosas ganancias para el administrador -por el nivel de las comisiones- y muy bajas pensiones para los propietarios efectivos de los fondos: los trabajadores, obligados a ahorrar forzosamente en Afores que ya suman recursos por un billón 900 mil mdp!

### **9. PENSIONISSSTE y la "falla de mercado" del Sistema Afore**

Según Alejandro Turner, vocal ejecutivo de PENSIONISSSTE, el sistema de administración privada de los fondos de pensiones (Afores), que inauguró Ernesto Zedillo con su "reforma" 1995 a la Ley del IMSS, acusa una "falla" de mercado que "merma" en forma significativa los recur-

sos que recibe un trabajador al momento del retiro<sup>57</sup>.

Para Turner, la "falla es la falta de información" del trabajador sobre el rendimiento que genera su ahorro y la comisión que debe pagar al administrador. Y pone un caso: tomemos dos personas que empiezan su vida laboral el mismo día, cotizan a la seguridad social durante el mismo tiempo y con el mismo salario y también se jubilan el mismo día. Quien eligió la Afore que cobra la mayor comisión y paga el menor rendimiento, tendrá una pensión de 5 mil pesos. El que optó por la que tiene la menor comisión y paga el mayor rendimiento obtendrá 20 mil pesos. ¡Magazo! Turner insiste en que no hay "información suficiente al público sobre este tema y es una falla del sistema".

¿Quiere decir que si estuviera "informado" podría saltar por encima de la "falla"? ¡De ninguna manera! Esa "merma" en absoluto resuelve los problemas de diseño de la "reforma" Zedillo que se traducen en pensiones apenas del 30% del último salario devengado.

Ya desde 2005 se documentó que un trabajador con vida laboral de 40 años y cotizando al IMSS cerca de 22 años, apenas aspiraría a una pensión equivalente al 25% de su último salario al momento del retiro. ¿Por qué? Sencillo: la tasa de densidad de su cotización sólo sumaría 56%. Entre otras fallas, la Ley Zedillo soslayó la precariedad laboral, los bajos sueldos, el empleo informal y los períodos de desempleo que impiden a los trabajadores cumplimentar los aportes indispensables para alcanzar una pensión digna. El diseño de esa "reforma" no vinculó adecuadamente el sistema de ahorro con la realidad del empleo, que incluye trabajadores que al ganar poco pueden aportar poco y, por tanto, no alcanzarán esa "dignidad" en su pensión. Por ello, el modelo Afore, al no incorporar el impacto negativo de la densidad de la cotización, ni su efecto en la carrera salarial, proyecta a sus afiliados saldos inexactos que en el mediano y largo plazo están fuera de lo real y posible.

Ese fatídico sistema de cuentas individuales, que Calderón extendió a los trabajadores de nuevo ingreso del ISSSTE (2007) y posteriormente a los del IMSS y CFE (2008), no garantiza ni el 20% del último salario devengado: cuatro salarios mínimos, incluso considerando las aportaciones del SAR92. ¿Por qué? Por los supuestos "irreales" del modelo: movilidad salarial, efecto de las comisiones, tasas de interés y nivel de los rendimientos. El problema son esos "supuestos". A lo cual hay que agregar, como el corazón del asunto, la propia naturaleza de las cuentas individuales, su estructura de comisiones y la intermediación financiera innecesaria que representan. El problema es esa modalidad mexicana de la "capitalización individual" que, a diferencia de otras -como la sueca- representa un riesgo patente que no proveerá pensiones dignas. Otros ejemplos. Por la baja aportación y la comisión pro-

<sup>57</sup> *La Jornada*, 2 de marzo, 2013

medio, una persona con 30 años de cotización que gana 44 mil 850 pesos mensuales y aumento salarial de 3.72% anual, alcanzaría solamente 13 mil 886 pesos de pensión: 15.46% de su último salario. Y un trabajador con mil 794 pesos de remuneración -y mismas condiciones que el anterior- apenas montaría una pensión de 934 pesos: 26.05% del último salario.

Así que el asunto no se resuelve con más o menos información. Es un problema estructural de la Ley Zedillo que urge reformar. La “falla” de mercado” de Turner -que conoce por haberse desempeñado como actuario autorizado para dictaminar planes de pensiones ante la CONSAR- sólo atiende el impacto de las comisiones sobre el nivel de la pensión, no el fracaso estructural de la Ley Zedillo.

Pero Turner no menciona que en Bolivia, Colombia, El Salvador, Bulgaria, Estonia, Hungría, Kazakhsan, Polonia y Eslovenia se han tomado acciones para evitar que las comisiones mermen la pensión. En ellas funcionan regulaciones que obligan a que las comisiones no sean mayores a las que cobran las sociedades de inversión o crear subastas de paquetes de afiliados para entregárselos a la que ofrezca la menor comisión. Otra vía, usada en Suecia, es que los administradores garanticen un rendimiento mínimo y, si no lo alcanzan, no cobran comisión.

Además, Turner declara que toda vez que el nivel de la comisión del PENSIONISSTE “es la más baja del mercado”: 0.99% “no sólo se beneficiarán sus usuarios, sino también los trabajadores que encargaron su ahorro a las Afores privadas”. Pero ¿cómo así cuando lo único que cambia es el impacto de la comisión pero, en lo absoluto, la falla estructural incrustada en la modalidad mexicana de capitalización individual?

Lo que Turner aún no empieza a explicar es el alto costo fiscal de la igualmente fracasada “reforma” Calderón al ISSSTE, así como la escasísima atracción que tuvo PENSIONISSTE (noviembre, 2008) dentro del universo de los trabajadores del Apartado A, lo cual ha terminado de hundir la “reforma”. Ahí la “falla” sí parece ser por “falta de información”.

### 10. A la puerta del ISSSTE de la “segunda” alternancia

Como ahora lo propala la Dra. Mercedes Juan desde la Secretaría de Salud de Peña Nieto, Sergio Hidalgo Monroy se estrenó en la dirección del ISSSTE-Calderón (marzo, 2012) ofreciendo “separar el gasto de pensiones del de la atención médica”. Pero su efímero paso por la segunda red nacional de seguridad social habría de depararle muy otras prioridades<sup>58</sup>.

En abril de 2012, el Tribunal Electoral del Poder Judicial

de la Federación ordenó al IFE investigar el presunto financiamiento ilícito al Partido Nueva Alianza con recursos públicos del ISSSTE-Yunes (*La Jornada*, 5.4.2012).

Poco después, la Federación Democrática de Sindicatos de Servidores Públicos -desprendimiento de la FSTSE vinculado a Elba Esther Gordillo en su ajuste político con Joel Ayala Almeida- obtuvo un amparo para incluir a sus representantes en los órganos de gobierno del Instituto.

En junio, la Secretaría de la Función Pública impuso multas millonarias e inhabilitó por 10 años a tres ex funcionarios del ISSSTE-Yunes por negligencia administrativa y violar los procedimientos de contratación (*Milenio Diario*, 29.6.12). De inmediato, Hidalgo suscribió un convenio general de colaboración con el IFAI para “fortalecer la transparencia y rendición de cuentas” en el Instituto. En esa ocasión la titular del IFAI, Jacqueline Peschard observó que “quisiéramos incluso que los servidores públicos ampliaran el universo de la información publicada por oficio respecto a aquella que sirva para rendir cuentas sobre el desempeño institucional de cara a sus derechohabientes y beneficiarios”.

Con más de cinco años de retraso respecto a la Nueva Ley del ISSSTE (2007), ya en pleno crepúsculo del calderonismo -julio 2012- Hidalgo instaló el Consejo Asesor Científico y Médico presidido por el Dr. Guillermo Soberón de FUNSALUD -principal impulsor del Seguro Popular junto con Julio Frenk- que fungiría como el “cuerpo consultor superior” del Instituto en todas las ramas y ámbitos comprendidos por las prestaciones, seguros y servicios que brinda. Hidalgo argumentó que el 56% de los 12 millones de derechohabientes tienen más de 40 años de edad, lo que hace “urgente” la adaptación de nuevas políticas.

Entre sus integrantes aparecía la Dra. Mercedes Juan, hoy secretaria de Salud de Peña Nieto y, por esos días, al frente de FUNSALUD; Roberto Tapia Conyer, director del Instituto Carlos Slim de la Salud, así como Gerardo Jiménez Sánchez, cuestionado ex director del Instituto Nacional de Medicina Genómica por la faraónica y turbia edificación de su sede (*El Universal*, 21.2.13).

Y en agosto, Monroy concibió una iniciativa brillante: los “préstamos por prevenir”. El ISSSTE destinó 50 mdp para préstamos que serían sorteados entre derechohabientes que respondieran una evaluación preventiva sobre padecimientos crónico-degenerativos. La meta era que un millón de afiliados respondieran la Evaluación de Riesgos de Salud de los Derechohabientes (ERES) para diagnosticar enfermedades. Ello les permitiría obtener un certificado bajo, moderado o alto y recibir en su correo electrónico sugerencias para prevenir padecimientos como hipertensión, diabetes, obesidad, adicciones o cáncer. Los 50 mdp alcanzarían para créditos a dos mil trabajadores que po-

58 *La Jornada*, 13 de abril, 2013

drían beneficiarse de los “prestamos rojos” que cubrían entre 80 y 300 mil pesos. Los créditos se sortearían entre aquellos que respondieran la encuesta en la página de internet institucional o directamente en consultorios. “Tenemos que meter a todo el mundo en el tema del cuidado de la salud”, sentenció Monroy.

En el Órgano Interno de Control, aseguraba Monroy en septiembre, hay “más de 50 auditorías abiertas” (en TURISSSTE, las áreas administrativas, de sistemas y en la médica) por la compra de equipos, mientras reconocía que a su llegada había heredado “muchas investigaciones” (*La Jornada*, 26.9.2012).

Días después comunicó que, por falta de planeación y la intervención de “demasiadas áreas y muchas manos” en la compra de medicamentos 2011, el Instituto había gastado 2 mil 500 mdp “más de lo que debía”. Por su parte, Manuel Pérez Cárdenas -entonces titular del FOVISSSTE- declaraba no querer más “escándalo” dado que el problema de los créditos en demasía “ya se resolvió”. Los trabajadores afectados aseguraban que sólo se había retirado el concepto de los estados de cuenta, “pero la deuda sigue”.

Para octubre de 2012 seguían causando polémica la mansión de Yunes en Boca del Río, Veracruz (*Reforma*, 30.10), mientras Monroy declaraba que el ISSSTE “tiene buena re-

lación con Elba Esther Gordillo”.

Sin embargo, dos días antes de dejar el cargo Calderón se despidió del Instituto asumiendo que lo había “salvado de la quiebra”, al tiempo que Monroy elogiaba a Yunes: “hay una gran gestión del director Yunes. Él hizo un trabajo excepcional. Así que los derechohabientes le tenemos que seguir muy agradecidos”.

En enero de 2013 se difundió la inhabilitación de su antecesor, Jesús Villalobos, no por su tenebroso paso en el ISSSTE, sino por una escandalosa desviación de fondos en Pronósticos Deportivos, su último encargo institucional.

Y un mes después, Sergio Hidalgo Monroy saltó del ISSSTE a la dirección general de la firma concesionaria de proyectos de infraestructura de transporte OHL, mientras su sucesor, el experimentado político Sebastián Lerdo de Tejada -designado por Peña Nieto el 4 de diciembre de 2012 y quien insiste en haberse separado, desde 2009, de la consultora LTG Lobbying México-, apenas pudo declarar que los 12 años de administración panista conforman “un paréntesis gris” dónde existen “franjas de corrupción” en prácticamente todas las áreas administrativas.



## PRONUNCIAMIENTOS SOBRE EL SEGURO UNIVERSAL DE PEÑA NIETO

Desde que se presentó la propuesta del Seguro Universal –en tiempos de que Enrique Peña Nieto era candidato a la presidencia en 2012–, ha habido muchas voces que, en mayor o menor medida, la defienden. En este apartado se presentan dichas voces que abarcan el periodo 2012-2014.

### **1. El PRI cambia sus Documentos Básicos (Programa de Acción) y retira la prohibición para aplicar impuestos (IVA) a medicinas y alimentos<sup>59</sup>**

Por unanimidad y en solo unos minutos, los más de 4 mil 300 delegados de la 21 Asamblea Nacional del PRI aprobaron sus nuevos documentos básicos para acompañar la gestión de Enrique Peña Nieto. Sin oposición alguna, los priistas avalaron a mano alzada eliminar los candados, colocados en su Programa de Acción desde 2001, para impedir que se impulsaran reformas que implicaran gravar con IVA alimentos y medicinas. De esta forma, la frase "El PRI defenderá la economía popular y no aceptará el IVA en alimentos y medicinas", se borró de los documentos y con ello se dejó la vía libre al gobierno federal para proponerlo y a los legisladores para impulsarlo<sup>60</sup>.

Es decir, se preparaba el camino de la venta de seguridad social barata, a cambio del IVA que les iba a dar muchísimos recursos.

### **2. Plantea Peña abatir la informalidad laboral**

En México, tres de cada cinco empleos son informales, advirtió Peña Nieto, por lo que, aseguró, la cifra ha de generar conciencia de que en este sexenio el panorama debe cambiar a la formalidad. En la conmemoración del Día del Trabajo, presentó los cuatro ejes de su política laboral.

La creación de empleos formales de calidad es el primer punto, pues calificó como preocupante que 60% de los trabajadores no cuenten con el amparo del marco legal o institucional, por lo que no se benefician de la seguridad social que deberían tener. Esto afecta, principalmente a jóvenes, a adultos mayores, a personas con menor escolaridad y a quienes tienen trabajos con bajos ingresos. "Es decir, la informalidad es altamente regresiva. Basta señalar que quienes trabajan en el sector formal reciben, en promedio, un ingreso 44% superior a quienes se ubican en la informalidad, por eso estamos orientando los esfuerzos del Estado a crear empleos formales y facilitar la transición hacia la formalidad laboral".

Democratizar la productividad es el segundo eje, en el que el Gobierno federal intentará aumentar la capacidad productiva en todos los estados, impactando a todos los sectores, y con ello elevar el tamaño de la clase media.

<sup>59</sup> *La Jornada*, 4 de marzo, 2013

<sup>60</sup> Pasa sin objeción IVA en el tricolor. *Reforma*, 4 de marzo 2013.

Para ello se instalará el Comité Nacional de la Productividad, que se hará cargo, a través de un Consejo Consultivo Tripartita, de tomar acciones para elevar la productividad.

El tercer eje consiste en salvaguardar los derechos de los trabajadores, y para ellos las acciones están encaminadas a proteger sus derechos. El cuarto rubro es garantizar la paz laboral.

"En mi Gobierno habrá siempre disposición para el diálogo, la conciliación y el entendimiento. Trabajando juntos armonicemos la defensa de los derechos de los trabajadores, con los requerimientos de un mercado laboral en constante transformación. La reforma laboral es una legislación de vanguardia que será promotora del empleo. Este nuevo ordenamiento flexibiliza y mejora la eficiencia de nuestro mercado laboral, lo que permite responder a los retos nacionales y globales. Es un marco jurídico que promueve la formalidad de los empleos, evita la discriminación laboral y mejora las condiciones generales de trabajo"<sup>61</sup>.

### **3. Urge Peña Nieto a aumentar índice de productividad**

Peña Nieto afirmó el 1 de mayo de 2013 que para revertir los números rojos que registra la productividad de la economía mexicana, menos 0.7%, la estrategia de su Gobierno es darle mayor valor a su actividad y aumentar su ingreso. Esto implica que los trabajadores, sin importar origen, género, tengan acceso a mejores herramientas tecnológicas y conocimientos. "Democratizar la productividad significa orientar la políticas y acciones de Gobierno para que todos los mexicanos logren crear más valor y generar más riqueza".

Por su parte, investigadores demandaron a Peña presentar reformas fiscal y energética ambiciosas, que no sean iniciativas disfrazadas. Rolando Cordera, profesor de la UNAM, confió en que Peña Nieto presente un plan en el que realmente se proponga cambiar el curso del desarrollo, y ponga énfasis en la equidad social. Aseguró que uno de los retos de Jefe del Ejecutivo federal será construir un régimen democrático sustentado en una protección social universal, que iguale los derechos de todos<sup>62</sup>.

<sup>61</sup> *Reforma*, 2 de mayo, 2013

<sup>62</sup> *Reforma*, 10 de mayo, 2013

#### **4. Plan Nacional de Desarrollo. Contenidos en materia de salud y seguridad social<sup>63</sup>**

El Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. En respuesta a dicho artículo se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, éste se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos. En 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso a algún esquema de salud.

En 2004, el Seguro Popular inició con la finalidad de brindar protección financiera a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social. Este programa representa un avance en términos de igualdad y protección social de la salud. Sin embargo, su paquete de servicios es limitado en comparación con la cobertura que ofrecen actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a sus derechohabientes. Adicionalmente, el Seguro Popular representa un reto para promover la formalidad del empleo con el tiempo.

Si bien el Sistema de Salud Pública cuenta con una amplia red de atención médica, en ocasiones la falta de respuesta ha propiciado que la población busque la atención en el ámbito privado, la asistencia social e incluso mediante la automedicación. Para lograr mayores niveles de eficiencia y poder atender de mejor manera a las necesidades de la población, es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

Entre 2000 y 2010, el gasto público en salud como porcentaje del PIB creció de 2.6 a 3.1%, lo que representa un incremento de 19.2%. A pesar del aumento observado, este nivel de gasto sigue siendo bajo en comparación con el de los países de la OCDE. Para avanzar en la calidad y el alcance de los servicios de salud no sólo debemos pensar en el nivel de gasto. La experiencia en los últimos años indica que existen áreas de oportunidad para hacer un mejor uso de los recursos. Para mejorar el Sistema de Salud también se requiere un fortalecimiento de los modelos de atención de entidades federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos.

Existen logros sustantivos en diversos indicadores como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones

de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para alcanzar una mejor calidad de vida de la población.

Los datos demográficos y epidemiológicos indican que las presiones sobre el Sistema Nacional de Salud serán cada vez mayores, poniendo en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas. La fecundidad, las tasas de mortalidad y la migración suponen una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al mayor número de adultos mayores (la población de 65 años y más crecerá de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030). Este hecho impacta no sólo en el Sistema de Salud, sino que impone desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo para los cuidados, especialmente para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo.

Por otro lado, hay situaciones que atentan contra la salud, como la pobreza y los estilos de vida poco saludables y de riesgo. Por ejemplo, la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, sexo inseguro, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación vial repercuten de manera significativa en la salud de la población. Estos factores explican, en gran medida, la alta incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos, así como el alto número de personas lesionadas por accidentes.

El sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión han llegado a niveles muy elevados en todos los grupos de la población. Entre los hombres mayores de 20 años de edad, 42.6% presentan sobrepeso y 26.8% obesidad, mientras que en las mujeres estas cifras corresponden a 35.5 y 37.5%, respectivamente.

Por otra parte, en la población escolar (5-11 años) la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 19.8 y de 14.6%, respectivamente. Con base en la ENSANUT 2012, la diabetes mellitus afecta actualmente al 9.2% de la población del país, lo que representa un incremento de 2.2 puntos porcentuales respecto de 2006. Dado su papel como causa de enfermedad, la obesidad aumenta la demanda por servicios de salud y afecta el desarrollo económico y social de la población. De acuerdo con estimaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el costo de la obesidad fue de 67,000 millones de pesos en 2008. De no actuar, el costo que pagaremos en el futuro será mayor a la inversión requerida hoy para implementar políticas que hagan frente a esta problemática.

63 Presidencia de la República, 20 de mayo, 2013

Existen tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que, por tanto, requieren atención. Primero, el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención. En segundo lugar, no han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En este sentido, destaca como un reto a enfrentar la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de la salud. Tercero, en la rectoría y arreglo organizacional vigentes, donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, se limita la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.

### **Sistema de Seguridad Social**

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la seguridad social se define como "La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos".

En nuestro país, el acceso a la seguridad social está directamente relacionado con la condición laboral y favorece principalmente a quienes cuentan con un trabajo formal. La estructura actual del Sistema de Seguridad Social se caracteriza por contar con múltiples esquemas de protección social de limitada portabilidad entre ellos y con diferencias significativas entre sí. Dicha estructura ha resultado en una distribución desigual del gasto social y representa una limitante para generar incentivos que induzcan a la formalidad.

En 2010, la carencia por acceso a la seguridad social ascendió a 60.7% del total de la población del país. Aunque este nivel es cuatro puntos porcentuales inferior al observado en 2008, sigue siendo la carencia social con mayor incidencia.

Actualmente, el 84.4% del gasto del gobierno en protección social está destinado a la población con un trabajo asalariado en el sector formal de la economía, que sólo representa 40% del total. Esto implica que únicamente 15.6% del gasto en seguridad social del gobierno se utiliza para atender a 60% de la población, fracción en la cual se ubican las personas de menores ingresos. Asimismo, destaca que el Sistema de Protección Social vigente excluye a un gran número de mujeres que realizan trabajo no remunerado a lo largo de toda su vida. Por tanto, es fundamental garantizar una distribución adecuada del

gasto en seguridad social de una manera que se procure el desarrollo integral del Sistema, sin que esto genere incentivos a la informalidad. El acceso a la seguridad social debe contemplar mecanismos que fomenten la inserción de un mayor número de mexicanos a la economía formal.

El Sistema de Seguridad Social en México también se caracteriza por la falta de portabilidad de derechos entre los diversos subsistemas que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas y municipios. La consecuencia directa de esta deficiencia es que quienes deciden cambiar de empleador, antes de cumplir con cierta antigüedad laboral, pierden sus beneficios pensionarios y de atención médica, generando un gran número de trabajadores con largas trayectorias laborales y desprotección en la vejez.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica: cuenta con más de 16 millones de trabajadores asegurados, que se traducen en casi 58 millones de derechohabientes. Además, brinda servicios médicos a la población que no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS-Oportunidades. Dentro del contexto de seguridad social y de manera complementaria a los servicios de salud, el IMSS brinda prestaciones económicas y servicios que protegen tanto a los trabajadores como a sus familiares frente a un evento de riesgo, y apoyan en el cuidado infantil durante la jornada laboral.

El IMSS presenta un panorama financiero complicado, ocasionado por una combinación de factores internos y externos. Por una parte, enfrenta la transición demográfica y epidemiológica que ha tenido como consecuencia una mayor prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, cuya atención requiere de mayores recursos económicos. Por otra parte, dicho instituto observa retos financieros derivados de su régimen de jubilaciones y pensiones y de una contratación acelerada de personal en los últimos años.

El ISSSTE es la segunda institución de seguridad social más importante del país y representa 11% del gasto operativo del sector público federal. Este organismo requiere ser fortalecido para garantizar su viabilidad. Mientras que las reformas a la Ley del ISSSTE, aprobadas en 2007, contribuyeron a sanear la situación financiera del mismo, la composición poblacional de sus derechohabientes del segmento de servicios médicos tiene implicaciones en la duración, costo y recurrencia de los tratamientos.

Los problemas que enfrenta el Sistema de Seguridad Social representan un gran reto que hace necesario llevar a cabo políticas que fortalezcan la situación financiera de estas instituciones, en virtud de que sus necesidades y costos presentan una tendencia de crecimiento mayor a la de sus ingresos. De esta forma, es importante imple-

mentar acciones enfocadas en hacer más eficiente su operación, con énfasis en aquellas que les permitan contener su gasto. El gasto administrativo en los sistemas de Seguridad Social es elevado, ya que representa 11.4% del gasto total, que es significativamente mayor en comparación con el promedio de 3.9% en países miembros de la OCDE.

Asimismo, un Sistema de Seguridad Social Integral debe contemplar un seguro de desempleo que proteja a las familias ante cambios temporales en la condición laboral. En este sentido, el Reporte de Empleo 2012 publicado por la OCDE señala que un limitado alcance de las medidas de apoyo para pérdidas de empleo incide en el aumento del sector informal. De acuerdo con el Informe de Perspectivas 2012 de dicha organización, México es el único país miembro que no contaba con un seguro de desempleo. Este beneficio debe aportar una protección adecuada para que el trabajador cuente con un periodo de búsqueda que le permita encontrar un empleo acorde con sus capacidades y productividad.

En todo caso, el fortalecimiento de los sistemas de seguridad social es una condición necesaria para avanzar hacia una verdadera seguridad universal. Esta meta requiere el impulso a la formalidad como una solución sustentable que garantice el acceso a la seguridad social de los mexicanos<sup>64</sup>.

En materia de salubridad, el objetivo es **asegurar el acceso a los servicios de salud**. En otras palabras, se busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la conforman. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles. Todo lo anterior, cuidando una atención continua e integrada de los trabajadores sin importar su condición laboral.

Adicionalmente, se plantea **ampliar el acceso a la seguridad social** para evitar que problemas inesperados de salud o que movimientos de la economía puedan interrumpir historias de desarrollo personal. Una seguridad social incluyente permitirá que la ciudadanía viva tranquila y enfoque sus esfuerzos al desarrollo personal y a la construcción de un México más productivo. Al mismo tiempo, un Sistema de Seguridad Social más incluyente deberá incrementar los incentivos de las empresas para contratar trabajadores formales, ya que disminuirá el costo relativo del empleo formal. Por tanto, las políticas públicas en este rubro están enfocadas a promover la portabilidad de derechos, ofrecer un soporte universal a las personas adultas mayores y proveer respaldo ante pérdidas importantes de fuentes del ingre-

so, así como a ampliar esquemas de protección de manera temporal para evitar que los hogares caigan en la pobreza, fomentando la corresponsabilidad y la incorporación a los procesos productivos formales de la economía.

Se buscará diseñar esquemas para que el Sistema de Seguridad Social contribuya a resarcir la exclusión de las mujeres. Un Sistema de Seguridad incluyente debe contemplar, por ejemplo, mecanismos que impidan que la maternidad limite su desarrollo profesional.

Los esfuerzos para lograr un Sistema de Seguridad Social más incluyente también requieren de un uso eficiente de los recursos para garantizar la sustentabilidad de dicho Sistema en el mediano y largo plazos. Lo anterior, considerando la dinámica poblacional y epidemiológica. En este sentido, se busca la corresponsabilidad con los usuarios y reorientar las labores de planeación y operación para obtener mejores márgenes financieros a lo largo de la cadena de atención del Sistema<sup>65</sup>.

### **Algunas estrategias del Programa Nacional de Desarrollo.**

#### *Estrategia 1.1.3*

Impulsar un federalismo articulado mediante una coordinación eficaz y una mayor corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.

#### Líneas de acción

- Impulsar la inclusión y la participación efectiva de los gobiernos estatales y municipales en las distintas instancias de acuerdo y toma de decisiones de las políticas públicas nacionales, como el Sistema Nacional de Coordinación Fiscal, el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Desarrollo Social, entre otros.
- Promover la firma de Convenios Únicos de Coordinación para el Desarrollo, que definan con claridad la articulación de esfuerzos entre los distintos órdenes de gobierno.
- Diseñar e implementar un programa que dirija las acciones a favor de la descentralización y el fortalecimiento institucional de los gobiernos estatales y municipales.
- Impulsar, mediante estudios e investigaciones, estrategias e iniciativas de ley que clarifiquen los ámbitos competenciales y de responsabilidad de cada orden de gobierno y sustenten la redistribución de competencias de la Federación hacia las entidades federativas y los municipios.
- Promover el desarrollo de capacidades institucionales y modelos de gestión para lograr administraciones públicas estatales y municipales efectivas<sup>66</sup>.

#### *Estrategia 2.1.2*

Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.

64 Pp. 47-51

65 Pp. 53-54

66 Pp. 105

#### Líneas de acción

- Propiciar que los niños, niñas y jóvenes de las familias con carencias tengan acceso a la educación básica y media superior de calidad, y no abandonen sus estudios por falta de recursos.
- Fomentar el acceso efectivo de las familias, principalmente aquellas en pobreza extrema, a sus derechos sociales, mediante políticas públicas coordinadas y concurrentes.
- Otorgar los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Brindar capacitación a la población para fomentar el autocuidado de la salud, priorizando la educación alimentaria nutricional y la prevención de enfermedades.
- Contribuir al mejor desempeño escolar a través de la nutrición y buen estado de salud de niños y jóvenes.
- Promover acciones de desarrollo infantil temprano<sup>67</sup>.

#### *Estrategia 2.2.2*

Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.

#### Líneas de acción

- Promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil.
- Fomentar el desarrollo personal y profesional de los jóvenes del país, para que participen activamente en el desarrollo del mismo y puedan cumplir sus expectativas laborales, sociales y culturales.
- Fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social<sup>68</sup>.

#### *Objetivo 2.3 del PND.*

Asegurar el acceso a los servicios de salud.

#### *Estrategia 2.3.1*

Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

#### Líneas de acción

- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.
- Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.
- Desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- Fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.
- Contribuir a la consolidación de los instrumentos y

políticas necesarias para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud.

#### *Estrategia 2.3.2*

Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.

#### Líneas de acción

- Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
- Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión.
- Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.
- Reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable.
- Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata.
- Privilegiar acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios, así como acciones que fortalezcan el Sistema Federal Sanitario en general.
- Coordinar actividades con los sectores productivos para el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.

#### *Estrategia 2.3.3*

Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

#### Líneas de acción

- Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna.
- Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.
- Llevar a cabo campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición.
- Impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población.
- Implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad.
- Fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.
- Impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes.
- Fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes y desastres.

67 Pp. 115

68 Pp. 116

#### *Estrategia 2.3.4*

Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

##### Líneas de acción

- Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.
- Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.
- Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
- Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.
- Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.
- Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
- Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.

#### *Estrategia 2.3.5*

Promover la cooperación internacional en salud.

##### Líneas de acción

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica para proteger la salud global en un contexto de emergencia epidemiológica.
- Cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos.
- Impulsar nuevos esquemas de cooperación internacional en salud pública que permitan fortalecer capacidades locales y regionales.

#### *Objetivo 2.4*

Ampliar el acceso a la seguridad social.

#### *Estrategia 2.4.1*

Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales.

##### Líneas de acción

- Fomentar políticas de empleo y fortalecer los programas de transferencias para proteger el poder adquisitivo y el ingreso.
- Instrumentar el Seguro de Vida para Mujeres Jefas de Familia.
- Promover la inclusión financiera en materia de aseguramiento de los distintos riesgos que enfrentan los mexicanos a lo largo del ciclo de vida.
- Apoyar a la población afectada por emergencias u otras situaciones adversas, mediante la responsabilidad compartida entre la sociedad y el Estado.

#### *Estrategia 2.4.2*

Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.

##### Líneas de acción

- Facilitar la portabilidad de derechos entre los diversos

subsistemas que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas y municipios.

- Promover la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral y tomando en cuenta a las personas adultas mayores.

#### *Estrategia 2.4.3*

Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.

##### Líneas de acción

- Reordenar los procesos que permitan el seguimiento del ejercicio de recursos con apego fiel al logro de resultados.
- Racionalizar y optimizar el gasto operativo, y privilegiar el gasto de inversión de carácter estratégico y/o prioritario.
- Incrementar los mecanismos de verificación y supervisión del entero de aportaciones y cuotas.
- Determinar y vigilar los costos de atención de los seguros, servicios y prestaciones que impactan la sustentabilidad financiera de los organismos públicos.
- Implementar programas de distribución de medicinas que alineen los incentivos de las instituciones de salud pública, los proveedores de medicamentos y los ciudadanos usuarios.
- Promover esquemas innovadores de financiamiento público-privado para impulsar la sostenibilidad financiera de los organismos públicos.
- Impulsar la sustentabilidad de los sistemas de pensiones, considerando transiciones hacia esquemas de contribución definida.
- Diseñar una estrategia integral para el patrimonio inmobiliario propiedad de los institutos públicos.

#### *Estrategia 4.3.4*

Perfeccionar los sistemas y procedimientos de protección de los derechos del trabajador.

##### Líneas de acción

- Tutelar los derechos laborales individuales y colectivos, así como promover las negociaciones contractuales entre los factores de la producción.
- Otorgar créditos accesibles y sostenibles a los trabajadores formales.
- Diseñar el proyecto del Seguro de Desempleo y coordinar su implementación.
- Fortalecer y ampliar la cobertura inspectiva en materia laboral.
- Promover la participación de las organizaciones de trabajadores y empleadores para mejorar las condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo.
- Promover la protección de los derechos de los trabajadores mexicanos en el extranjero<sup>69</sup>.

<sup>69</sup> Pp. 117-119

## SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICA (SHCP)

### 1. Videgaray: reforma hacendaria debe atacar informalidad

La reforma hacendaria debe combatir la informalidad pues más de la mitad de la fuerza de trabajo del país está en ese sector, planteó el Secretario de Hacienda, Luis Videgaray. Al participar en la octava Cumbre Financiera Mexicana, Latín Finance, aseguró que México necesita una reforma hacendaria para fortalecer la capacidad financiera del Estado mexicano, para que éste pueda cumplir sus obligaciones y tener una estructura más simple que permita combatir la informalidad. "Si algo ha dañado la productividad en la economía mexicana es el hecho de que, según estadísticas más recientes, más de la mitad de la fuerza de trabajo está en la informalidad. En ella no se invierte en tecnología ni en capital humano ni en capacitación, y con ello la productividad promedio en el sector informal es apenas un tercio de la productividad en el sector formal. La reforma hacendaria que será discutida no sólo tiene que revisar la parte de los ingresos o de impuestos, sino también del gasto público porque hoy tenemos una estructura de gasto que promueve la informalidad. Por ejemplo, el programa de pensiones para adultos mayores de 65 años y más exige como condición para ser beneficiario el no haber cotizado ni tener una pensión del IMSS o del ISSSTE y comprobarlo por escrito. Hemos llegado al extremo de que para ser beneficiario de un programa social tenemos un certificado de informalidad, esto lo tenemos que cambiar. Los programas sociales tienen que cambiar su orientación para convertirse en inductores de la formalidad en materia de vivienda, de salud pública, como es el caso del Seguro Popular y por supuesto, de los programas propiamente de combate a la pobreza. Este es el trabajo que se hará en la reforma hacendaria y confío en que habrá una gran discusión en torno a ella por parte de la opinión pública mexicana"<sup>70</sup>.

<sup>70</sup> *El Universal*, 9 de abril, 2013

### 2. Videgaray: grave impacto del sector informal en el potencial de crecimiento

Frente al hecho de que seis de cada diez empleos creados en México durante los últimos 10 años han sido ocupaciones de carácter informal, la reforma hacendaria se propone afrontar este fenómeno y fortalecer las actividades formales de la economía, manifestó el secretario de Hacienda Luis Videgaray Caso. "Pocos problemas tienen un impacto tan grave en nuestro potencial de crecimiento, en la distribución de la riqueza, como el grado de informalidad que tiene, desafortunadamente, la economía mexicana. Esto es grave, en primer lugar porque representa la desigualdad, los empleos son mejor remunerados en el sector formal que en el informal. En segundo lugar, la informalidad implica una desigualdad en la productividad porque en la informalidad no se invierte en capital humano, no se invierte en tecnología (y por tanto) no se desarrolla la productividad, además de que un factor que define a este fenómeno es que en esa condición no se tiene acceso a la seguridad social, a un seguro médico formal, a un seguro para el retiro, y a los beneficios de protección para los cuales está diseñada la seguridad social en el sector formal de la economía. En la agenda de reformas inscritas en el Pacto por México, la reducción de la informalidad juega un papel central como una vía para elevar la productividad y los salarios reales de la población. Los incentivos buscarán incorporar a la formalidad a las empresas pequeñas y medianas. Además, se revisarán los programas sociales, que son un instrumento importantísimo para el combate de la pobreza, pero que sin embargo generan incentivos para permanecer en la informalidad, y por lo tanto, tenemos que revisar la forma en que están diseñados estos programas sociales, para convertirlos en un incentivo para estar en formalidad. Todo esto, para crear el diseño de un sistema de seguridad social universal que genere las condiciones, los incentivos, para consolidar la formalidad en la economía"<sup>71</sup>.

<sup>71</sup> *La Jornada*, 8 de mayo, 2013



## SOBRE EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA)

### 1. Jorge Chávez Presa propone IVA a medicinas y alimentos

Los subsidios generalizados, como la exención del IVA en alimentos y medicinas, benefician siete veces más a los estratos de mayores ingresos que a los 50 millones de mexicanos pobres. Con este argumento el PRI pretende generalizar la tasa de impuestos, incluido el IVA, y propone destinar los ingresos que se obtengan a programas como Oportunidades y el Seguro Popular. Chávez Presa afirmó que la única manera de atender a "50 millones de pobres es si redistribuimos los recursos que hoy estamos obteniendo y se están captando a través de la hacienda, no beneficiando a los estratos de mayores ingresos. El PRI no se traiciona si opta por un IVA generalizado. Al contrario: hoy día reafirma su compromiso con los grupos mayoritarios del país porque es demagógico estar hablando de subsidios generalizados, porque ello a quien más beneficia es a los estratos de mayores ingresos. Son los programas dirigidos, los programas que tienen padrones identificados, los que si pueden hacer realidad la transformación de la vida de millones de mexicanos para que puedan tener acceso al desarrollo nacional". Ante la insistencia de que el IVA golpearía el bolsillo de las mayorías, agregó que "el tema del IVA *per se*, no tiene solución. La cuestión relevante es cómo se van a utilizar para fondear y cubrir el costo de un sistema de protección social efectiva, que es salud de verdad. Con respaldo de un estudio elaborado en el Centro de Estudios Espinosa Yglesias "logramos convencer a aquellas personas que no tenían información y datos y verdaderamente se impactaron cuando les mostramos que los subsidios generalizados benefician siete veces más a los estratos de mayores ingresos que a los de menores. ¿Cómo justificarán el cambio en los documentos básicos del PRI cuando se aplique el IVA de manera generalizada? No hay esa discusión. Simplemente no se puso ese candado. Ese es el tema. Creo que tiene que ser un debate técnico y cómo la técnica puede políticamente utilizarse"<sup>72</sup>.

### 2. Cinco mitos de la homologación

Mucho se habla de los efectos positivos o poco negativos que la homologación del IVA tendrá sobre la recaudación y sobre la economía del país. Analistas tanto del sector público como del privado vierten argumentos que, si no se analizan con detenimiento, a más de una persona le podrían parecer razonables. Lugares comunes y frases por años repetidas adornan la retórica de los partidarios de esta reforma, por lo que se requiere dismantelar la lógica del discurso y cuestionar los argumentos planteados. A continuación se exponen cinco mitos sobre la homologación del IVA que demuestran la necesidad de una profundización seria en el tema, así como de estudios y análisis que midan los efectos de esta reforma con un rigor científico.

**Mito 1.** La homologación del IVA sería sobre alimentos y medicinas

Cuando se habla de homologación del IVA, se hace referencia sólo a alimentos y medicinas. Si este gravamen se generaliza aplicando una tasa de IVA igual, en los términos en que se propone, sin tratamientos diferenciados como hoy se tiene, productos y servicios que actualmente no causan impuesto quedarían gravados: servicios médicos, educativos, transporte público, agua potable, equipo e implementos agrícolas, por mencionar sólo algunos.

**Mito 2.** La homologación tendría un efecto temporal y de una sola vez sobre la inflación

Si bien es cierto que el aumento de precios sería una sola vez en el momento en que apliquen las nuevas tasas de impuesto, el argumento de que el efecto es temporal es falso. El aumento que se llegue a hacer a los precios es permanente, aquel producto que costaba 10 pesos y que ahora cuesta 11.60, no disminuirá con el tiempo. El incremento en los salarios mínimos que se haga para ajustarlo con la inflación se dará probablemente un año después, como generalmente se hace al ajustarse los salarios con la inflación generada durante todo el año, una vez que éste ha concluido.

**Mito 3.** Los ricos se benefician de la tasa cero del IVA

Se argumenta que son los sectores de mayores recursos económicos los beneficiados con la tasa 0 del IVA, mientras los menos favorecidos ni siquiera pagarían el nuevo gravamen debido a que "viven del autoconsumo y subsistencia". Esto es absolutamente falso, porque no hay quien pueda vivir del autoconsumo. El argumento es tendencioso. La pregunta no es quién se beneficia más de él, sino a quién se perjudica más o quién lo necesita más. No hay duda que la carga fiscal perjudica más a quien más necesita el beneficio, a quien lo necesita vitalmente. Además, afirmar que quienes tienen menos recursos viven del autoconsumo y subsistencia es aceptar que no se hace ni se hará ningún esfuerzo por incorporarlos a las condiciones deseables de desarrollo. Equivale a sugerir que a quienes viven en la miseria no les afecta porque ahí seguirán viendo *persaecula saeculorum*.

**Mito 4.** A los sectores menos favorecidos se les puede otorgar beneficios a través de programas de gastos sociales dirigidos

La historia ha demostrado que los programas de gasto social dirigido son criaderos de corrupción en donde el dinero no llega al destino originalmente planeado, por lo que el beneficio buscado se

72. *La Jornada*, 3 de marzo, 2013

pierde. Antes de sugerir una medida de este tipo se debe crear una cultura gubernamental de clara rendición de cuentas y una cultura social de alta exigencia a los gobernantes.

**Mito 5.** La informalidad va a pagar impuestos.

Se afirma que al homologar el IVA la informalidad va a pagar impuestos. Este argumento nace de la idea de que en su calidad de consumidores finales, los informales deberán pagar impuestos. Habría que distinguir y separar dos aspectos esenciales: la informalidad seguirá siendo informalidad, no porque homologuen el IVA se registrarán en el padrón de contribuyentes y pagarán sus impuestos. Sí pagarán impuestos como consumidores finales que son, pero también lo harán las personas con actividad económica formal; es decir, se estará provocando que quienes ya pagan sus impuestos formalmente, paguen más impuestos formalmente, paguen más impuestos en su calidad de consumidores finales para que de esta forma los informales paguen algo de impuestos. Este no puede ser un planteamiento aceptable por una sociedad que busca la equidad. El planteamiento debe ser abatir la informalidad no a costa de la economía formal.

Sirvan estos cinco argumentos para generar reflexión sobre un tema delicado, el cual requiere de mayor análisis, con rigor científico y con una exposición de argumentos favorables y desfavorables. Sólo así, con información clara y con argumentos que en su contraposición se encuentre un balance, se podrá tomar la decisión que beneficie al país y a sus siempre castigados habitantes<sup>73</sup>.

**3. Cuesta al Gobierno la tasa cero en medicinas**

La aplicación de la tasa cero del IVA a las medicinas representa un costo en la recaudación federal que en los últimos seis años se ha incrementado 30%, sin embargo, la aplicación de un mayor impuesto no representa un mejor escenario. De acuerdo con los planteamientos de especialistas fiscales, la reforma hacendaria que presentará el Gobierno federal, debe considerar la eliminación de la tasa cero que se aplica actualmente a las medicinas que se comercializan en el país. Según su explicación, la tasa cero en los medicamentos resulta benéfica, principalmente a las personas de ingresos más elevados, ya que al igual que los alimentos son quienes más consumen esos productos. "Parece incorrecto decirlo pero las personas de escasos recursos no compran las medicinas, ellos la obtienen directamente del Seguro Social o de alguna otra institución de manera gratuita. Quienes adquieren las medicinas reciben un subsidio grande cada vez que adquieren alguna en la farmacia y eso les cuesta la recaudación", explicó Carlos Cárdenas, presidente del Instituto Mexicano de Contadores Públicos (IMCP). Comenzar a cobrar un impuesto más

elevado a los medicamentos sin duda tendría un impacto positivo en la recaudación o por lo menos no habrá un hueco de más de 15 mil millones de pesos. Y es que de acuerdo con estimaciones del Presupuesto de Gastos Fiscales 2012 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), debido a la tasa cero en los medicamentos, se dejarán de recaudar 15 mil 279 millones de pesos este año. Este monto representa un incremento de 30% en el 'hoyo fiscal' que se generó por este concepto en 2007, cuando fue de 11 mil 702 millones de pesos. La Secretaría de Hacienda reconoció que la aplicación de la tasa cero en las medicinas representa ya 7% del total de los gastos fiscales en los que incurre cada año por la aplicación de las tasas reducidas a algunos productos, incluyendo a los alimentos. El subsidio fiscal que representa la tasa actual en los medicamentos es superior al del servicio y suministro de agua potable para uso doméstico o el que reciben libros periódicos y revistas. "Hablamos de que ahí hay una oportunidad importante para que Hacienda fortalezca su recaudación".

Si bien el impacto tributario es positivo, otros especialistas consideran que la medida tiene un impacto negativo en la población y sobretodo en las propias arcas del Gobierno.

"Es un poco complicado, porque aún no conocemos los detalles de la reforma fiscal, pero si se aplica un impuesto a los medicamentos, quien tendría que pagar más sería el propio Gobierno", mencionó Diego de la Mora, coordinador del área de presupuesto de Fundar. Actualmente, las principales adquirientes de medicinas del País son las instituciones de seguridad social, por lo que el efecto recaudatorio sería limitado. Tan solo este año, el IMSS gastará 42 mil 494 millones de pesos en medicinas y otros suministros médicos, de acuerdo con cifras del Presupuesto de Egresos de la Federación 2013. Dadas estas circunstancias, añadió de la Mora, convendría analizar detenidamente la conveniencia y el impacto que tendría la eliminación de la tasa cero.

Por otro lado, a pesar de que una parte importante de la población adquiere sus medicamentos de manera gratuita, otra sí destina frecuentemente una parte de su ingreso para obtenerlos, por lo que el impacto en la economía de los hogares sería inmediata, consideró José Luis de la Cruz, investigador del Tec de Monterrey. "Hay que considerar también que muchas personas, aunque están afiliadas a alguna institución de seguridad social, no reciben siempre los medicamentos que necesitan y deben adquirirlos de su bolsillo. La afectación no se puede negar si se aplica el cambio".

Héctor Villarreal, director general del Centro de Investigación Económica y Presupuestal (CIEP), afirmó que la elevación de la tasa cero en el IVA en esos productos no son la única solución y antes habría que revisar rubros como

73 Gustavo Leal Cueva, *Reforma*, 18 de marzo, 2013

regímenes especiales. "Es sumamente importante mejorar todos los ingresos del país; es urgente"<sup>74</sup>.

#### 4. Zaid: lo mejor del IVA

Cobrar el IVA en los alimentos tendría ventajas para el gobierno, para algunas empresas y la oposición. Para el gobierno, porque no hay manera más cómoda de sacar dinero. Para las empresas que venden alimentos (y no pueden trasladar al consumidor el IVA que les cargan sus proveedores) porque simplifica su administración. Para la oposición, porque el abucheo sería para el PRI, que hasta hace poco entronizaba el principio de no permitir el IVA a los alimentos y medicinas. Naturalmente, el nuevo PRI no dice que cobrarlo es muy cómodo y lucrativo. Demagógicamente, dice que "por justicia social, debe aplicarse el IVA a medicinas y alimentos", porque "los subsidios generalizados benefician siete veces más a los estratos de mayores ingresos que a los de menores" (declaraciones de Jorge Chávez Presa, delegado a la Asamblea del PRI que derogó el principio, *La Jornada*, 3 de marzo 2013). Esta demagogia usa argumentos de apariencia técnica que confunden el valor absoluto de la recaudación con el relativo a los ingresos. No hay duda de que el gobierno recaudaría más IVA de los ricos que de los pobres, por una simple razón: que se trata de un impuesto al consumo y los ricos consumen más. Pero esa comparación está hecha desde la perspectiva del recaudador, no del contribuyente. Desde el punto de vista del contribuyente, es falso que los pobres resultarían menos perjudicados que los ricos. Los más perjudicados serían los pobres. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 confirma lo que se sabe desde el siglo XIX, cuando Ernst Engel (no Engels) estableció que la composición del gasto familiar varía en función del nivel de ingresos. En particular, que a los pobres se les va gran parte del ingreso en alimentarse, proporción que disminuye entre las familias que tienen mayores ingresos y pueden gastar en muchas otras cosas. De los 29 millones de hogares censados en 2010, el decil inferior (los 2.9 millones que ganan menos) gasta la mitad de sus ingresos (49.9%) en alimentos, bebidas y tabaco, proporción que desciende a menos de la cuarta parte (22.9%) en el decil superior (los 2.9 millones que más ganan). El 16% del IVA cargado a 49.9% de los ingresos representa 8% de los ingresos más bajos, mientras que 16% de 22.9% representa el 3.7% de los ingresos más altos. O sea que (en proporción a sus ingresos) los pobres pagarían más del doble que los ricos: 8% en vez de 3.7%. Según la misma ENIGH 2010, el ingreso corriente total promedio mensual por hogar fue de \$39,476 en el extremo alto y de \$ 2,062 en el extremo bajo (19 veces menos). O sea que el gobierno recaudaría la no pequeña cantidad de \$165 mensuales de los hogares pobres (8% de \$2,062) y mucho más de los ricos: \$1,461 mensuales (3.7% de \$39,476). De esta disparidad salen las cuentas tramposas. El gobierno recauda muchas veces más quitándole 3.7% a los ricos

que 8% a los pobres, aunque perjudica más a los pobres que a los ricos. Se arguye, con razón, que el IVA parejo es más fácil de administrar. Lo que no es razonable es perjudicar a los pobres para que el gobierno saque más dinero cómodamente. Igualmente absurdo es subir el precio de los alimentos 16% en el contexto de una Cruzada Nacional Contra el Hambre. Sin hablar del efecto inflacionario que el 16% tendría. En Europa, donde se inventó el IVA, hay un solo país (Dinamarca) que aplica el IVA parejo. Los otros aplican tarifas reducidas o nulas según el caso: alimentos, salud, educación, lectura (como puede verse en la tabla país por país: European Union value added tax de la Wikipedia). Se habla también de cobrar IVA en alimentos para aumentar la carga tributaria, considerada baja. Esto tiene varios asegunes, empezando por lo más elemental: Baja ¿para quién? ¿Los contribuyentes o los recaudadores? ¿Y para qué quieren aumentarla? ¿Para que aumente el despilfarro de los gobernadores? ¿Para hacerle más préstamos dudosos al sindicato petrolero? En el Reino Unido, que tiene una carga tributaria el doble que México, según la OECD (Total tax revenue as percentage of GDP), los alimentos no pagan IVA. Esto quiere decir que hay muchas otras fuentes de recaudación, aunque no sean tan cómodas. Una fuente incómoda de recaudación, pero de gran potencial (y deseable por muchas otras razones) es el contrabando. Las aduanas están a cargo de la Secretaría de Hacienda (y ahí está lo incómodo). Sin embargo, entran al país toda clase de productos, ya no se diga armas y drogas, sin pagar impuestos. El contrabando no paga aranceles, IVA, ISR, IETU ni los otros impuestos y derechos, excepto uno: la mordida. A su vez, la mordida no paga IVA ni los demás impuestos. Si el contrabando pagara impuestos o las autoridades que los cobran para su bolsillo dieran recibos foliados acumulables a su declaración de ingresos, no haría falta el IVA en los alimentos. Cuando se introdujo el IVA en Japón, parejo pero limitado a 3% (prudentemente), cayó el gobierno. Años después, cuando el disgusto parecía olvidado y (prudentemente) se elevó el IVA a 5%, cayó otra vez el gobierno. Desde entonces (prudentemente) no lo han vuelto a subir. Lo mejor del IVA a los alimentos serían las consecuencias políticas: caería la máscara demagógica del nuevo PRI<sup>75</sup>.

#### 5. Respuesta de Chávez Presa

Hago referencia al artículo del Sr. Gabriel Zaid donde me cita. Para él resulta demagógico que el PRI deje de sostener la tasa cero del IVA en alimentos y medicinas, y que para justificarlo argumente que los subsidios generalizados benefician siete veces más a los estratos de mayores ingresos que a los de menores. Si bien lo acepta como cierto, argumenta que los hogares más perjudicados serían los de menores ingresos. Esa explicación es sólo la mitad de la historia. Le faltó indagar cuál sería la aplicación de la recaudación adicional. Generalizar o aumentar el IVA como un fin en sí mismo es un absurdo; de igual manera pen-

74 *Enfoque*, Suplemento Dominical de *Reforma*, abril, 2013

75 *Reforma*, 28 de abril, 2013

sar que el IVA tiene una sola cara es una falacia, ya que lo correcto es contemplar el binomio impuesto-gasto. Si el gobierno no reorienta la recaudación adicional hacia los grupos más vulnerables, el IVA en alimentos desde luego es regresivo. Sin embargo, si la recaudación adicional la dirige a construir un sistema de protección social con acceso efectivo a servicios de salud, a un seguro de vida e invalidez y una pensión mínima, lograríamos un México más incluyente con menos pobres y una mejor distribución del ingreso, a lo que obliga el nuevo programa de acción del PRI. Presentar el caso de Reino Unido como prueba de que es posible tener tasa cero del IVA en alimentos y simultáneamente tener una carga tributaria del doble que México, equivale a comparar peras con manzanas. Su ingreso per cápita supera al de México 2.3 veces, y los sistemas tributarios son completamente diferentes. Según Revenue Statistics (OECD 2012) RU recauda por impuestos a la propiedad 4.2% del PIB, 12 veces más que México. RU recauda 6.6% del PIB por contribuciones a la seguridad social, en México es de 2.9%. En RU 72.4% de la población económicamente activa tiene acceso a la seguridad social, en México sólo 33.9%. Una comparación adecuada sería con Brasil y Chile, cuyas tasas de IVA son de 17 y 19% respectivamente y con menos privilegios fiscales que en México. Por IVA éstos recaudan 13.1 y 7.8% del PIB respectivamente, México 3.8%. En Chile el IVA es generalizado y su política de desarrollo social sí logra mejorar la distribución del ingreso. RU carece de un sistema para compensar IVA en alimentos, México logró introducirlo con Progresas/Oportunidades. En México sí es viable un sistema de protección social universal efectivo a partir de: la eliminación de privilegios fiscales y subsidios generalizados; el cobro efectivo del predial; mayor eficiencia en operación gubernamental, racionalidad y efectividad de sus programas y proyectos (véase EL MEXICO DE 2012. Las reformas a la hacienda pública y el sistema de protección social, Centro de Estudios Espinosa Yglesias, 2012)<sup>76</sup>.

### 6. Réplica de Zaid

Me alegra que Jorge A. Chávez Presa reconozca que "el IVA en alimentos desde luego es regresivo" y que lo redistributivo podría estar en el gasto. Pero el gasto redistributivo puede hacerse con cualquier recaudación, de cualquier origen. Y el IVA a los alimentos no es una buena opción. La esencia del asunto está en que la recaudación del IVA es fácil, pero la devolución difícil, especialmente a los millones de mexicanos que viven en remotas rancharías. No es la primera vez que se anuncia, pero pasan los años y sigue en veremos el diseño y costo de operación que tendría tan complicada redistribución. La redistribución más sencilla es reducir el IVA, no aumentarlo, como lo reconoció la Secretaría de Hacienda en el Cuarto Informe de Gobierno (1992): la reducción del IVA del 15% al 10% favoreció "la redistribución de la carga fiscal en favor de los estratos de menores ingresos"<sup>77</sup>.

<sup>76</sup> Reforma, 3 de mayo, 2013

<sup>77</sup> Reforma, 4 de mayo, 2013

### 7. Abrir Pemex a la Iniciativa Privada (IP) y aplicar IVA a todo: OCDE

El desempeño económico de México en la última década fue "mediocre" y, para revertir esa tendencia, son necesarias "grandes reformas estructurales", que van desde la apertura de Petróleos Mexicanos (Pemex) al capital privado a la aplicación de un impuesto al consumo de bienes básicos que hoy están exentos, recomendó la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Quitar todas las exenciones en el cobro del impuesto al valor agregado tendría un "impacto sobre la población más pobre", reconoció Sean Dougherty, economista principal del organismo para México. "Sin embargo, muchas de las exenciones en el cobro de ese impuesto van hoy a la población de mayor ingreso". La baja recaudación de impuestos en México se explica, según la OCDE, por el predominio de exenciones y regímenes especiales en los sistemas de impuesto sobre la renta a las empresas y a las personas físicas, así como el impuesto al valor agregado (IVA), que equivalen a 3.1% del producto interno bruto (PIB), o alrededor de 16% de los ingresos públicos reales. El organismo recomendó que en la reforma fiscal que planteará el gobierno en el segundo semestre de este año sean revisadas las exenciones o tasas cero que existen en el cobro del IVA a algunos bienes. No los enlista, pero actualmente los bienes que no pagan el impuesto al valor agregado o tienen una tasa cero para el consumidor final son, entre otros: alimentos, medicinas, libros, servicios médicos y colegiaturas. El IVA en México rinde menos de los que podría debido a numerosas exenciones. El coeficiente de eficiencia del IVA, que es una medida tanto de los gastos fiscales (exenciones o regímenes especiales) como de la evasión, es menor en México que en cualquier otro país de la OCDE. Los gastos tributarios son extensos: hay una tasa cero para alimentos (incluidos los elaborados) y medicinas, y otras exenciones como los servicios educativos y médicos, así como tarifas reducidas en la frontera, menciona el estudio. Estos factores disminuyen los ingresos tributarios en alrededor de 1.5% del PIB, calcula. "Las reformas podrían comenzar con la eliminación de lagunas potenciales, tales como la tasas de frontera y la falta de retención de impuestos de importación para la industria maquiladora. Se debería volver a examinar la canasta de productos que tienen tasa cero o están exentos, ya que los objetivos sociales se atienden mejor a través de transferencias directas", propone. La tasa del impuesto al valor agregado es de 16% y de 11% en las franjas fronterizas<sup>78</sup>.

### 8. Crítica el Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas (IMEF) la eliminación de la consolidación fiscal

La eliminación del régimen de consolidación fiscal para los grupos empresariales es inconstitucional, pues viola los principios de irretroactividad y de proporcionalidad

<sup>78</sup> La Jornada, 17 de mayo, 2013

tributaria, acusó el Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas (IMEF). Arturo Carbajal, vicepresidente de su Comité Técnico Fiscal, explicó que la eliminación del régimen de consolidación obligaría a las empresas a hacer de lado el calendario establecido para el pago de sus impuestos diferidos, lo que representaría un caso de retroactividad en la ley. Los contribuyentes adquirieron derecho a determinar bajo cierta mecánica su resultado fiscal de forma consolidada, cuando se modificó la ley por última vez, por lo que un nuevo cambio iría contra esas disposiciones. Existe retroactividad en la ley al establecer un periodo de revisión de pérdidas distinto al vigente hasta el 31 de diciembre de 2009 y obligar a la comparación de los saldos de las cuentas de utilidad fiscal netas del grupo empresarial con anterioridad a 1999, cuando no existía esa obligación. El régimen de consolidación fiscal permite a los grupos empresariales amortizar las pérdidas de alguna de las empresas del grupo y diferir el pago de impuestos. Carvajal añadió que la eliminación de este régimen viola el principio de proporcionalidad tributaria, pues el hecho de que se hayan diferido los impuestos no significa que las empresas tengan actualmente la capacidad de pago para liquidar sus adeudos al fisco, mucho menos a partir de 2010. Hay alrededor de 140 amparos pendientes de resolución de los más de 400 grupos empresariales que están en el régimen de consolidación fiscal<sup>79</sup>.

79 *La Jornada*, 2 de mayo, 2013

**En 2012, el 41% de la recaudación de grandes contribuyentes provino del esquema de consolidación**

(Recaudación de grandes contribuyentes, millones de pesos 2012)

Consolidación	<b>310,579.4</b>
Diversos	269,502.9
Financiero	160,687.7
Residentes en el extranjero	8,394.1
¿Total?	749,164.1

Fuente: SHCP



## SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS)

### 1. Rastrea la STPS a trabajadores informales

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) llevará a cabo un rastreo de los trabajadores que se encuentran laborando en las empresas de manera informal, es decir, sin tener acceso a seguridad social. Alfonso Navarrete Prida, titular de la dependencia, aseguró que se están cruzando las bases de datos del Servicio de Administración Tributaria y del IMSS para detectar a las empresas que no han registrado a sus empleados. "Hemos pedido por oficio al SAT que nos pueda dar las empresas que están recibiendo el descuento por pago de cuota obrero patronal y poderlo cruzar frente a las inscripciones del IMSS y que nuestros programas de inspección se basen en esta revisión. Será un programa de formalización en el empleo", y calificó este proyecto como el más importante de este año y quizá para los próximos. Consideró que es complejo actualizar la base de datos, ya que hay 2.5 millones de empleadores registrados en el Inegi y el número de trabajadores formales es de 20 millones. Además 6 de cada 10 trabajadores tienen una condición informal. De acuerdo al INEGI, los trabajadores que laboran sin protección de seguridad social pero que se desempeñan en empresas formales asciende a 59.55% de la población ocupada, a febrero de 2013<sup>80</sup>.

### 2. Ganan trabajadores informales 40% menos: Navarrete Prida

Los trabajadores que se encuentran en la informalidad ganan 40% menos que aquellos que se encuentran laborando de manera formal, aseguró Alfonso Navarrete Prida, Secretario del Trabajo. Adelantó que se realizará una cruzada contra la informalidad, en la cual se encuentra 60% de la Población Económicamente Activa, para mejorar las condiciones bajo las cuales están contratados. Señaló que en dicha cruzada participarán los gobiernos estatales como Coahuila, Distrito Federal, Durango, Colima, que ya se han sumado a la iniciativa. Mencionó que se tienen elaborados los proyectos de convenio con las entidades federativas y se creará una Comisión Intersecretarial contra la informalidad. Consideró que la situación laboral en el País es de claros oscuros, ya que si bien hay un nivel de vida competitivo en sectores como el automotriz o la extracción, en otros privan condiciones desfavorables. "Nuestra capacidad de mano de obra en la industria automotriz para generar acero, y nuestra capacidad extractiva en centros de carbón, es de primer mundo. Pero tenemos el oscuro que es tener 60% de la población en informalidad, cuyas diferencias de salario llegan a ser hasta de 40% en relación con ingresos formales"<sup>81</sup>.

80 *Reforma*, 9 de abril, 2013

81 *Reforma*, 1 de mayo, 2013

**TASA DE INFORMALIDAD**  
(Porcentaje de población ocupada, IV Trimestre 2012)



Fuente: Inegi

### 3. En México, 2.8 accidentes por cada 100 trabajadores al día

Hoy, tres trabajadores no van a regresar a su casa por sufrir un accidente de trabajo. Así de fríos son los datos que el IMSS y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) dan a conocer en el contexto del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (28 abril) y en la víspera del Día del Trabajo. En México, en 2002 ocurrían 2.5 accidentes de trabajo por cada cien trabajadores; en 2011, pese a las acciones emprendidas en materia de seguridad y salud en el trabajo, la incidencia aumentó ligeramente, para ubicarse en 2.8 accidentes por cada cien trabajadores. Rodolfo Arias, jefe de la División de Prevención de Riesgos de Trabajo del IMSS, indicó que entre 50 y 70 por ciento de los trabajadores que conforman la población ocupada (48 millones) están expuestos a cargas pesadas de trabajo o condiciones de trabajo deficientes, y alrededor de 80% están expuestos a riesgos físicos como vibraciones, radiaciones, ondas electromagnéticas, entre otros. Para aumentar la prevención y seguridad en el trabajo, la STPS y el gobierno del Distrito Federal firmaron un convenio con el que se pretende elevar la calidad de las condiciones de trabajo y minimizar los riesgos de accidentes o muertes en los centros laborales. "Es alarmante que, de acuerdo con los datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales impliquen pérdidas anuales de un 4% del Producto Interno Bruto mundial", indicó Alfonso Navarrete Prida, titular de la STPS. Miguel Ángel Mancera, jefe de gobierno capitalino, adelantó que a lo largo de su gobierno se continuarán firmando convenios a fin de mejorar las condiciones generales de los trabajadores. Puso énfasis en que su gobierno pondrá atención en los trabajadores que laboran en la informalidad, con quienes se tiene una deuda histórica. Los datos muestran que en los centros laborales hay desconocimiento de servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo, toda vez que apenas entre 5 y 10% de los trabajadores en países en desarrollo tienen conocimiento de esos servicios. En contraste, en los países industrializados entre 20 y 50% de la planta trabajadora tiene conocimiento de esos mecanismos<sup>82</sup>.

82 *El Financiero*, 30 de abril, 2013

#### **4. Suscriben México y la OIT convenio de protección social**

México y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) suscribirán en junio de 2013 un Convenio Marco de Cooperación para promover y establecer un piso de protección social en nuestro País. El convenio será suscrito durante la 102 Conferencia Internacional del Trabajo, en Ginebra, Suiza, donde el titular de la STPS encabezará la delegación mexicana, se especifica en un comunicado de la dependencia<sup>83</sup>.

<sup>83</sup> *Reforma*, 27 de mayo, 2013

## 65 y MÁS

### 1. Subsidian estancias para adultos mayores

Además del apoyo económico para la población de 65 años o más que no cuenta con seguridad social, el programa de Pensión para Adultos Mayores destinará recursos este año para subsidiar "casas de día" para personas de ese rango de edad. De acuerdo con las Reglas de Operación del Programa -que sustituye al de 70 y Más que funcionó durante las administraciones panistas- el subsidio se destinará al acondicionamiento, equipamiento y rehabilitación de estancias temporales para adultos mayores a cargo de instituciones de asistencia estatales, municipales y civiles. "Para el otorgamiento de estos subsidios se deberán firmar acuerdos con las instancias responsables de su operación, en los que se especifiquen los montos y características de los proyectos, así como la operatividad de los mismos en el mediano y largo plazo", apuntan las reglas publicadas en el Diario Oficial. De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), que opera este modelo, una estancia de día tiene como objetivo evitar el aislamiento de las personas de la tercera edad que se quedan solas en sus casas mientras sus familiares laboran, al promover actividades de recreación y sociabilización en un horario de 8 a 3 de la tarde. El director adjunto de Planeación y Promoción de Sedesol, Christopher Ballinas, explicó que la idea es fomentar la participación comunitaria para apoyar a los adultos mayores. "Lamentablemente muchos de los lugares que tienen los adultos mayores son las esquinas o los retazos que les dejan de algún centro comunitario. Pero los adultos mayores necesitan instalaciones especiales y lo que quiere contribuir el programa es que se puedan adecuar las instalaciones a sus necesidades". Lo que nosotros queríamos sobre todo es que el programa (de 70 y Más) con su 'expertise' que tiene y conocimiento sobre los adultos mayores, financie lugares que cumplan con las normas que acuerda. Porque luego otros programas dicen 'damos un lugar', pero no es de acuerdo con las normas que necesitan los adultos". En las reglas de operación se calcula que este año habrá una población de 7.7 millones de mexicanos mayores de 65 años, aunque sólo se busca atender a los que no cuentan con ningún tipo de pensión. En el sexenio pasado, el programa llegó a tener un padrón de 3.3 millones, pero Sedesol se ha propuesto incorporar a más de 2 millones en sólo un año para así tener 5.5 millones de beneficiarios. El presupuesto total asignado es de poco más de 26 mil millones de pesos, sin que se haya especificado cuánto se destinará a los subsidios de casas de día. Para este año, el monto del beneficio

aumentó de 500 pesos al mes -que se entregan bimestralmente- a 525 pesos. Sedesol destacó que 70 y Más, de la administración pasada, demostró aminorar el deterioro físico y mental de los adultos mayores al darles una pensión y organizar actividades para mejorar sus condiciones de vida. "En razón de dichos resultados, la ampliación de sus beneficios hasta el corte de edad de 65 años significa un gran avance en la construcción de un País más incluyente para las personas adultas mayores".

### Sube en hogares número de ancianos

En los últimos años, el número de hogares donde hay tres y hasta cinco ocupantes mayores de 60 años se ha incrementado. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en diciembre de 2012 había 99 mil hogares en donde tres de los integrantes son personas de la tercera edad. Al cierre de 2010, la proporción era de 90 mil 735 familias bajo esa condición. El indicador de cuatro personas de la tercera edad que viven en el mismo hogar pasó -en el mismo lapso- de 6 mil 461 a 6 mil 833; y en el de cinco de 468 a 2 mil 199. Según el Coneval, la población de adultos mayores padece con mayor agudeza la vulnerabilidad por carencias sociales e ingreso. Para 2010 -año de la última medición oficial- el 45.7% de las personas de la tercera edad se encontraba en condición de pobreza, lo que equivalía a 3.5 millones de personas de 65 o más años y representaba 0.7 puntos más que en 2008. En tanto, 31.4% de ese sector de la población enfrenta vulnerabilidad por carencias sociales y 5.6 por ingresos. No obstante, destaca el Coneval, entre 2008 y 2010 la proporción de hogares sin cobertura de programas sociales y de seguridad social dirigidos a adultos mayores disminuyó poco más de cuatro puntos porcentuales a nivel nacional y casi 10 puntos entre las personas que conforman el grupo de menores ingresos del País. "Esta mejoría se debió al aumento del porcentaje de adultos mayores cubiertos por programas de pensiones no contributivos y con apoyo de programas sociales. Por ejemplo, se observó que entre 2008 y 2010 el programa 70 y Más duplicó su cobertura de uno a dos millones, atendiendo a casi el 50% de su población potencial", apunta el organismo en el documento Prioridades de Desarrollo Social para el Plan Nacional de Desarrollo 2013. "A nivel estatal, en 2011 hubo al menos 13 entidades federativas en las que se implementaron pensiones no contributivas para adultos mayores"<sup>84</sup>.

84 *Reforma*, 1 de marzo, 2013

### Número de hogares con al menos un integrante ocupado y con personas mayores de 60 años:

AÑO	1AM*	2AM	3AM	4AM	5AM
2010	4,119.767	2,029.384	90,735	9,772	595
2011	4,266.044	2,097.119	85,318	3,373	627**
2012	4,396.407	2,241.457	99,002	6,833	2,199

\*Adulto Mayor, \*\* Hasta el tercer trimestre de 2011

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Inegi, 2012

## **2. Otorga Peña Nieto 17 pesos diarios a adultos mayores**

El presidente Enrique Peña Nieto incrementó en 25 pesos la pensión a adultos mayores. Anunció en Jalisco el arranque de una de sus promesas de campaña: entregar un apoyo mensual de 525 pesos a quienes tengan más de 65 años y no cuenten con un ingreso para vivir. En promedio, recibirán 17.5 pesos al día. En una primera etapa, se podrán inscribir hasta 2.5 millones de adultos mayores, que se unirán a quienes ya están registrados en el Programa 70 y Más, con lo que, en total, sumarán 5.6 millones de personas beneficiadas<sup>85</sup>. “El anuncio de este programa es estrictamente un acto de justicia social, un acto de reconocimiento al trabajo y contribución que han hecho los adultos mayores, y que en esta etapa de su vida necesitan y merecen justo reconocimiento y un justo apoyo para que puedan tener una vida en esta etapa de mejores condiciones”, indicó. Ante más de 2 mil ancianos, quienes fueron trasladados por el Gobierno estatal de diversos puntos de la zona metropolitana de Guadalajara a la explanada del Hospicio Cabañas, el Presidente afirmó que la mayoría de los adultos mayores está en condiciones adversas y no cuenta con ningún sistema de seguridad social. Sin dar más detalles, aseveró que la intención no sólo es el apoyo económico, sino dar servicios de salud, y reconoció que, aunque los 525 pesos son un apoyo básico, serán de impacto para quienes viven en el desamparo.

De acuerdo con las cifras del Coneval, informó la Secretaría de Desarrollo Social, Rosario Robles, en 2010 había 3.5 millones de personas mayores de 65 años en condición de pobreza, y de ellas, 800 mil en pobreza extrema. De ese total, 66% tenía rezago educativo, 26% no contaba con servicios de salud y 29% carecía de acceso a seguridad social, además de que 57% considera que sus ingresos son insuficientes para cubrir sus necesidades y 88% dice que se siente víctima de la discriminación. Ante este panorama, dijo, esos 800 mil ancianos en extrema pobreza están considerados como prioritarios en la Cruzada Nacional contra el Hambre. “Estamos actualizando el apoyo monetario a 525 pesos mensuales a partir del segundo bimestre de este año, y tenemos previsto incorporar a 2.6 millones de nuevos beneficiarios para alcanzar una cobertura universal a finales del 2013”.

<sup>85</sup> *Reforma*, 12 de marzo, 2013

En la Administración del ex Presidente Felipe Calderón, el apoyo era de mil pesos cada bimestre. A partir del 11 de marzo, se instalarán 327 ventanillas de atención en localidades urbanas y 9 mil 100 mesas de atención en zonas rurales para la inscripción<sup>86</sup>.

## **3. Incumplen con los adultos mayores**

Pese a que el Gobierno federal aseguró que arrancarían las inscripciones al programa 65 y Más, en módulos de los estados no hay una fecha definida. Personas de la tercera edad acudieron a ventanillas de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) para inscribirse al programa que otorga apoyo económico a adultos mayores, pero se encontraron con que aún no comenzaba el registro. En al menos 10 estados del País la afiliación iniciará hasta después del 15 de marzo o principios de abril.

**JUSTIFICACIÓN.** La Secretaría de Desarrollo Social precisó que el registro al programa será de forma paulatina. “Se instalarán inicialmente 121 ventanillas en sedes de atención fijas, ubicadas en puntos estratégicos de la República Mexicana, que brindarán servicios de corrección de datos, altas o cambio de representante. Paulatinamente se abrirán nuevas ventanillas, hasta llegar a 327 en todo el país”. Comunicación Social de la dependencia reconoció posteriormente que sólo empezaron a operar 51 ventanillas y en el transcurso del mes se llegará a las 121. A través del programa, el Gobierno federal entregará un apoyo mensual de 525 pesos a quienes tengan más de 65 años y no cuenten con un ingreso para vivir.

<sup>86</sup> *Reforma*, 8 de marzo, 2013

## SEGURO PARA MADRES

### 1. Ajustan seguro para huérfanos

Aunque la convocatoria -lanzada el 1 de febrero 2013- para el Seguro de Vida de Jefas de Familia señalaba que el beneficio sería de mil 850 pesos por hijo huérfano de 0 a 23 años, las reglas de operación consideran esta cantidad sólo como "excepción". El pago más alto establecido en el anteproyecto, sujeto a revisión de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (Cofemer), es de mil pesos mensuales para los jóvenes que ya estén en educación superior. "\$1,000.00 y hasta \$1,850.00 en los casos de excepción que determine el Comité Técnico", señala el documento. El programa seguirá un esquema similar al de Oportunidades, donde la ayuda es condicionada a continuar los estudios y va aumentando por nivel educativo, de modo que para los más pequeños, de recién nacidos hasta preescolar, la ayuda correspondiente será de sólo 300 pesos por mes. En primaria subirá a 500, en secundaria a 700 y para educación media superior, 900 pesos mensuales, transferencias que se pagarán de manera bimestral. La introducción del programa indica que en México hay 6.9 millones de hogares con jefatura femenina y en 5.2 de ellos la mujer no cuenta con el apoyo de ninguna pareja al ser soltera, separada, divorciada o viuda; al considerar sólo en los que la jefa de familia es menor de 69 años y vive en condiciones de pobreza, calcula 332 mil hogares en zonas rurales y 1.4 millones en urbanas. "Para 2013 se estima que de las jefas de familia sin cónyuge y en estado de pobreza, puedan morir alrededor de 7 mil de ellas, dejando en orfandad aproximadamente a 15 mil menores de 0 a 23 años", afirma. Al detallar quiénes pueden ser beneficiarios del programa, el universo se amplía no sólo a madres en riesgo, sino que podrán registrarse los tutores menores de edad que hayan quedado huérfanos y los propios jóvenes, si tiene entre 18 y 23 años, que perdieron a su madre y no cuentan con apoyo del padre. La pobreza, exponen las reglas de operación, no es estática sino que varía porque depende de eventos que hacen caer en ella o la intensifican, como puede ocurrir con los hijos de estas madres si ellas llegan a faltar. "Los hogares con jefatura femenina y con hijos o hijas en edad escolar son particularmente vulnerables, ya que en caso de la pérdida de la principal fuente del ingreso del hogar, lo hijos e hijas podrían ver disminuida su capacidad de satisfacer sus necesidades básicas en alimentación y salud o podrían verse en la necesidad de trabajar y abandonar su educación, situaciones que en el corto y largo plazos pueden agravar su condición de pobreza", explica. Del presupuesto de 400 millones de pesos con que cuenta podrá utilizarse en gastos de operación hasta el 7%, es decir, 28 millones. Pasado el 31 de julio se hará una evaluación de avances, pues si hay recursos que no se hayan ejercido o comprometido, o cuyas acciones no estén cumpliendo lo programado, serán reasignados.

La asociación Gestión Social y Cooperación (Gesoc) ha cuestionado que el programa haya optado por una operación totalmente a cargo del gobierno, porque implicará que cada año se necesite duplicar el presupuesto, en lugar de contratar un seguro particular que hubiera costado 150 pesos anuales por mujer; es decir, que tan sólo con los 28 millones a gastar en operación se pudo haber asegurado a más de 186 mil madres<sup>87</sup>.

### 2. No precisan las reglas del programa quién pagará

El proyecto de reglas de operación del programa Seguro de Vida para Jefas de Familia no precisa si una aseguradora se hará cargo de este instrumento, sólo plantea que la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por conducto de la Unidad de Seguros, Pensiones y Seguridad Social, definirán las características técnicas y "podrán establecer los mecanismos para la adquisición del producto que resulte". El documento enviado a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria señala que en el país alrededor de 5.2 millones de hogares de los 6.9 millones con jefatura femenina no cuentan con el apoyo de un cónyuge debido a que son solteras, separadas, divorciadas o viudas. Agrega que hay 332 mil hogares en zonas rurales y 1.4 millones en áreas urbanas donde la jefa de familia tiene entre 12 y 68 años de edad, y viven en pobreza. Para este año, indica, "se estima que de las jefas de familia sin cónyuge y en estado de pobreza, puedan morir alrededor de 7 mil de ellas, dejando en orfandad aproximadamente a 15 mil menores de cero a 23 años". Refiere que los hogares con jefatura femenina y con hijos en edad escolar son particularmente vulnerables. Frente a este panorama, el programa tiene la finalidad de que los hijos de las jefas de familia, en caso de que éstas fallezcan, y que tengan una edad menor a los 23 años, obtengan un apoyo económico mensual por orfandad materna que incentive su permanencia en el sistema educativo, agrega el proyecto. Entre los requisitos que enumera para que las mujeres sean in-

<sup>87</sup> *Reforma*, 2 de marzo, 2013

corporadas a este programa están ser madre soltera, tener una madre de entre 12 y 68 años, y el apoyo mensual que se propone es para niños de cero años y hasta preescolar 300 pesos; en primaria, 500 pesos; secundaria, 700; media superior 900, y superior entre mil y mil 850 pesos. Los menores de 23 años de edad que hayan sufrido la pérdida de su madre, y si ésta recibió copia del formato de preregistro podrán entregar en cualquier momento una solicitud para incorporarse como beneficiarios al programa. La entrega de apoyos podría ser en efectivo o a mediante transferencias electrónicas. El documento también señala que para el desarrollo de acciones asociadas con la planeación, operación, seguimiento, atención ciudadana y evaluación externa del programa, la Sedesol destinará hasta 7% del presupuesto asignado al programa. Se plantea que en la operación del programa participen las delegaciones de la Sedesol, Desarrollo Integral de la Familia nacional, las procuradurías de Defensa del Menor y la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México. Además, un comité técnico regirá el programa y lo presidirá el subsecretario de Desarrollo Social y Humano de la Dependencia<sup>88</sup>.

### **3. Inaugura Peña Nieto el seguro para jefas en la Cruzada Nacional contra el Hambre. Arranca a medias**

El presidente Enrique Peña Nieto anunció la puesta en marcha del programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, el cual atenderá en una primera etapa a 1.7 millones de mujeres de las zonas rurales de los 400 municipios con mayor marginación, con un presupuesto de 400 millones de pesos para este año. Durante el acto, realizado en la residencia oficial de Los Pinos, el mandatario explicó que los hijos de entre cero y 23 años de edad que se encuentren en situación de orfandad materna, estarán “bajo la tutela y protección” del Estado mexicano, el que les garantizará el “ingreso suficiente” para sortear las mínimas adversidades, pero, sobre todo, que les permita realmente cubrir las necesidades, hasta concluir sus estudios universitarios. “Este es un programa de nueva generación, que está orientado, insisto, a realmente modelar la sociedad de derechos que México merece y debe tener” dijo el mandatario. Acompañado por los secretarios de Gobernación y de Hacienda, el presidente Peña Nieto dijo que este programa se ampliará de manera paulatina a las zonas urbanas de los municipios de mayor marginación, incluidos en la Cruzada Nacional contra el Hambre y posteriormente a escala nacional. Aseguró que este es un “acto de justicia social”. Es una acción ética del Estado mexicano, el asegurar que quienes están en mayor rezago social y que menos tienen cuentan con un mínimo de ingreso y de bienestar. Destacó que uno de cada cuatro hogares mexicanos está encabezado por una jefa de familia, cuya preocupación principal es el futuro de sus hijos en caso de que ellas falten. Indicó que este programa es el cumplimiento no sólo de compromiso asumido en la campaña electoral y ratificado como

una de las decisiones anunciadas en su toma de posesión, el primero de diciembre pasado, sino también un acuerdo celebrado con las distintas fuerzas políticas en el llamado Pacto por México y que, sin duda, se materializa con el respaldo de la Cámara de Diputados, que aprobó recursos para poder poner en marcha este programa.

“Éste, continuó, se unirá a otros proyectos gubernamentales, como el de Estancias Infantiles, que se fortalecerá y ampliará su cobertura; al de Atención a Salud Reproductiva e Igualdad de Género en Salud; al de reducción de la mortalidad materna; al de la Mujer en el Sector Agrario; y el de Prevención de la Violencia.

La representante adjunta para México del Fondo de las Naciones para la Infancia (Unicef), Isabel Crowley, expresó su satisfacción por las medidas puestas en marcha. Sin embargo, sugirió que el gobierno tome en cuenta la transversalidad de la infancia en la elaboración y aplicación de sus políticas públicas que se definirán en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, propuesta que fue tomada por el presidente Peña Nieto<sup>89</sup>.

### **4. Ven desarticulado el Seguro**

El recién lanzado Seguro de Vida para Jefas de Familia, que daría hasta mil pesos mensuales a huérfanos pobres, es una buena intención, pero está desarticulado y resulta insuficiente, sostuvo el director de la Red por los Derechos de la Infancia (Redim), Juan Martín Pérez. Lo que México tiene que hacer, explicó, es crear un verdadero sistema de atención a la infancia que articule las necesidades que hasta ahora se cubren de manera fragmentada con una serie de instituciones que no tienen vasos comunicantes entre sí. Con el nuevo programa, si el hijo de una madre sola queda huérfano, tiene derecho a recibir 300 pesos mensuales al nacer, 500 durante la primaria, 700 en secundaria, 900 en prepa y 1000 en la universidad, hasta los 23 años, montos que Pérez calificó de “simbólicos”. “No son montos suficientes y quizá lo que no está claro es cómo se está entendiendo la inversión de este recurso. Porque si este recurso es un aporte a la familia que recibe al niño, es un estímulo que compensa, pero por supuesto que no resolvería la manutención de nadie. Además, si un niño queda huérfano, lo más seguro es que en ese momento pierda el ciclo escolar.

La Secretaria de Desarrollo Social, Rosario Robles, afirmó que con este programa se hacen realidad los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño, en el sentido de proveerles, cuando estén en circunstancias difíciles, de cuidados alternativos y un entorno seguro y protector. Sin embargo, para el director de Redim, el Estado mexicano nunca ha cumplido el acuerdo<sup>90</sup>.

88 *La Jornada*, 5 de marzo, 2013

89 *La Jornada*, 14 de marzo, 2013; *Reforma*, 14 de marzo, 2013

90 *Reforma*, 14 de marzo, 2013

### 5. La AMIS diseñó un seguro

La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) diseñó un seguro de vida para jefas de familia, que fue enviado a la Secretaría de Desarrollo Social para su análisis. La AMIS trabajó en la propuesta del producto y de las cuotas que se tendrían que pagar; el diseño del seguro de vida fue entregado ya a las autoridades<sup>91</sup>.

### 6. Tiene lento avance Seguro para madres

El programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, que se dio a conocer en enero y se lanzó oficialmente el 13 de marzo, tiene registradas a sólo 558 mujeres de cuatro estados. El resto de las entidades no han iniciado el registro de beneficiarias por falta de presupuesto o por desconocer datos y operación del plan. A través de este programa, la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) busca brindar apoyo económico de 300 hasta mil pesos -según el nivel escolar- a los hijos de jefas de familia, entre ellas madres solteras y viudas, que fallezcan. Chiapas indicó que sólo tiene a dos mujeres incorporadas, las mismas que recibieron el registro de manos de Peña Nieto cuando acudió el 19 de abril junto con Luis Inácio Lula da Silva a promover la Cruzada Nacional contra el Hambre. Los otros tres estados que sí han incorporado beneficiarias son entidades donde habrá elecciones este año: Aguascalientes, con 343 inscritas hasta el 19 de abril; Tamaulipas, con 176 a esa misma fecha; y Veracruz, que tenía 37 mujeres hasta el 29 de abril. Las delegaciones de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) de 18 estados confirmaron que no han iniciado el programa. Zacatecas y Michoacán argumentaron falta de presupuesto. "A la fecha no se han otorgado recursos para el programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, por lo que no se cuenta con la información solicitada", indicó Michoacán. Hidalgo, por ejemplo, dio a conocer que apenas estaba en fase de dar a conocer el programa. "No se han aperturado las ventanillas de pre-registro de citado programa, ya que aún se está en etapa de difusión", señaló. Además, Hidalgo es uno de los estados donde habrá comicios este año y el blindaje electoral los detiene 45 días antes. Consultadas, las oficinas de Sonora y Tlaxcala advirtieron que ya no se echaría andar el Seguro de Vida hasta después de julio. "La oficialía está abierta si quiere alguien presentar solicitudes, pero no se le está dando trámite ahorita por lo del blindaje electoral, o sea que no tendría ningún caso presentarla", señalaron en Tlaxcala. Otras 9 entidades contestaron a la solicitud de información que no tenían los datos porque le corresponde a la subsecretaría de Desarrollo Social y Humano de la Sedesol. Una de ellas fue Puebla, aunque en el teléfono de atención ciudadana dijeron no saber nada sobre ese programa. "No, no tenemos ni idea ni qué institución lo va a llevar. Desconocemos por completo. Hay un programa que se llama Oportunidades", respondieron. No, éste es Seguro para Jefas de Familia, es un programa nuevo, se aclaró. "No. Fíjese que lo mismo vino una se-

ñora hoy en la mañana para preguntar por un seguro de vida, pero la mandamos a Oportunidades y ahí le dijeron que no", insistió. La titular de la Secretaría de Desarrollo Social, Rosario Robles, explicó que la inscripción al programa iniciaría en zonas rurales y luego en las urbanas de los 400 municipios de la Cruzada Contra el Hambre, y después se extendería al País a 1.7 millones de mujeres. Pero la mayoría de las inscritas, 334, están en la capital de Aguascalientes, mientras al menos 193 están en municipios no considerados por la Cruzada. El pasado 13 de marzo, durante el lanzamiento de programa en Los Pinos, Peña agradeció la presencia de decenas de mujeres que sería beneficiadas; no obstante varias de ellas, entrevistadas en aquella ocasión, refirieron no ser jefas de familia ni tener hijos menores, y provenían del Estado de México, donde también se confirmó que aún no hay inscripciones. Las Reglas de Operación, publicadas el 1 de marzo en el Diario Oficial de la Federación, anuncian que también pueden ir a solicitar el beneficio tutores de niños o los propios jóvenes si ya tienen 18 años, que hayan quedado huérfanos de madre y no cuenten con apoyo del padre, pero hasta ahora sólo han acudido al programa madres, de las cuales ninguna ha fallecido<sup>92</sup>.

### 7. La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) renovará convenio de guarderías

La Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) informó que sí renovará los convenios que tiene con guarderías del país, pero solo está a la espera de la publicación de las reglas de operación para 2013, en el Diario Oficial de la Federación, aunque el plazo vence el próximo 31 de diciembre. Indicó que estos lineamientos se realizan con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación, toda vez que se trata de recursos provenientes del ramo administrativo 20 "desarrollo social". Asimismo, explicó que los convenios de concertación se firman de manera individual con cada responsable de las estancias infantiles, a través de las delegaciones, las cuales son encargadas de la operatividad del programa. Dejó claro que no se firman convenios de operación en grupo. Sedesol mencionó que el Programa de Estancias Infantiles continúa operando con normalidad y se analizan sus características para fortalecerlo, en bien de los hijos de madres jefas de familia. "No se ha contemplado que las estancias infantiles cierren sus puertas y, en este sentido, en ningún momento han estado en riesgo los servicios de atención a menores de entre uno y tres años 11 meses de edad, inscritos en las estancias infantiles que coordinan en todo el país"<sup>93</sup>.

### 8. Estancan la cobertura de estancias

El programa de Estancias Infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), contará este año con más recursos, pero su cobertura no aumentará, según las previsiones de la propia

92 *Reforma*, 10 de mayo, 2013

93 *Milenio Diario*, 28 de diciembre, 2012

91 *El Financiero*, 20 de marzo, 2013

dependencia. El presupuesto de Egresos de la Federación de 2013 le asigna al programa 3 mil 547 millones de pesos, 656 millones más de los que ejerció el año pasado. Sedesol reportó que a finales de 2012 se registraron 9 mil 473 estancias infantiles en operación en el país, que brindaban atención a 292 mil menores, en beneficio de 270 mil madres de familia. Con el presupuesto de este año, indicó, el programa atenderá a más de 288 mil menores, con lo que resultarán directamente beneficiadas 300 mil madres de familia. “El programa busca que las madres tengan tiempo disponible para acceder o permanecer en el mercado laboral o estudiar, a fin de tener mejores opciones de empleo e ingreso, mientras sus menores permanecen en un lugar seguro”. Actualmente, destacó, el programa tiene presencia en mil 279 municipios, 409 considerados como de muy alto o alto grado de marginación. Creado al inicio de la anterior administración federal, y presentado como una de sus principales estrategias en materia de desarrollo social, el programa pasó de 125 mil niños atendidos en 2007, a 277 mil en 2011. Es un programa que apoya, a través de subsidios a los servicios de cuidado y atención infantil, a las madres que trabajan, buscan empleo o estudian y a los padres solos con hijos bajo su cuidado entre 1 y hasta 3 años 11 meses de edad, y entre 1 hasta 5 años 11 meses de edad. El programa aplica tres modalidades:

Apoyo a Madres Trabajadoras y Padres Solos, Impulso a los Servicios de Cuidado y Atención Infantil, e Incorporación a la Red de Estancias Infantiles. En la modalidad de Impulso a los Servicios de Cuidado y Atención Infantil, otorga apoyos a las personas interesadas en abrir y operar una estancia infantil por un periodo mínimo de un año, siempre y cuando cumplan con las especificaciones establecidas en las Reglas de Operación. El monto máximo de apoyos en 2012 se fijó en 70 mil pesos. En tanto, en la modalidad de Apoyo a Madres Trabajadoras y Padres Solos, otorga subsidios a los hogares que cumplan con los criterios y requisitos de elegibilidad. El subsidio ascendió el año pasado a 850 pesos mensuales por cada niño de uno a tres años 11 meses de edad inscrito en alguna estancia infantil afiliada a la red. “El beneficiario debe cubrir la diferencia entre el costo mensual del servicio de cuidado infantil y el subsidio otorgado por la Sedesol. Dicha cuota de corresponsabilidad se le debe pagar directamente a la persona responsable de la estancia infantil”, explicó la dependencia en su Informe de ejercicio presupuestal correspondiente al tercer trimestre de 2012<sup>94</sup>.

<sup>94</sup> *Reforma*, 5 de enero, 2013

## LA "UNIVERSALIDAD" DEL SECTOR SALUD

### 1. Renombran y amplían plan de salud infantil

El Seguro Médico para una Nueva Generación, implementado en el sexenio pasado, ahora será llamado Seguro Médico Siglo XXI y cubrirá nueve padecimientos más, además de enfermedades raras de baja prevalencia, pero de atención costosa. Carlos Aranza Doniz, director General del Seguro Médico Siglo XXI, explicó que aumentaron de 131 a 140 las enfermedades que atenderá este seguro creado para atender a todos los niños de 0 a 5 años, cuyas reglas de operación ya fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación. Las nueve enfermedades integradas al catálogo de cobertura se relacionan con el aparato respiratorio, tubo digestivo y la función auditiva. El plan incluye el implante coclear y los métodos de diagnóstico difíciles para detectar sordera congénita así como enfermedades de los bronquios y trastornos del pulmón. Además de los 140 padecimientos, existe la denominación "enfermedades N", que incluye males con una estadística muy pobre pero que sacrifican la economía ya que se trata de enfermedades congénitas cuyo tratamiento es caro. "Todas estas enfermedades, 12 mil, están incluidas en el Seguro Médico. No se encuentran muy reportadas, pero afectan la economía de una familia, por ejemplo, las enfermedades lisosomales donde hay 5 síndromes que son raros en la población infantil. Estos niños, para sobrevivir, requieren encima caras y está fuera de la economía de una familia sostener (este tratamiento) y que es vital para su supervivencia". Destacó que se atenderán malformaciones congénitas de diferentes órganos. Detectar estos problemas en los niños va a representar para ellos poder hacerles cirugías o implantes, y con ello ya no tener trastornos del lenguaje, o males que afectan el desarrollo psicomotor del niño".

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, (Conapo), se estima que cada año nacen alrededor de 2 millones de niños, de los cuales, 850 mil niños serán atendidos por el Seguro Siglo XXI, pues en el caso del resto de esta población algunos de sus padres tienen seguridad social o algunos no desean afiliarse. El programa tiene previsto para 2013 un presupuesto asignado para la operación de 2 mil 519 millones de pesos. La mayor parte de estos recursos se destinarán hacia los estados para atender todas las enfermedades del catálogo, pues ellos tienen la obligación de registrar la atención, a través de un expediente que valida la SSA, y después recibe el apoyo económico que permita garantizar la calidad de los servicios que se proponen. Los estados con mayor densidad demográfica son los que más recursos recibieron el año pasado, entre ellos están Nuevo León, Jalisco y DF. Según la última evaluación, en 2012, los estados de menor intervención fueron Campeche y Baja California.

Aranza adelantó que en el departamento de supervisión se hará un cronograma de actividades para brindar ases-

ría a los estados con el fin de identificar las debilidades, pues hasta ahora se devuelve entre el 1 y 3% de los expedientes con recomendaciones de mejora<sup>95</sup>.

### Reemplazo

### El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación será sustituido por el Seguro Médico Siglo XXI

<p>➤ Según la SSA, el nuevo programa no implica variación alguna en la atención médica de los beneficiarios del anterior seguro implementado en el sexenio calderonista.</p>	<p>➤ El programa busca asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva en los menores de 5 años.</p>
<p>➤ Su población objetivo corresponde al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.</p>	<p>➤ Los padres deben asistir y participar en los talleres dirigidos sobre el cuidado del menor.</p>

### 2. O'Shea señala fallas del Seguro Popular

El Seguro Popular, la joya en materia de salud de los gobiernos panistas, en la práctica, no es otra cosa que una empresa aseguradora que no logró la cobertura universal, afirma Gabriel O'Shea Cuevas, responsable de la Comisión Nacional para la Protección Social en Salud (CNPSS). El nuevo funcionario delinea sus estrategias para los próximos años y anticipa que el gobierno federal supervisará los recursos que se envíen a los estados para evitar que sean usados para otros fines, o que se genere desabasto de medicinas como ocurrió en Tabasco. Para ello, propone crear una nueva figura de delegados o comisionado del Seguro Popular, tal como la tienen el IMSS y el ISSSTE, en cada estado de la República, y cuya tarea será supervisar que los recursos lleguen a salud. "Soy respetuoso del federalismo, pero si yo envío dinero a cualquier entidad, lo único que yo quiero asegurarme es que ese dinero baje al tema de salud, y no que baje a otras prioridades del gobierno estatal. Si ese gobierno quiere construir carreteras con dinero del Seguro Popular, pues no".

A diez años de la creación del Seguro Popular, su nuevo titular asegura que, contrario a lo que se afirmó en la anterior administración federal, no en todos los estados se logró la cobertura universal de salud, aunque admite que se avanzó en otros temas. Con una visión más cercana a la de los críticos del Seguro Popular, el ex secretario de Salud del Estado de México y cercano colaborador del presidente Enrique Peña Nieto, aterriza con un ejemplo cuál es la realidad de este organismo. No es otra cosa, dice, que una aseguradora, porque ni tiene médicos, ni tiene hospitales, ni tiene infraestructura. Es una aseguradora –

95 Renombran y amplían plan de salud infantil. *Reforma*, 2 de marzo, 2013

señala— que tiene una póliza para sus afiliados con un catálogo de enfermedades que cubre, pero con un reducido número de clínicas y hospitales para brindar el servicio. Y esto se explica, afirma, porque se preocuparon más por afiliar al mayor número de personas, pero sin atender a la par el desarrollo y el crecimiento de la infraestructura de salud de los estados. “El sexenio pasado se trató de afiliar al mayor número de mexicanos, darles una póliza y se las dieron, pero ahora lo que hay que hacer es trabajar en la calidad de los servicios”, asienta. Frente a este escenario, el responsable del Seguro Popular desde ahora anticipa que no será posible que en el sexenio del presidente Enrique Peña Nieto se logre la portabilidad y convergencia de los servicios, que era el proyecto dirigido a que todos los mexicanos pudieran ser atendidos en cualquier estado y por cualquier institución de salud, sin importar si está afiliado al IMSS, ISSSTE o Seguro Popular. “Sentaremos las bases, pero seguramente en 10 años este sistema se podrá lograr, pero antes, se requiere de una reforma hacendaria y otra a la Ley General de Salud”. A diferencia de sus antecesores que fueron economistas, O’Shea es médico oftalmólogo, especialista en trasplante de córnea y maestro en gerencia de servicios de salud, promete que le dará un rostro más humano al Seguro Popular. El funcionario, quien tiene una visión muy clara de lo que es el Seguro Popular, asegura que hablar de una cobertura universal, “como se ha hablado, yo creo que todavía nos falta mucho. hubo una equivocación en el término usado, pues era mejor utilizar afiliación plena, pero no cobertura universal, porque seguimos viendo a Pedro y María con su bolsa navegando por los estados buscando un hospital donde atenderse.

A lo largo de una década, el tema principal del Seguro Popular ha sido la afiliación. Hasta diciembre del 2012, se habían asegurado 53 millones de mexicanos, pero advierte que todavía faltan 10 millones de mexicanos más que afiliar en los próximos años. Realmente, se dijo que se habían levantado banderas blancas en todos los estados, pero la realidad es que aún hay personas que no han sido afiliadas al Seguro Popular. Lamentablemente la infraestructura en salud se quedó corta y la afiliación fue enorme, no fue a la par, y ahora tenemos un gran problema en los estados. Lo ideal es que hubiera un sistema de salud fuerte donde se pudiera recargar el Seguro Popular”. Informa que el presupuesto que se tiene para este año es de 66 mil 700 millones de pesos, que comparado con 2012 tiene un incremento de 3% que servirá para afiliar a dos millones y medio de mexicanos al Seguro Popular en 2013. “En este sexenio se trabajará en alcanzar la misma cobertura que tiene el IMSS o el ISSSTE, incrementando el número de enfermedades. Actualmente, el Seguro Popular cubre mil 533 padecimientos y 522 medicamentos. Incluye el cien por ciento de las enfermedades más comunes, 82% del segundo nivel y en el tercero es menos la cobertura. Con el Fondo de Gastos Catastróficos, que representa 8% de todo el presupuesto, se atienden 20 en-

fermedades caras, entre ellas, cánceres de niños y adultos; VIH-Sida, trasplante de médula y recientemente cáncer de recto, colón y ovario. O’Shea Cuevas deja en claro que “para incluir el servicio de hemodiálisis y diálisis al Seguro Popular, en el que 64 mil afiliados lo necesitan, implicaría gastarse 9 mil 200 millones de pesos por año, lo que representa todo el dinero del Fondo de Gastos Catastróficos que se tiene para cubrir 20 enfermedades. No podríamos entonces cubrir los cánceres o el VIH-Sida. Para la inclusión de una enfermedad se requiere de recursos. Uno de los temas que cambiará en este sexenio es que habrá compras consolidadas de medicamentos en las que participarán los estados, lo que beneficiará a los afiliados y permitirá ahorros. Con la creación del Seguro Popular en 2004, se tuvo un incremento en inversión en salud, además de que ha sido un paso necesario para poder pensar en un sistema universal de salud, así como se logró disminuir la mortalidad materno infantil, se adquirieron nuevas ambulancias y se pudieron comprar las vacunas del neumococo y rotavirus. El sexenio pasado se trató de afiliar al mayor número de mexicanos, darles una póliza, pero ahora lo que hay que hacer es trabajar en la calidad de servicios”<sup>96</sup>.

### **3. El subsecretario Durán sostiene que la “afiliación al Seguro Popular se dio sin planeación”**

Saturación de los servicios de salud federales, construcción de hospitales que operan al 60% y un problema laboral que implica a 65 mil médicos y enfermeras, son algunas de las herencias que la anterior administración dejó con el Seguro Popular. En los últimos tres años, la afiliación desmedida de ciudadanos al Seguro Popular saturó los servicios de salud, tanto federales como estatales, por una falta de planeación, y provocó que se abrieran nuevos hospitales sin importar que ahora operen a la mitad de su capacidad por falta de personal médico, infraestructura y recursos para su mantenimiento. Pero eso no es lo único. Luis Rubén Durán Fontes, subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, explica que como parte de la herencia que recibieron del Seguro Popular, ahora también tienen que resolver la situación de 65 mil médicos y enfermeras, a quienes los estados de la República le prometieron que sus plazas serían regularizadas, porque actualmente se les paga mediante contratos de honorarios que se renuevan cada seis meses. Durán asegura que se permitió que operaran hospitales sin la debida acreditación, con tal de que se atendiera a la población del Seguro Popular, que en los últimos tres años se incrementó en 10 millones, para llegar a un total de 53 millones de afiliados. En el sexenio pasado, asegura el funcionario, se crearon mil 264 nuevos hospitales y centros de salud, entre los cuales algunos no operan a toda su capacidad porque no se consideró el gasto para la plantilla completa de personal médico y el gasto de operación de infraestructura. Pero ahora, advierte, se trabaja para que todos los gobernadores y los secretarios de salud estatales regularicen

<sup>96</sup> El Universal, 5 de marzo, 2013

esta situación, pues, de lo contrario, dichos hospitales perderán los recursos que se canalizan para atender a los usuarios del Seguro Popular. La intención es garantizar que los recursos que se envían a los estados realmente se apliquen en materia de salud y no a otros fines, pues sólo así se logrará mejorar la calidad en los servicios. Durán reconoce que los hospitales nuevos no tienen su plantilla de personal médico al 100%, pese a que el Seguro Popular envía fondos a los estados: 2 mil 800 pesos por cada afiliado, de los cuales 40% debe utilizarse en recursos humanos. A veces, por otras necesidades (de las entidades), no se termina de completar esa plantilla laboral o se contrata en otras condiciones.

#### *¿Qué otras condiciones?*

Han contratado personal de salud que ha sido de confianza y no está dentro de una estructura, que se le paga por honorarios, pero que sigue cargando con esa promesa de que se les tiene que regularizar su plaza de salud en cualquier momento. Esa problemática, reconoce Durán, genera una presión social sobre los secretarios de Salud estatales, "y ellos tendrán que buscar recursos de momento para ir paleando esa necesidad de los grupos de médicos, enfermeras y de otro personal de salud, que presionan para que se le regularice". Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Guadalajara, y quien durante varios años ocupó el cargo de director general de Promoción de la Salud, reconoce que la enorme cantidad de personas que fueron afiliadas en el sexenio pasado, no sólo provocó la saturación de los servicios, sino que los secretarios de salud estatales se vieron forzados a ponerle remedio a este asunto contratando a médicos eventuales por honorarios, cuyas plazas quedan irregulares. Incluso comentó que el planteamiento de los secretarios de salud estatales a Mercedes Juan López, titular de la Secretaría de Salud Federal, durante la primera reunión del Consejo Nacional de Salud, fue pedirle que regularice 65 mil plazas, tema que "le corresponderá a la Secretaría de Hacienda".

#### *¿Se dejó de certificar a las unidades médicas?*

Se volverá a retomar esto con más fuerza, a través de un órgano regulador de certificación de unidades y la acreditación de la Secretaría de Salud, que tenga la posibilidad de darle seguimiento a los recursos y buscar la manera de sancionar a quienes no cumplan con este requisito. En la primera ley nos quedamos con un vacío enorme de nuestros controles. Los recursos federales destinados a salud llegan directamente a las secretarías de Finanzas estatales, y ahí les dicen (a los secretarios de salud): "sí te doy, pero primero atiendo otra emergencia".

#### *¿Al hospital que no esté acreditado se le quitarán recursos del Seguro Popular?*

Exactamente, ya no podrá aspirar a más recursos. An-

tes no se hacía esto por tanta afiliación que se hizo tan grande en los últimos tres años, que no podíamos darnos el lujo de sancionar hospitales y no darles recursos, razón por la que se hizo ahí un círculo perverso entre planeación, ejecución y puesta en marcha de infraestructura. Pero como ya tenemos 53 millones de afiliados, tenemos que estar a la altura de esta demanda. Aclara que las unidades médicas no se cerrarán de la noche a la mañana, pero habrá inspecciones, se les dará un tiempo perentorio para que resuelvan sus focos rojos, y si no lo hacen se aplicará la sanción.

Sobre el abasto de medicinas asegura que sigue siendo un problema, pese a que se destinan 50 mil millones de pesos cada año, "por lo que bien vale la pena optimizar los recursos". Asegura que durante este sexenio se va a reordenar y a potenciar al sector salud con lo que se tiene. La meta es lograr la universalización de los servicios, a través de la convergencia y la portabilidad, con el propósito de que los pacientes puedan tener acceso a cualquiera de las instituciones de salud. Para ello, explica, se requiere de la participación y del compromiso de los tres niveles de gobierno, y de que la Secretaría de Salud vuelva a retomar la rectoría en las políticas de salud. Por el momento se elabora un padrón que permitirá tener un orden de afiliaciones, mismo que ha arrojado que hay 7 millones de mexicanos con doble cobertura, es decir, están en el Seguro Popular y en el IMSS u otra institución. Para las nuevas obras hospitalarias a ejecutar en este sexenio (hay 40 solicitudes), el presupuesto completo debe prever su operación, recursos humanos y obra, "porque de lo contrario no se tendría manera de atender eso". Se pondrán en marcha dos estrategias: en el área de Planeación, el Programa de Desarrollo Eficiente de Infraestructura Sectorial, llamado "Salud a tu alcance", y en el área de Calidad, el Programa de Calidad Efectiva en los Servicios de Salud, "Process". Ambos buscan mejorar el acceso y la calidad de los servicios<sup>97</sup>.

#### **4. Julio Frenk estima que el Seguro Popular debe "eliminar brechas"**

Después de defender este esquema de aseguramiento reconoció que debe ser fortalecido, sobre todo para garantizar que los recursos que son enviados a los estados lleguen a salud. "Todo sistema es perfectible y los que hemos tenido un papel en el diseño o implementación somos los primeros en reconocer que es un proceso dinámico. Pidió resistir la tentación de la crítica destructiva: ese no ha sido el estilo en salud, pero sí en otras áreas de gobierno. Las pruebas están a la vista: pocos sectores como el de la salud le han dado tanto beneficio a México. Se duplicó la esperanza de vida y se redujo la mortalidad materna. La clave es que, administración tras administración, se construyó sobre lo que venía. No se comenzó con

<sup>97</sup> El Universal, 8 de marzo, 2013

pronunciamentos destructivos. Lo que sigue es reducir la diferencia en la prestación de los servicios entre los estados. Hay algunos que han hecho un trabajo excelente, pero tenemos que asegurar a todos el mismo nivel de excelencia.

Cuando diseñó el Seguro Popular, ¿usted previó lo que actualmente sucede, que no se ha mejorado la calidad, que hubo mucha afiliación y poca infraestructura médica u hospitales saturados? La calidad que presta el Seguro Popular ha mejorado, casi todos los estudios lo demuestran y necesitaríamos ser muy burros para que con todo el dinero que se le ha puesto al sistema de salud no hubiera mejorado la calidad. Eso no quiere decir que es perfecta. El problema de la calidad es que no haya variaciones de la misma. Que ningún lugar esté por debajo del estándar. Ese es el reto. Hay más espacios de atención, más médicos y enfermeras en el sistema, más gente con formación gerencial y hay más recursos. El problema es que sigue habiendo grandes brechas en la vanguardia y retaguardia. Antes no veíamos hospitales saturados, no tenían dinero. Yo prefiero que veamos más gente en el hospital a que la gente se muera en su casa porque no llegaron al hospital. Antes del Seguro Popular, 30% de los niños que tenía leucemia comenzaba el tratamiento y lo abandonaba porque la familia se quedaba sin dinero. Ahora este porcentaje es de 3%. Eso es mejor calidad. Los servicios se saturan porque ya no hay barreras económicas, pero se tiene que seguir invirtiendo en infraestructura. Ahora hay hospitales de población abierta que están mejor que los de seguridad social. El reto es subir a todos. A Colombia le tomaron 20 años sus reformas. Nosotros llevamos diez. Estamos a la mitad<sup>98</sup>.

#### *Las reformas que siguen*

Para Julio Frenk, urge una reforma en el sector salud que permita sustituir los actuales sistemas de financiamiento de atención, provenientes de fondos y cuotas obrero-patronales, por una “contribución social generalizada”. Se crearía un fondo único de aseguramiento contra gastos catastróficos, un paquete de intervenciones de alta especialidad y uno común de beneficios al que todo mexicano tendría derecho bajo cualquier esquema de aseguramiento público con independencia de quién sea el prestador de servicios. Ojalá sea tema central de la reforma hacendaria. Hacer una transición de eliminar cuotas obrero-patronales a cambio de una contribución social que fuera mezcla de impuestos al consumo, ingreso y riesgos a la salud. Esto podría ejecutarse en la vida de la actual administración. La parte financiera puede ir más rápido –con un etiquetamiento suave– porque la parte de prestar servicios es más compleja. Lo que sigue es reducir la diferencia entre estados. Se debe además corregir que los recursos recaudados se vayan a salud<sup>99</sup>.

<sup>98</sup> *El Universal*, 8 de marzo, 2013

<sup>99</sup> *La Jornada*, 10 de marzo, 2013

#### **5. “Poco avance” hacia la convergencia de los servicios médicos, González Block**

El expediente clínico electrónico y el padrón general de salud son piezas fundamentales para concretar la portabilidad y convergencia de servicios médicos en el país. Sin embargo, los avances son escasos. En el primero, los estados carecen de recursos específicos para poner en marcha el sistema informático y la mayoría requiere actualizar la infraestructura tecnológica. En el caso del padrón de usuarios de los servicios de salud -entre otros problemas-, no garantiza la confidencialidad de los datos, reveló una evaluación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en conjunto con una empresa privada. Algunos de los resultados de la investigación fueron presentados durante el 15 Congreso de Investigación en Salud Pública. Miguel Ángel González Block, investigador del INSP, explicó que el trabajo se realizó a petición de la Secretaría de Salud (SSA). Dijo que en camino hacia lograr que los pacientes PUEDAN acudir a cualquier institución médica, independientemente de su derechohabiencia (portabilidad) se deben atender varios pendientes, como los señalados. Para que haya integración funcional de los servicios -precisó-, la población debe percibir que existe la libertad de elección de clínica u hospital, que hay acceso legal y sin ningún tipo de barreras administrativas, económicas o de cualquier tipo. Lo mismo debe ocurrir entre los proveedores y prestadores de servicios. En cuanto a la convergencia entre instituciones de salud, su sustento se garantiza con la existencia y aplicación efectiva de guías de práctica clínica, intercambio de servicios, operación de un plan maestro sectorial de recursos humanos, abasto de medicamentos e insumos, así como disponibilidad de médicos y enfermeras. Respecto del expediente clínico electrónico, González Block comentó que hasta finales de 2011, de 382 unidades médicas evaluadas, en 24% operaba el sistema en distintos grados, 19% tenía proyectos para ponerlo en marcha, 6% tenía iniciativas, pero la mitad no reportó ninguna acción al respecto. Además, sólo 5% de las unidades contaba con presupuesto específico asignado al desarrollo y aplicación del expediente electrónico. El especialista resaltó que en 15 casos, el proyecto era de importancia estratégica. La revisión detectó que 38% de los estados de la República con expediente electrónico tenía posibilidad de concretar interconexiones con otras entidades en el corto plazo, pero más de 70% requería mejor infraestructura tecnológica. En las instituciones de seguridad social, en particular el IMSS, 60% de sus clínicas y hospitales ya cuenta con el sistema y se aplica con base con la Norma Oficial Mexicana (NOM) 024, relativa al Expediente Clínico Electrónico. También se reportó un avance en los convenios de interoperabilidad con el ISSSTE. Lo que les faltaba, de acuerdo con la evaluación, era la firma electrónica de los documentos para evitar la duplicidad con los papeles. El análisis arrojó que el intercambio de servicios clínicos entre las diferentes instituciones enfrentaba algunas limitaciones, como problemas con el registro

de pacientes, retrasos en los pagos cruzados, que el monto de las tarifas no es obligatorio y no existe regulación sobre los tiempos máximos de espera de la atención médica requerida<sup>100</sup>.

### **6. Prevenir fijar estrategia de Salud**

Será hasta el 30 de abril cuando terminen de establecer las líneas básicas que seguirá la nueva política del sistema de salud del sexenio, confirmó Gabriel Manuel Lee, director general de Gestión de Servicios de Salud del Seguro Popular. Explicó en entrevista que los obstáculos son evidentes. Los recursos humanos, dijo, son escasos y se necesita mejorar su distribución. “Estamos por mejorar la distribución de los especialistas, que están concentrados en los grandes centros urbanos. Es necesario fomentar que vayan a centros hospitalarios que se hicieron en materia de Alta Especialidad en las entidades. En salud todo es producto de la gradualidad. En su momento, una vez que nos pongamos de acuerdo, reduzcamos gastos, mejoremos las formas de trabajar, optimicemos los recursos disponibles, mejorará el servicio. En esta administración buscamos rescatar la figura del médico familiar, que es el que está cerca de la gente, que orienta, ayuda y promueve y en donde prácticamente el 80% de los problemas de salud se resuelve. El Comisionado del Seguro Popular, Gabriel O’Shea, ha solicitado reforzar acciones con enfoque de atención primaria y garantizar la calidad para medirla paulatinamente. Para nosotros, como agencia que financia la operación del sistema, se requiere trabajar para que paulatinamente las entidades usen adecuadamente los recursos. México debe incrementar el gasto en salud, pues actualmente se invierte 6.3% del PIB. Tenemos que seguir invirtiendo. Además, aún se debe asegurar que la gente aprenda a usar los servicios y por eso tiene gasto de bolsillo y por eso tenemos duplicados los servicios. Tenemos que generar un padrón único, porque existen duplicidades entre las instituciones producto natural del financiamiento y afiliación rápida. El Padrón del Seguro Popular que tiene el CURP, perfil biomédico y es probablemente uno de los más robustos, puede servir como un eje para que los demás padrones se homologuen. Es importante reconocer que, a raíz de la reforma financiera del sector, se permitió tener recursos que antes no tenían, permitió garantizar que la población que no tenía seguridad social ahora la tenga independientemente de su condición laboral. Se requiere rescatar el modelo de atención que permita homologar al sistema y garantizar un ciclo de atención integral en todo el ciclo de vida de las personas. Otro reto es lograr que la población envejezca saludable”<sup>101</sup>.

100 *La Jornada*, 9 de marzo, 2013

101 *Reforma*, 17 de marzo, 2013

### **7. Primeras aportaciones de la SSA al PND y PNS**

En el contexto del foro sectorial para elaborar el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2013-2018, el objetivo es lograr que la población solicite atención médica cuando está sana en las diferentes etapas de la vida, el autocuidado de la salud y la adopción de estilos de vida saludables, señaló la titular de la Secretaría de Salud, Mercedes Juan López. En un comunicado, la dependencia informó que especialistas en medicina, académicos e investigadores participaron en el foro, donde uno de los temas más importantes fueron la garantía de la atención médica cerca del lugar de residencia de la población. En la mesa donde se abordó este tema, expertos señalaron que se debe avanzar en el acceso mediante intercambio, portabilidad y convergencia, y así fortalecer la capacidad resolutoria del sistema tendiendo como primer contacto al médico general o familiar. Durante los trabajos, los especialistas puntualizaron que bien la población es cada vez más sensible a la importancia de la prevención y detección oportuna de las enfermedades crónicas no transmisibles, es necesario fortalecer ambas estrategias, sobre todo en enfermedades crónicas no transmisibles, es necesario fortalecer ambas estrategias, sobre todo en enfermedades específicas como cáncer y diabetes, que representan graves problemas de salud. También reconocieron que el acceso efectivo a medicamentos es una prioridad y una de las demandas más sentidas de la población, por lo que participantes en esta mesa acordaron hacer una medición de la disponibilidad, el surtimiento de medicamentos y los mecanismos de compras consolidadas, con el propósito de garantizar un abasto oportuno. En la mesa sobre la calidad en los servicios se examinaron los esquemas orientados a fomentar la calidad y seguridad del paciente, así como la formación de recursos humanos, acorde con las necesidades de salud que demanda la población en todo el país. En cuanto a la universalidad de los servicios, académicos e investigadores discutieron que el nivel de salud de la población y el acceso a protección a servicios médicos ha permitido al país incrementar la esperanza de vida, pero admitieron que falta mucho por atender<sup>102</sup>.

### **8. Arma SSA planes para prevenir violencia**

La Secretaría de Salud (SSA) pondrá en operación una estrategia integral para prevenir la violencia, cuyas acciones van desde el tratamiento de las adicciones y la salud mental hasta la atención de problemas de noviazgo entre los jóvenes. De acuerdo con documentos de la Comisión Intersecretarial para la Prevención del Delito, la Secretaría impulsará seis programas prioritarios: de prevención y atención de violencia familiar y de género; de escuela y salud; de entorno y comunidades saludables; de prevención y tratamiento de adicciones: de seguridad vial; y de salud mental. El eje de combate a la violencia familiar y

102 *La Jornada*, 25 de marzo, 2013

de género incluye esquemas de atención médica y psicológica para víctimas; reeducación de agresores a través de grupos de reflexión; y prevención de la violencia sexual en los ámbitos familiar, de pareja y comunitario. La dependencia federal promoverá también un plan denominado "escuelas promotoras de la salud y la no violencia" que incluye acciones para fortalecer la colaboración con el sector educativo, las asociaciones de padres y organismos públicos; sensibilizar a adolescentes y grupos de riesgo; impartir talleres de capacitación; y desarrollar materiales educativos enfocados a la promoción de la no violencia. El plan de prevención y tratamiento de adicciones comprende acciones para la detección temprana en centros de salud municipales; campañas de información y concientización; mejoramiento de los servicios "residenciales" de tratamiento; y detención oportuna de alumnos en riesgo. Además, desarrollará una estrategia integral dirigida a internos de centros de reclusión y sus familias por medio de un modelo de "comunidad terapéutica", e impulsará la instalación de "módulos de consejería de adicciones" en los Ministerios Públicos. El programa de salud mental comprende acciones de rehabilitación psicosocial<sup>103</sup>.

103 *La Jornada*, 1 de abril, 2013

## **10. Ordena Peña Nieto a la SSA poner en marcha estrategia contra obesidad y diabetes**

*Discurso Presidencial*<sup>105</sup>

*Señoras y señores: todos tenemos muy claro que para poder tener un país fuerte, vigoroso, con capacidad plena, es importante que la población goce y disfrute de plena salud. Ésta es la importancia, precisamente a la que nos convoca la conmemoración del Día Mundial de la Salud, establecido por la Naciones Unidas, en 1950. Es una ocasión que, al recordar el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud, nos permite reflexionar sobre los desafíos que enfrenta la humanidad en esta materia fundamental. Al hacerlo, cada país y cada Gobierno nacional debemos asumir nuestra responsabilidad en el cuidado y atención de nuestra población. En México, gracias al esfuerzo institucional de varias décadas, hemos alcanzado logros importantes en el Sector Salud. Hoy, la Nación cuenta con profesionales preparados y especializados, con científicos e investigadores dedicados a combatir y prevenir la enfermedad, así como con sólidas instituciones de protección a la salud. El mejor ejemplo de ello son las mujeres y hombres que hoy han sido reconocidos por sus méritos en salud. Así se han logrado controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión y la difteria, y se ha erradicado la poliomielitis del territorio nacional. A pesar de ello, debemos reconocer también que México vive una situación compleja en materia de salud pública. La fragmentación del sector, el uso ineficiente de recursos y la saturación de los servicios afectan la oportunidad y calidad de la atención médica. Además, el cambio epidemiológico por el que estamos transitando representa un reto adicional para nuestro Sistema de Salud. En nuestro país aún enfrentamos retos típicos de países en desarrollo, como la persistencia de enfermedades infectocontagiosas y de altos índices de mortalidad materna e infantil. Y, al mismo tiempo, hay una mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer, la diabetes y la hipertensión, propias de los países desarrollados. Esta doble condición nos obliga a actuar de inmediato. Se requiere una transformación de nuestro Sistema Nacional de Salud. Necesitamos, además, replantear nuestros hábitos individuales y colectivos, así como el concepto, quizá tradicional que tenemos sobre la salud, para algunos el que se logra cuando se asiste al médico y se tiene o se sigue algún tratamiento para entonces poder contar con salud. Tenemos que desterrar esta idea de salud como cura y transitar hacia un concepto integral, asociado a estilos de vida saludables.*

105 2 de abril, 2013

## **9. La SSA queda integrada en el gabinete especializado de México Incluyente, junto con el IMSS e ISSSTE. Por su parte, IMSS e ISSSTE forman parte también del gabinete especializado de México Próspero, de acuerdo al decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación<sup>104</sup>.**

El presidente Enrique Peña Nieto oficializó ajustes en el gabinete al dividirlo en cinco sectores, a fin de atender las metas nacionales fijadas para los siguientes seis años. El Presidente publicó en el DOF un acuerdo para integrar los gabinetes especializados. Humberto Castillejos Cervantes, consejero jurídico de la Presidencia de la República, dijo que el objetivo es conformar grupos temáticos que atiendan los asuntos específicos de cada meta. Agregó que estos gabinetes serán presididos por el Presidente de la República o, en su ausencia, por el coordinador respectivo de cada gabinete. Por ejemplo, el de México Incluyente por la Sedesol y el de México Próspero por la SHCP.

104 *La Jornada*, 2 de abril, 2013

*Por esos motivos, desde los primeros días de esta Administración me comprometí a trabajar por la salud de los mexicanos. Me comprometí a orientar los esfuerzos institucionales para hacer del derecho a la protección de la salud y a la atención médica de calidad, una realidad para todos los mexicanos. En congruencia con ello, hoy presentamos lineamientos de esta Política Nacional de Salud para los siguientes años.*

*Es una estrategia enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. La nueva Política Nacional de Salud está diseñada en torno a tres prioridades.*

*Primera. Acceso efectivo. El Estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico o su condición laboral. En ese sentido, seguiremos fortaleciendo el Seguro Popular y apoyaremos decididamente al IMSS y al ISSSTE. Además, trabajaremos hacia la portabilidad y convergencia de los servicios de salud. La visión de largo plazo es igualar la calidad de los servicios y hacer posible que los mexicanos puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública, si así lo requiere. Para lograrlo, fortaleceremos la rectoría y la autoridad de la Secretaría de Salud como responsable de la política nacional en esta materia. En este sentido, he instruido a su titular para que asegure una coordinación efectiva de las acciones, programas y esfuerzos de los actores que conforman el Sistema Nacional de Salud.*

*Segunda prioridad. Calidad en el servicio. Queremos que todos los mexicanos por igual cuenten con médicos profesionales, calificados e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad. Para ello, seguiremos ampliando y modernizando la infraestructura hospitalaria. Y en particular, trabajaremos para que las comunidades más aisladas cuenten con personal médico capacitado. Queremos que haya justicia y calidad en los servicios de salud. Como muestra de nuestro compromiso, en el Presupuesto de Egresos de este año se incluyó un nuevo programa enfocado, precisamente, a mejorar la calidad de la atención. Gracias al respaldo de los señores Legisladores, éste contará con una inversión inicial de cuatro mil millones de pesos.*

*Y, finalmente, la tercera prioridad: Prevención. Anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan, es la mejor forma de cuidar la salud. Para ello, continuaremos con el esfuerzo de vacunación nacional en congruencia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU; trabajaremos hacia una reducción significativa de las tasas de mortalidad materna e infantil, e igualmente, construiremos un modelo de atención primaria homologado y enfocado a la prevención de enfermedades. En este sentido, una de las acciones más importantes de prevención estará dirigida a reducir la obesidad y sobrepeso, toda vez que se ha convertido en una de las más grandes amenazas para la salud de todos los mexicanos. Por ello, instruyo a la Secretaría de Salud a poner en marcha una estrategia nacional para la prevención y control de la obesidad y la diabetes. Esta estrategia deberá incluir el fomento de estilos de vida y hábitos de alimentación saludables, la generación y rescate de espacios para la actividad física, la capacitación del personal de salud y el fortalecimiento de la atención primaria. Para hacer frente a la obesidad y a la diabetes, tomaremos las medidas más efectivas de acuerdo a la evidencia científica disponible, anteponiendo la salud, por encima de cualquier otra consideración. En ese esfuerzo deberá involucrarse el sector educativo y promoverse la participación de la iniciativa privada, las organizaciones de la sociedad civil y la sociedad en su conjunto. Las acciones gubernamentales son importantes, pero sin el autocuidado de los mexicanos nunca serán suficientes. Invito por ello, a todos los mexicanos a incorporar la prevención y la salud en sus vidas cotidianas. Una buena alimentación, el ejercicio cotidiano, los buenos hábitos son las herramientas que necesitamos para construir un país más sano, vigoroso y dinámico.*

*Señoras y señores: la construcción de un México incluyente es una de las principales metas del Gobierno de la República. Queremos lograr una sociedad de derechos, donde todos los mexicanos puedan ejercer plenamente los derechos que les confiere nuestra Constitución. Por ello, uno de los compromisos más importantes que adquirí con la sociedad mexicana es cimentar las bases de un sistema de seguridad social universal, que proteja a las familias de*

*este país. Los lineamientos que presentamos el día de hoy, están alineados a este gran propósito y enfocados a lograr el acceso efectivo y equitativo a servicios de salud de calidad. La participación y el compromiso de todos serán fundamentales en este esfuerzo compartido por un país más saludable. Para mover a México, como lo hemos convocado, necesitamos mexicanos en movimiento. Mexicanos con la salud, la fortaleza, la energía necesarias para transformar su entorno y construir entre todos el México que todos queremos*<sup>106</sup>.

106 3 de abril, 2013

### **11. El sector asegurador crece a un ritmo lento, urge potenciarlo**

La falta de políticas públicas respecto del sector asegurador impide que se tenga un desarrollo más amplio y rápido de la industria en México. Pese a que la industria aseguradora es el tercer mayor inversionista institucional en el país, después de las administradoras de pensiones y de las sociedades de inversión, al representar actualmente 1.8% del PIB, su crecimiento ha sido lento. Fernando Solís Soberón, presidente de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), recordó que al cierre de 2012, la penetración de los seguros como proporción del PIB alcanzó 1.93%. En 2006 era de 1.78%. En el marco de la 23 Convención Aseguradores de México, explicó que es un sector que en los últimos años ha crecido más que la economía, y seguirá así. En 2012, la industria avanzó 7.1% en términos reales, por arriba de 3.9 en que creció la economía. No obstante, la industria debe aumentar su participación en el PIB, que está por debajo de la que registran otros países con un nivel de desarrollo similar al nuestro. El seguro es una herramienta que eleva el bienestar de las familias y empresas, pues al estar mejor protegidas pueden hacer frente a riesgos, por lo que la penetración de este producto financiero debe crecer más. Si bien una parte del crecimiento de la industria será gracias a la mejora de la economía, al generar mayores ingresos en las familias, así como por cuestiones demográficas, esto debe ir de la mano del diseño de políticas públicas adecuadas.

### **Seguridad social**

Ejemplificó que una política que debería implementarse es la referente a la cobertura de accidentes de tránsito, pues México es el único país en el G-20 y la OCDE que no cuenta con este seguro. Otro tema, que de hecho es el centro de la Convención, es el referente a la seguridad social, ya que en México sólo 40% de las familias cuenta con esa protección, el resto carece de cobertura social. "Muchas familias carecen de una protección para enfrentar enfermedades, invalidez o muerte". Esto debe ser una cobertura universal, todas las familias deben tenerla, pero eso genera una serie de preguntas que deben resolverse antes, para saber si se dará seguridad social y en qué temas; si se les darán todos los seguros, con qué cobertura, a qué costo, si serán impuestos a la nómina o generales, y también hay que preguntarnos quién prestará los servicios: un instituto o las empresas". A nivel internacional, se observa que el sector asegurador es una herramienta muy poderosa que puede dar estos servicios a menores costos y con una mayor cobertura. "Por ejemplo, el seguro de invalidez y vida; en muchos países lo ofrecen las aseguradoras dentro del marco de la seguridad social, lo mismo ocurre con los seguros de riesgo de trabajo; también hay que pensar en los riesgos de protección de salud, que los ofrecen las aseguradoras, no un instituto de seguridad social, ya que eso abre la competencia". El también director general de Ahorro y Previsión de Banorte explicó que en el seguro de invalidez y vida se paga 2.5% del salario, pero el sector asegurador podría ofrecerlo por la mitad, y la otra mitad irse a las cuentas individuales para que los trabajadores acumulen más ahorro para su retiro, y eso no se hace. En esta Convención debatiremos este tema, sobre lo que nosotros consideramos que puede hacer el sector asegurador en beneficio de los individuos; estos planteamientos serán concretos, y si se tomaran como políticas públicas y se adoptaran, beneficiarían a las familias mexicanas"<sup>107</sup>.

107

El Financiero, 7 de mayo, 2013

**12. En la Convención Nacional de las Aseguradoras, Fernando Solís Soberón, presidente de la AMIS y alto funcionario de Banorte, avala las recomendaciones de FUNSALUD para que la participación privada en la prestación de servicios de salud "incentive la competencia y en esta medida mejore la calidad de los servicios". Solís sostiene también que el financiamiento de la seguridad social vía nómina "fomenta" la informalidad frente a la otra opción de financiarla por la vía de impuestos indirectos<sup>108</sup>.**

Discursos

108 *Fórmula Financiera*, Canal 121 de Cable, 8 de mayo, 2013

### **Presidente Peña Nieto. Clausura de la 23 Convención de Aseguradores de México**

*Señoras y señores: Muy buenas tardes a todas y a todos ustedes... Los seguros son esenciales para el desarrollo social y económico de un país moderno. Contribuyen, por un lado, a proteger el bienestar y el patrimonio de las familias; por el otro, son una palanca indiscutible de crecimiento económico al promover la eficiencia de los mercados y estimular el ahorro en el largo plazo...Expreso mi reconocimiento a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, por la organización de este foro de alto nivel, que sé que ha contado con la participación de importantes expositores, ponentes y que les ha permitido a ustedes tener una visión de quienes en otras latitudes y en distintas tareas y responsabilidades, de la academia, de la investigación y de pleno conocimiento de este tema, les ha permitido a ustedes tener sobre lo que ocurre en el mundo y, especialmente, cómo el mundo está viendo a México...Crecer económicamente, lograr un México próspero, es una de las cinco grandes metas nacionales que mi Gobierno se ha trazado, y que se enmarca con toda puntualidad, dentro del rumbo y dentro de los grandes objetivos que mi Gobierno tiene por delante. Un requisito esencial para lograrlo, es mantener la estabilidad macroeconómica, incluyendo finanzas públicas sanas...Además...se han concretado ya, diversas reformas. Con ellas se habrán de incrementar y democratizar la productividad, a fin de liberar el potencial económico que tiene nuestro país...Déjenme sólo referir cuáles son las reformas... En primer término, a la Reforma Laboral...que permitirá modernizar y flexibilizar el mercado de trabajo, facilitando la incorporación de jóvenes y mujeres al sector productivo...Además... presentamos las Iniciativas de Reforma Financiera, que tiene como principal objetivo lograr que haya más crédito y en mejores condiciones...El 4 de abril, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la nueva Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como la Reforma a la Ley sobre el Contrato de Seguro. Con ese nuevo marco normativo, que quizá pasó desapercibido para algunos, pero que sé que las instituciones de seguros lo tienen claramente identificado, y son, precisamente, los sujetos de esta regulación. En este nuevo marco normativo se fortalece el andamiaje institucional de los sectores de seguros y de fianzas. La reforma ha permitido actualizar su régimen prudencial, incorporando estándares y mejores prácticas internacionales, derivadas de las lecciones de la crisis financiera internacional del año 2008. Se incluyen medidas en materia de requerimientos de solvencia, gobierno corporativo, transparencia y disciplina de mercado, así como una regulación y supervisión financiera. Hoy podemos decir con satisfacción que México es uno de los países con mejor regulación para mantener la fortaleza del sector asegurador en beneficio de los usuarios. La reforma, a su vez, eleva la eficiencia en el mercado de garantías financieras y protege a las personas aseguradas por los daños o perjuicios que sufran en caso de que su asegurador incumpla con sus obligaciones legales o contractuales. De esta manera, México tendrá un sector asegurador mejor administrado, con medición adecuada de riesgos y con mayor capacidad de crecimiento...Estoy convencido de que al crecer la industria de seguros y también las de fianzas, crece la seguridad y la tranquilidad de las familias mexicanas frente a cualquier imprevisto.*

*Señoras y señores: las instituciones de seguros y de fianzas, comparten objetivos y metas con el Gobierno de la República. Ambos queremos un México incluyente, donde todos los mexicanos, independientemente de su ingreso, se encuentren debidamente protegidos ante diversos riesgos... También quiero decirle al Presidente de esta Asociación, que recojo con gran interés la propuesta que hace un momento hiciera y presentara para el sistema de seguridad social universal, que es un compromiso de mi Gobierno, y en el que ya estamos trabajando y que será parte, precisamente, de las iniciativas que en los siguientes meses estaremos presentando y que se inscriben dentro de la agenda de trabajo y de reformas que de acuerdo a quienes, o que están dentro del Pacto por México y que quienes lo hemos suscrito está este objetivo claramente identificado y señalado, recojo con interés y con agradecimiento las propuestas que aquí se han formulado. Muchas felicidades<sup>109</sup>.*

**Fernando Solís Soberón, presidente de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS)**

*Señor licenciado Enrique Peña Nieto, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Sea usted muy bienvenido a este evento...Saludo también, al resto de la mesa que nos acompaña...Señoras y señores: este año, la Convención tuvo como propósito el análisis de los sistemas de seguridad social en nuestro país. La seguridad social es fundamental para el desarrollo económico y la estabilidad social. Está plenamente documentado que la previsión y protección social incrementan la productividad tanto escolar como laboral, y con ello, la competitividad. Desafortunadamente, en México sólo 40% de los trabajadores tiene seguridad social. Lo anterior se explica fundamentalmente por dos razones: La primera. Es que a diferencia de otros países, en México no están obligados a contribuir los trabajadores no asalariados. Y la segunda, y más importante. Por el alto grado de informalidad que caracteriza a nuestro mercado de trabajo. Desde su campaña, el Presidente Peña Nieto propuso una serie de iniciativas de reformas para fortalecer la seguridad social en México, hacerla más eficiente, incluyente y equitativa. En el Pacto por México, se propone crear una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o situación laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado, a través de un sistema de seguridad social. Se dice, en este sistema que se va a incluir al acceso universal a los servicios de salud, una pensión para los adultos mayores de 65 años, que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro, o pensión por la seguridad social, seguro de desempleo para los trabajadores del sector formal asalariado, y un seguro de vida para jefas de familia. No obstante, la enorme trascendencia de los programas descritos, es necesario, también, tomar acciones decididas para formalizar el mercado de trabajo, e incluir a los trabajadores independientes a la seguridad social. Cabe señalar, que diversos estudios señalan, que una de las principales razones que explican la informalidad del mercado de trabajo, es el elevado impuesto a los salarios y beneficios que perciben los trabajadores. En nuestro país, los seguros y los servicios asociados a la seguridad social, se prestan de manera fragmentada por diversas instituciones a nivel Federal, estatal y municipal. Lo anterior, es claramente ineficiente, por lo que se presentan mayores costos administrativos y afectaciones directas a los derechos de los trabajadores. Es deseable, crear un sistema único de seguridad social. Adicionalmente, debe evaluarse la conveniencia de abrir a la competencia la prestación de los seguros y la atención médica en beneficio de los derechohabientes. La experiencia internacional muestra que bajo la responsabilidad y rectoría del Estado, una sana competencia se traduce en mejores servicios y a un menor costo. La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, ha preparado un documento titulado: Seguridad Social, Propuesta de Colaboración del Sector Asegurador Privado, Líneas Estratégicas. El propósito, es contribuir de manera activa al debate sobre el futuro de la seguridad social de nuestro país. El sector asegurador, plantea lo siguiente.*

*Primero. Que las aseguradoras privadas ofrezcan directamente una cobertura de prestaciones en dinero, para trabajadores formales y no asalariados, con la misma estructura en contribuciones y beneficios de la Ley del Seguro Social.*

*Segundo. Que la población trabajadora formal no asalariada, pueda optar por el aseguramiento privado en salud, siempre y cuando se preserve la solidaridad en el financiamiento, y se garantice la cobertura de un esquema integrado y preventivo de atención médica.*

109 Presidencia de la República, 8 de mayo, 2013

*Tercero. Ampliar a través del sector privado, la cobertura de las prestaciones en dinero del seguro de enfermedades y maternidad y del seguro de vida a población informal, constituida por los jefes de hogar, afiliados al Seguro Popular de Salud, o al Seguro de Salud para la Familia.*

*Cuarto. Ofrecer un seguro de vida para mexicanos migrantes residentes en el extranjero.*

*Cinco. Ofrecer seguros de protección salarial, que potencien el porcentaje de las prestaciones en dinero, en coordinación con las instituciones públicas de aseguramiento.*

*Seis. Ofrecer seguros que financien las prestaciones en especie, que no cubren las instituciones de seguridad social o el Seguro Popular de salud.*

*Siete. Que el sector asegurador privado, coadyuve con el Estado en la cobertura eficiente del riesgo de desempleo, participando en la inversión de los recursos, y de un fondo solidario de desempleo.*

*Ocho. Ofrecer un seguro de cuidados de largo plazo que, como en otros países, cubra los costos no médicos.*

*Nueve. Externalizar el proceso de dictaminación de la incapacidad permanente, para dar transparencia y certidumbre a la provisión de rentas vitalicias por parte de las aseguradoras privadas.*

*Diez. Hacer obligatorio el adquirir una renta vitalicia para los trabajadores que alcancen el derecho de retiro, con el objetivo de promover la concurrencia de aseguradoras en el ramo de pensiones derivadas de la seguridad social.*

*Once. Que atendiendo el criterio de equidad fiscal, se permita que la población trabajadora, causante del ISR, pero no afiliada al IMSS, pueda recibir un subsidio del Gobierno, similar al que reciben los trabajadores afiliados a la seguridad social, y pueda deducir del ISR, las aportaciones que realice en un esquema voluntario de seguro público o privado, con las mismas coberturas que se ofrecen a los trabajadores afiliados al IMSS.*

*Doce. Que las instituciones públicas de seguridad social, puedan adquirir el seguro de las aseguradoras privadas en el ramo de invalidez y vida, o permitir que estas últimas lo ofrezcan directamente a los beneficiarios.*

*Trece. Que las empresas puedan adquirir el seguro para riesgos del trabajo, directamente de aseguradoras privadas.*

*Catorce. La creación de un órgano responsable de la verificación de los procesos de dictaminación, y facultado para delegar esta función a terceros especializados.*

*Y, finalmente, que el sector asegurador privado coadyuve a obtener mayor valor por el dinero invertido en la atención médica de pacientes con enfermedades crónicas.*

*Señoras y señores: en las próximas dos décadas, 94 millones de mexicanos estarán en edad de trabajar. Será la cifra más alta de nuestra historia. Ésta es una condición excepcional del privilegio, que debemos aprovechar, generando oportunidades que incidan en la productividad y el crecimiento económico. Señor Presidente: el sector asegurador reconoce el trabajo que ha realizado desde que asumió su mandato, en muy poco tiempo su Gobierno ha articulado cambios muy relevantes para elevar la calidad de vida de todos los mexicanos. No hay duda, que para transformar a México, se requiere de visión y determinación. Cuento usted con el apoyo decidido del sector asegurador mexicano en la noble tarea que ha emprendido. Muchas gracias.*

### 13. Destaca en fondeo el sector asegurador

El sector asegurador mexicano integrado por 103 firmas es el tercer inversionista institucional del País y su cartera, junto con la de las Siefores y de las sociedades de inversión, rebasa 25% del Producto Interno Bruto (PIB), según datos más recientes de la Asociación Mexicana de Seguros (AMIS). Los inversionistas institucionales son carteras administradas por un sector que invierte en instrumentos de largo plazo, como emisiones de bancos o bonos del gobierno en el mercado de deuda. Al comprar estas emisiones, el dinero de las Siefores, aseguradoras y sociedades de inversión es aprovechado para generar infraestructura y capital de otras empresas, que a cambio pagan un rendimiento. En 2012, las aseguradoras fueron el tercer inversionista institucional con 656 mil millones de pesos, mientras que el primer y segundo lugar lo ocuparon las Siefores y las sociedades de inversión, con 1.9 y 1.4 billones de pesos, respectivamente. La operación más grande de esta industria aseguradora es el segmento de vida, cu-

yas primas sumaron en 2012 cerca de 124 mil millones de pesos, lo que representó un crecimiento anual de 14.2%. El segundo negocio más grande del mercado son los seguros para autos, cuyas primas alcanzaron el año pasado más de 62 mil millones de pesos, lo que representó una expansión anual de 12.2%, que es el mismo aumento reportado para el segmento de pensiones, un negocio aún pequeño para el sector, el más chico. De los 222 mil millones de pesos de primas totales en la industria, 73.7% son de compañías independientes y 26.3% de firmas que tienen un banco y que generalmente lo aprovechan como canal de distribución de seguros. Uno de los principales retos de la industria aseguradora es aumentar su penetración, ya que las primas del sector aún no representan ni 2% del Producto Interno Bruto, según Juan Ignacio Gil Antón, director de seguros corporativos de GNP<sup>110</sup>

110 *Reforma*, 7 de mayo, 2013

#### Participación de las firmas por nivel de primas 2012

TIPO DE COMPAÑÍA	VIDA	PENSIONES	AUTOS	TOTAL*
Independientes	67	14.7	88.7	73.7
Ligadas a bancos	33	85.3	11.3	26.3

\*Incluye accidentes y enfermedades y daños sin autos. / Fuente: AMIS, 2012

### 14. Grandes retos enfrentan los sistemas pensionarios de AL

La creación de un esquema que incluya a los trabajadores informales y dé incentivos para el ahorro voluntario y el incremento de las aportaciones y la edad de retiro son los retos que enfrentan los sistemas de pensiones en México y el resto de América Latina. De acuerdo con David Tuesta Cárdenas, jefe de Economía y pensiones de BBVA, el principal problema para reformar el sistema de pensiones en la región sigue siendo el costo político, porque aunque en todos los países se saben las medidas que deben tomarse, será difícil encontrar al político dispuesto a pagar el precio. Participando en la 23 Convención de Aseguradoras de México, dijo que "el problema viene de la parte política, cómo hacemos que las personas que toman las decisiones –los políticos– le hagan ver a la gente que para tener una mejor pensión es necesario trabajar más o aumentar sus aportaciones; porque con una pensión no contributiva universal no va a ser suficiente. Más allá de este punto, en México se viene ahorrando muy poco. Incluso, si se compara con países de la misma región, donde el promedio es de 10%, en México es de apenas 7.5%. También enfrenta el problema del incremento en la longevidad –por lo que se deben subir la aportación y la edad del retiro– y los trabajadores informales, que no tienen los beneficios del ahorro obligatorio. Paralelamente, en la región se debe trabajar en las aportaciones voluntarias,

porque obtener una pensión sólo con el ahorro obligatorio es limitativo a los trabajadores asalariados y formales, y el monto promedio mensual de la pensión es muy bajo para satisfacer las necesidades del jubilado. Se debe tratar de identificar qué cosas son las que valoran más las personas que no están ahorrando, para animarlas a ello, y a partir de eso intentar atar mecanismos de ahorro para el retiro. Un ejemplo podría ser que si una persona ahorra, que al quinto año pudiera obtener un pequeño porcentaje de ese ahorro para comprar una casa; o que el monto que lleva ahorrado sirva de garantía para obtener un financiamiento para ésta, y en ese caso, el dinero no se toca, sólo es un aval"<sup>111</sup>.

### 15. Crucial incrementar el nivel de aportación para el retiro: CONSAR

El gran reto que tiene el sector pensionario del país es captar más recursos vía ahorro voluntario por parte de los trabajadores, sobre todo porque está empezando a envejecer la población mexicana. Carlos Ramírez Fuentes, presidente de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), señaló que el reto central es que no se está ahorrando lo suficiente y más cuando el envejecimiento de la población "está a la vuelta de la esquina". En tanto, el presidente ejecutivo de la Asociación Mexicana de Administradoras de Fondos para el Re-

111 *El Financiero*, 9 de mayo, 2013

tiro (Amafore), Óscar Franco López Portillo, aseveró que el principal desafío es la calidad y suficiencia de las pensiones. Ramírez Fuentes mencionó que en el caso chileno se definió que el trabajador tiene que aportar 10% de su salario base, y en esa nación ni el patrón ni el gobierno contribuyen, como en México, con aportaciones. Dijo que en México, el trabajador aporta 1.125% de su salario y con ese nivel no se puede pensar en tener grandes tasas de reemplazo al momento del retiro. Comentó que a escala mundial se ha demostrado que si los trabajadores quieren tener pensiones de entre 70 y 75% al final de su vida productiva, se debe ahorrar entre 15 a 16% en los momentos de plenitud laboral, y en el país se ahorra menos. Por ello, exhortó a tomar conciencia del fenómeno de envejecimiento de la población, más cuando la ventaja del bono demográfico sólo durará entre 15 y 20 años, y después el país iniciará un proceso de envejecimiento en las siguientes tres décadas.

José Antonio González Anaya, director general del IMSS, indicó que se deben buscar incentivos para que el ahorro voluntario sea más alto. Si bien reconoció que con la pasada reforma a la Ley del ISSSTE, los dos sistemas más grandes ya son portables, todavía faltan algunos en los ámbitos federal, estatal y municipal<sup>112</sup>.

#### **16. Seguro Popular, un “sistema necesario” que requiere ajustes legales para mejorar: O’Shea**

El Seguro Popular cumple 10 años de existencia. En abril de 2003 se aprobó su creación y hoy con 53.7 millones de personas afiliadas y 67 mil 746 millones de pesos de presupuesto en este año es un “sistema necesario” al que, ahora sí, se le harán algunos ajustes legales para mejorar y asegurar el uso eficiente del dinero en beneficio de la salud de las personas. Con ese fin, está en puesta un cambio a la Ley General de Salud, así como la decisión de la Secretaría de Salud (SSA) de encargarse de las compras de vacunas y métodos anticonceptivos. La dependencia administrará los recursos económicos disponibles para este fin, con lo que además de evitar desvío o deficiente utilización del presupuesto se incrementará la cobertura en ambos rubros. También a partir de 2013, la consulta segura se elimina de los requisitos para la reafiliación. Gabriel O’Shea Cuevas, titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), señaló que obligar a los individuos a acudir al centro de salud para una evaluación médica e identificación de factores de riesgo y/o detección oportuna de padecimientos desalentó el interés de las personas por renovar sus pólizas. Así lo demuestran las estadísticas. El año pasado, los estados reportaron niveles de reafiliación de 60% en promedio, aunque en cinco entidades el indicador fue menor a 50%. Por eso, explicó O’Shea, se eliminó ese requisito y ahora la meta es que la renovación de las afiliaciones alcance niveles de 90% en los próximos dos años. Explicó que con la reforma legal que se presentará en breve en el Congreso de la Unión se busca

fortalecer jurídicamente la estructura administrativa en las entidades federativas. Para ello se propondrá la creación de Organismos Públicos Descentralizados (OPD), garantes de una gestión eficiente de los recursos económicos. Además de un representante de la CNPSS, se prevé que la nueva estructura incluya la participación y vigilancia ciudadana. El proyecto preliminar ya es analizado en las áreas jurídicas de la SSA y de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. El objetivo es terminar la discrecionalidad y riesgos de desvíos de presupuestos como los que se han registrado y conocido públicamente en Oaxaca, Guerrero y recientemente en Tabasco. El comisionado explicó que también se evitarían otras irregularidades como pagos excesivos a clínicas y hospitales del sector privado, así como en la compra de medicinas. Aunque la CNPSS cuenta con un tabulador para la contratación de servicios médicos privados cuando la infraestructura pública no alcanza para satisfacer la demanda de atención clínica de los afiliados, los estados tienen la facultad de fijar sus propias tarifas, reconoció. De estas anomalías ya ha dado cuenta la Auditoría Superior de la Federación. En la revisión de la Cuenta Pública 2009, encontró que tales costos eran 48% superiores a las cuotas del sector público. Al año siguiente, el organismo detectó irregularidades en los procedimientos de compra de medicinas, en particular por la heterogeneidad en los precios que pagan los estados por los mismos productos. Las diferencias en los costos son de hasta tres veces, señaló la ASF. Además está el problema del desabasto. El dinero del Seguro Popular garantiza a los afiliados el acceso a medicinas, pero el surtimiento de recetas, en promedio, es de 60 a 70% y hay cinco o seis estados con niveles de 50%, reconoció O’Shea<sup>113</sup>.

#### **17. Admite Cenavece desfase en salud**

Luego de asegurar que “el destino nos alcanzó”, Miguel Ángel Lezana Fernández, director del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud, reconoció que el sistema de salud no se ha adecuado a las necesidades actuales del País. “Nuestro sistema de salud, creado hace varias décadas, no se ha adecuado a las necesidades actuales. Se requiere un cambio estructural del sistema para responder a la nueva realidad epidemiológica”, admitió. Frente al grupo de asociaciones civiles que conforman la Coalición México Salud-Hable, explicó que el sistema fue creado para un México diferente, con problemas de desnutrición y muerte materna, los cuales, con intervenciones efectivas, se han ido reduciendo y ahora se deben enfrentar los problemas de las enfermedades no transmisibles. “La magnitud de las enfermedades no transmisibles demuestra que el destino nos alcanzó y es imperativo tomar acciones inmediatas, aunque se puedan medir en el largo plazo”, dijo. Adelantó que está en construcción el diseño de la estrategia de salud del gobierno, cuyo objetivo claro es estabilizar tendencias y sentar las bases para cambiar sus principales factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, alimentación inadecuada y

112 *El Financiero*, 9 de mayo, 2013

113 *La Jornada*, 23 de abril, 2013

falta de actividad física. La estrategia se basa en tres pilares: salud pública, atención médica y políticas públicas. Será en el transcurso de mayo cuando se presente el plan ante el Consejo Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, el cual dará su aval para poder mostrarlo a la sociedad civil. Aunque todavía están haciendo cálculos realistas, confían en comenzar a estabilizar tendencias de crecimiento exponencial de enfermedades como sobrepeso y diabetes, entre otros males. “Evidentemente lo mínimo a lo que nos estaríamos comprometiendo es a estabilizar la tendencia y de ser posible hacer una reversión de la misma, entre 5 o 10%”, dijo, luego de que las ONG anunciaran la integración de la Coalición México Salud-Hable. Dicha coalición se conformó de manera oficial con 121 organizaciones de la sociedad civil que buscan construir estrategias para abatir la grave prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Las políticas públicas sin la intervención de la sociedad civil se truncan, afirmó Constanza Gómez-Mont, miembro de la Coalición, durante la presentación de dicha unión de organizaciones. Gómez-Mont señaló también que la labor de la sociedad civil es convertirse en una “masa crítica” independiente de partidos políticos, buscando siempre el diálogo. Al ser el consumo de tabaco y alcohol los principales factores ligados con el incremento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, la Organización Panamericana de la Salud, recomienda impulsar medidas fiscales para inhibir su consumo, señaló Carlos Gámez, representante de la OPS. Detalló que aunque se trata de decenas de padecimientos agrupados, son tres factores determinantes: consumo de tabaco, alcohol, mala alimentación y sedentarismo. La estrategia global, dijo, “insta a que los estados miembros consideren el uso de políticas fiscales, visto que los precios influyen en las decisiones de los consumidores”<sup>114</sup>.

### **18. Se vinculará a la Cruzada con el Seguro Popular: Mercedes Juan**

La titular de la Secretaría de Salud Mercedes Juan López precisó que de los 7.4 millones de mexicanos que están incluidos en la Cruzada Nacional contra el Hambre, alrededor de la mitad no cuenta con Seguro Popular, por lo que se buscará su incorporación a ese sistema. Con la universalidad de los servicios de salud se debe lograr que “en el futuro, si se hacen los cambios legislativos que nos proponemos, el usuario pueda elegir dónde atenderse”. Agregó que la cruzada está dirigida a 7.4 millones de personas; de ellas, “hay 3.8 millones de mexicanos que no están afiliados al Seguro Popular”<sup>115</sup>.

### **19. Alerta el BID por el seguro universal**

Tener seguridad social universal pagada por los ingresos generados por el Impuesto al Valor Agregado (IVA) parece una idea positiva, pero puede resultar contraproducente si no se toman en cuenta las variaciones en la recaudación, señaló el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En un

análisis sobre el establecimiento de un sistema de seguridad social universal en México, el organismo internacional indicó que el pago de dicho esquema con un IVA generalizado parece ideal, aunque a la larga podría resultar costoso para las finanzas públicas. Y es que, a pesar de que con la generalización del impuesto a todos los productos y servicios del País incrementaría la recaudación del Gobierno, el gasto de la gente no es estático y el IVA registra volatilidad. “Hay una fuerte creencia política para apoyar la seguridad social universal con beneficios pagados por el IVA, de esta manera el esquema no dependería de contribuciones individuales o de un presupuesto. Sin embargo, la recaudación del IVA no siempre es la misma, y dado que el pago para los beneficios del sistema sí lo es, se podrían incrementar los costos para la recaudación y generar volatilidad económica”. De acuerdo con el organismo, mantener un sistema de seguridad social universal pagado por el IVA requiere de un fondo estabilizador<sup>116</sup>.

### **20. Urgen reforzar salud reproductiva**

Las políticas de salud reproductiva no cuentan en México con reglas claras de operación para aplicar el presupuesto, alertó Daniela Díaz, especialista del Centro de Análisis e Investigación Fundar. “Es preocupante que no se fijen presupuestos para cubrir todo el proceso de prestación de salud: promoción, prevención y atención, y que el gasto general, en este rubro, sea a la baja. Esto se agrava por el hecho de que los programas de acción en salud sexual y reproductiva carecen de reglas de operación. En resumen, es inexistente la obligación administrativa de determinarles presupuesto”. Según su análisis realizado, el 9.5% de crecimiento del Ramo 12 de Salud, registrado en el periodo 2007-2012, y concentrado en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), con una tasa de crecimiento de 16.36%, ha sido ineficaz para sostener financieramente la totalidad de la operación de los programas en salud sexual y reproductiva. Cuestionó que el Seguro Popular, que atiende a la población más pobre del País, no haya asegurado la disponibilidad de bienes y servicios en salud sexual y reproductiva para las mujeres. Señala que para el 2011, el Seguro Popular representó 66.95% del total del Ramo 12-Salud, en el 2012, 66.59% y para 2013 constituye 61.8%. “Igualmente ha sido ineficaz para asegurar que, en los servicios de salud estatales, provean de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva”. Cuestionó además que sea inexistente la rendición de cuentas bajo el paradigma de los derechos humanos, los derechos sexuales, reproductivos y el derecho a la salud. Fundar elaboró algunas propuestas relacionadas con este tema que presentó en la consulta del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Entre ellas está la solicitud de garantizar el acceso universal a los servicios de salud, otorgando a la población la satisfacción en sus necesidades en salud. “Garantizar el acceso universal a la salud sin condicionarlo a un pago. Asimismo, es indispensable asignar un presupuesto etiquetado para todo el proceso de atención en salud en general y en salud sexual y reproduc-

114 *Reforma*, 25 de abril, 2013

115 *La Jornada*, 8 de mayo, 2013

116 *Reforma*, 14 de mayo, 2013

tiva, en particular. Los elementos mínimos que deben estar disponibles son: condiciones sanitarias adecuadas, agua limpia, potable, hospitales, personal médico, así como medicamentos”. Solicitan accesibilidad, que se traduce en no discriminación en el acceso a los servicios, accesibilidad física y geográfica, y accesibilidad económica de bienes y servicios para los más desfavorecidos, así como acceso a la información. Aceptabilidad y calidad, que supone la calificación del personal médico y calidad de medicamentos, así como del equipo hospitalario. Además, establecer en el Sistema de Protección Social en Salud las obligaciones de asignación de presupuesto, rendición de cuentas y evaluación<sup>117</sup>.

### **21. Sugiere el Banco Mundial cobertura la universal**

El presidente del Banco Mundial (BM), Jim Yong Kim, afirmó que la cobertura de un seguro de salud universal en todos los países puede ayudar a lograr el objetivo de acabar con la pobreza extrema en 2030. “Cada país en el mundo puede mejorar el rendimiento de su sistema de salud en las tres dimensiones de la cobertura universal: acceso, calidad y asequibilidad”, dijo Kim durante un discurso realizado en el marco de la 66 Asamblea Mundial de la Salud (AMS). Kim, médico de profesión, estableció un objetivo para reducir la pobreza extrema -definida como vivir con menos de 1.25 dólares al día, al 3% en 2030. Como ejemplo, citó los casos de Turquía y Tailandia, países que han ampliado la cobertura de seguro de salud. Dijo que en esas naciones se ha logrado una reducción de las tasas de mortalidad infantil y del número de personas que tienen que asumir costos estratosféricos por enfermedades. “Cualquier persona que ha proporcionado atención médica a los pobres sabe que incluso gastos mínimos fuera del presupuesto pueden reducir drásticamente el uso de los servicios que se necesitan. Esto es injusto e innecesario. Tenemos la oportunidad de unir la salud mundial y la lucha contra la pobreza en una acción centrada con objetivos claros. Eliminar las tarifas de los puntos de servicio será fundamental para mejorar el acceso a la salud”. La Asamblea General de la ONU adoptó una resolución en 2012 sobre atención sanitaria universal asequible, instando a los países a desarrollar sistemas de financiamiento con el fin de evitar pagos directos significativos<sup>118</sup>.

### **22. Prevé la SSA desarrollar evaluación con la OCDE**

La secretaria de Salud, Mercedes Juan, informó que se busca desarrollar con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) una serie de indicadores para evaluar la calidad de los servicios de salud en México. Juan se entrevistó con el secretario general de la OCDE, José Ángel Gurría con lo que concluyó una gira a Europa en la que también acudió a la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, Suiza. La Secretaria destacó que, ahí, se presentó la postura de México para que la cobertura universal de servicios de salud sea uno de los retos con los indicadores de desarrollo para 2015.

<sup>117</sup> *Reforma*, 19 de mayo, 2013

<sup>118</sup> *Reforma*, 22 de mayo, 2013

“En la OCDE vimos el tema de la calidad de servicios para ver cómo tener los indicadores en México que nos permitan evaluar, de aquí en adelante, las acciones que estemos tomando de mejoramiento en la calidad de los servicios tanto técnica como interpersonal”. Destacó que se pretende el mismo objetivo de aprovechar la experiencia del organismo internacional en lo que concierne a dos temas de salud que son prioritarios en México: la obesidad y la diabetes. “(México está) muy mal, tiene un lugar vergonzoso porque es segundo lugar en cuestión de obesidad. En la OCDE tienen experiencia, están haciendo diferentes estudios comparativos y nos parece que podemos trabajar juntos y ver qué hay con esas prácticas”<sup>119</sup>.

### **23. Defiende SSA control hospitalario**

A pesar de que la Norma Oficial Mexicana 045-SSA obliga a los hospitales del País a contar con una unidad de vigilancia epidemiológica para evitar que pacientes adquieran alguna infección durante su tratamiento, no todos los nosocomios cumplen con la disposición, reconoció el subsecretario de Prevención y Promoción de la Secretaría de Salud, Pablo Kuri. Señaló que las infecciones intrahospitalarias son un tema “con el que hay que lidiar”, no obstante el País registra avances para disminuir la incidencia, la cual se encuentra dentro de los estándares internacionales. “No necesariamente en todos los hospitales la hay (unidad de vigilancia). Por norma debería de haber, (pero) no en todos la hay, eso es una realidad. Puede ser por múltiples factores, desde recursos capacitados, porque la unidad de vigilancia tiene que tener un epidemiólogo, tiene que tener una enfermera y no necesariamente en todos lados tienes todos los elementos. Depende del tamaño de la unidad también. Son fundamentalmente las razones por las que pudiera ser que no hubiera”. De acuerdo con la NOM 045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, cada hospital debe de contar con una instancia operativa responsable de observar y reportar ocurrencia y distribución de contagios dentro de las instalaciones médicas así como de los factores de riesgo asociados a éstas.

Guillermo Ruiz-Palacios y Santos, titular de la Comisión Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, consideró que para que hospitales y clínicas pequeñas cuenten con unidades de vigilancia epidemiológicas se requiere de una infraestructura particular. “Existe en todos los hospitales generales y clínicas con más de 40 camas, en el 100% de las clínicas y hospitales del ISSSTE, Secretaría de Salud e IMSS. En las menores de 40 camas no necesariamente, aunque debiera hacerlo”. Según cálculos de especialistas, estas infecciones provocan al año al menos 40 mil muertes. Según el informe de la propia SSA y del Instituto Nacional de Nutrición, una de cada cinco personas internadas en hospitales públicos adquiere una infección durante su tratamiento. Al respecto, Kuri aseguró que es imposible que en los hospitales de México de

<sup>119</sup> *Reforma*, 27 de mayo, 2013

cualquier parte del mundo exista tasa cero de infecciones nosocomial. “Las infecciones nosocomiales es algo con lo que tenemos que vivir, porque los hospitales por su naturaleza están siempre en un ambiente de riesgo y es una situación que se presenta a nivel mundial. Es parte de los que tenemos que lidiar y no es un tema sólo de México”. Hay una consistencia en lo que ocurre en México con lo que ocurre a nivel internacional. En México la tasa que tenemos de cierre, en 2012, en los hospitales es de 4.0 por cada 100 egresos hospitalarios. En 2006 se hizo un estudio comparativo y las incidencias de las infecciones en Estados Unidos eran de 7.5 casos por cada 100 egresos hospitalarios, en Inglaterra 10, en Sudamérica de 5, en la Unión Europea de 10

y en México de 4. Se habla de que alrededor de 10% es un estándar razonable”. Ruiz-Palacios y Santos dijo que en Estados Unidos suceden 100 mil muertes anuales atribuibles a infecciones asociadas a cuidados de la salud, por lo que la cifra de 40 mil muertes en el País reportada en el estudio se encuentra dentro del rango internacional. Preciso que los Institutos Nacionales de Salud atienden a pacientes inmunosuprimidos y ésa es la razón de que presenten rangos superiores a los 4.0 casos por cada 100 egresos hospitalarios. “(Los pacientes que atienden) no tienen defensas, no tienen leucocitos y la probabilidad de que tengan infecciones estos pacientes es arriba del 50%”, señaló<sup>120</sup>.

---

<sup>120</sup> *Reforma*, 29 de mayo, 2013

## SEGURO DE DESEMPLEO

### 1. *Evalúa el Gobierno seguro de desempleo*

El Gobierno federal evalúa la posibilidad de reproducir el modelo de un seguro de desempleo, al estilo del programa que se aplica en el Distrito Federal, donde se apoya con mil 940 pesos mensuales a las personas que buscan colocarse en un trabajo. Carlos Navarrete, Secretario del Trabajo de la Ciudad de México, aseguró que la dependencia que encabeza operará un relanzamiento del Seguro de Desempleo en la capital en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, para dar seguimiento a los beneficiarios de este programa. "Hemos decidido unir esfuerzos con el Gobierno de la República, a través de la STPS, para que todos los programas federales amplíen su cobertura a la Ciudad de México en coordinación con nosotros. El relanzamiento del programa consiste en que focalicemos el seguro de desempleo no sólo para localizar al desempleado, evaluarlo y entregarle una tarjeta con el apoyo mensual, sino continuar para que entren a procesos de capacitación para el trabajo y dar seguimiento a su

esfuerzo de localización de empleo formal. Aseguró que el apoyo que se otorga al solicitante es para que lo utilice en su proceso de búsqueda de empleo, de tal forma que si dedica dos horas diarias a esta labor, puede tardar un promedio de siete meses en encontrar un empleo, pero en caso de que dedique ocho horas, lo hallará en aproximadamente dos meses. Consideró que se explora la posibilidad de poder ampliar este seguro a nivel federal, sin embargo, el reto es tener la disponibilidad de contar con recursos presupuestales. El Gobierno federal está evaluando mecanismos de implementación de un seguro de desempleo a nivel nacional. Aquí hay un problema, que es la disponibilidad de recursos presupuestales, la magnitud de recursos para un seguro de desempleo nacional es grande y, por lo tanto, el seguro de desempleo que está en proyecto, se vincula a la posibilidad de una reforma hacendaria<sup>121</sup>.

121 Reforma, 17 de abril, 2013

El Distrito Federal es la única entidad de la República que cuenta con un Seguro de Desempleo

<b>6</b> meses es el tiempo máximo que se otorga el Seguro de Desempleo	<b>250,000</b> son las personas beneficiadas con este programa en la Ciudad de México.	<b>1,940</b> pesos mensuales es la ayuda que recibe el desempleado
---	--	--

Fuente: Secretaría del Trabajo local, 2012

### 2. *Expertos recomiendan cautela*

Ante una escalada en la informalidad, el gobierno federal debe cuidar que el seguro de desempleo, considerado en el Pacto por México, cumpla con ser un incentivo "real" para la formalización del empleo, ya que existe el riesgo de que una parte de los informales se conviertan en desocupados sólo por el hecho de recibir un ingreso adicional. Especialistas consideraron que México debe aplicar un seguro de desempleo como parte de la red de seguridad social en beneficio de los trabajadores. Sin embargo advirtieron que nuestro país debe ser cuidadoso en su creación, toda vez que el problema del desempleo no es tan grande como la informalidad, que actualmente opera como un "gran seguro de desempleo". Para evitar que los informales se conviertan en desempleados, es necesario que el gobierno defina el grupo de trabajadores al que estará dirigido el seguro de desempleo (formales, subempleados, desempleados, etcétera), el cual deberá ser complementado con programas de capacitación, colocación y emprendimiento.

Datos del INEGI indican que en México seis de cada diez mexicanos están en la informalidad, y por lo tanto no tienen acceso a la seguridad social. Asimismo, alrededor de 60% de los trabajadores del país perciben menos de seis salarios mínimos.

Patricia Martínez Cranss, subsecretaria de Empleo y Productividad Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión

Social (STPS), perfiló que el seguro de desempleo que se instituirá a más tardar el próximo año (2014), estará dirigido principalmente a los trabajadores formales que pierdan su trabajo. Es "inaplazable" consolidar una reforma a la seguridad social que permita avanzar en la formalización del empleo, resaltó la funcionaria. Hay al menos ocho propuestas para legislar en torno a la creación de un seguro de desempleo que contribuya a la reducción de la pobreza, motive la búsqueda activa de empleo y promueva el ahorro en el trabajador. "Un seguro de desempleo solamente se puede concebir para proteger a los trabajadores que pierden su empleo formal, a efecto de que sigan percibiendo un ingreso, pero también debe ser un promovente para la búsqueda del empleo formal; no lo podemos entender solamente como un subsidio."

Andras Uthoff, ex director de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cuestionó: ¿ustedes creen que el desempleo en México es de 4.5%, en promedio?, y contestó: "Si es así, eso significa que en México ya hay un gran seguro de desempleo, que es la informalidad, en que el trabajador usa el salario que gana para subsistir mientras obtiene un empleo formal. El desempleo no es tan importante en México como lo es la informalidad. Se debe pensar en que cuando se haga un seguro de desempleo no se vayan informales al desempleo sólo por la parte de los ingresos adicionales".

Carlos Noriega, ex subsecretario de Hacienda y Crédito Público (SHCP), mencionó recientemente que el desempleo debe ser materia de análisis al considerar que, si bien se ha mantenido en tasas de 4 a 5%, hay personas dentro de la informalidad que trabajan uno o dos días cuyos ingresos son insuficientes, por lo que podrían considerarse como candidatos a recibir el subsidio. “Si consideramos a esas personas vulnerables, la tasa de desempleo podría escalar a 10%. Y si tomamos en cuenta al sector de la informalidad donde no sabemos a bien si la gente está o no trabajando podemos llegar a cifras de más de 28%”. Lo primero en que se debe fijar el gobierno al crear el seguro de desempleo es en que éste no haga difícil la formalización del empleo, sobre todo cuando en México la seguridad social paradójicamente es la principal barrera para que los trabajadores no estén en el sector formal, ya que la contribución que tienen que hacer trabajadores, patrones y Estado es vista como un impuesto<sup>122</sup>.

### **3. OIT sugiere a México un seguro de desempleo temporal**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomendó a las autoridades mexicanas realizar un análisis fiscal para la instrumentación de un seguro de desempleo temporal, como un incentivo que permita a los trabajadores reincorporarse lo más pronto posible a la fuerza laboral. Sergio Velasco, especialista para políticas de seguridad social de la Oficina Subregional de la OIT en San José de Costa Rica, destacó que las políticas que pretende instrumentar el gobierno de Peña Nieto son adecuadas y oportunas para abatir la pobreza e inseguridad social, sólo falta ver cómo se aplicarán. La actual administración está siguiendo las recomendaciones de la OIT en materia de seguridad social. “Falta por mejorar la cobertura, pero los programas como Oportunidades, 65 y Más, Becas a Madres Solteras y la Cruzada Nacional contra el Hambre buscan proteger a los sectores más pobres”. Dicha prestación sería temporal y tendría una extensión de seis meses cuando mucho. Indicó que en América Latina seis países tienen el seguro de desempleo, entre los que se encuentran Chile, Brasil y Uruguay. Para instrumentar esta prestación social debe existir un equilibrio financiero y que el propio seguro sea autofinanciable, a fin de evitar que quiebre. Este apoyo se daría a aquellos trabajadores que cotizan en alguna institución de seguridad social y por alguna circunstancia perdieron su fuente laboral. “Sería como un incentivo para que se reincorporara a la fuerza laboral”. Reconoció que la cobertura social en México es deficiente y se debe mejorar en varios sentidos.

A su vez Javier Salinas Narváez, presidente de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, consideró que es viable la instrumentación del seguro de desempleo y el seguro universal, si existe una verdadera reforma hacendaria en donde se combata la elusión y evasión fiscal y termine con los privilegios fiscales. Dio a conocer que trabaja en una iniciativa para garantizar la seguridad social para todos los mexicanos y esté plasmada realmente en la Constitución. En el caso del seguro de desempleo,

122 *El Financiero*, 14 de mayo, 2013

insistió, sería temporal tal como se establece en el Distrito Federal. “Sería exclusivamente para los trabajadores en activo y que perdieron su fuente laboral”. Es cierto que tendrá un impacto presupuestal y por eso hay que buscar los recursos para su implementación y esto se podrá ver en la reforma fiscal. Señaló que al interior de la Comisión de Seguridad Social la mayoría de los partidos políticos se han pronunciado a favor de esta prestación social y sólo unos cuantos la han cuestionado<sup>123</sup>.

### **4. Crear un seguro de desempleo para atacar la informalidad: OCDE**

Uno de los principales factores de desigualdad en México es el riesgo de que una persona caiga en la informalidad al perder su empleo. Para hacer frente a esa situación, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) recomendó al gobierno mexicano la creación de un seguro de desempleo<sup>124</sup>.

La OCDE consideró que el actual sistema de pensiones en el país está diseñado de tal forma que otorga beneficios a los grupos de pobladores de mayor ingreso. Así, advirtió, la pobreza entre las personas de la tercera edad es un problema. Los mexicanos mayores de 65 años tienen doble riesgo de caer en la pobreza que la población en edad de trabajar, aseguró el organismo en el reporte sobre México. Ello se debe, abundó, a que el sistema de pensiones otorga beneficios a los grupos de ingresos más altos, ubicados en el sector formal, tanto público como privado, mientras deja desprotegidos a los trabajadores vulnerables, por lo general pertenecientes al sector informal. De acuerdo con cifras oficiales, seis de cada diez mexicanos en edad de trabajar lo hacen en la economía informal. “Con una población que envejece a una velocidad tan rápida hay un grave riesgo de que la proporción de ancianos en condición de pobreza aumente más. La ampliación de la cobertura del programa 70 y Más y la reducción de la edad de elegibilidad de 70 a 65 años, con el fin de incluir a más personas mayores, según los planes del nuevo gobierno, sería una forma viable para combatir la pobreza en la tercera edad, aunque conseguir nuevas fuentes permanentes de financiamiento sería un requisito previo”, planteó.

Una de las formas de atacar el problema de la informalidad es la creación de un mecanismo de protección ante el desempleo. Esto reduciría el riesgo de la informalidad después de la pérdida del empleo, que es un importante factor contribuyente a la desigualdad en México. Dada la debilidad de los ingresos fiscales, cualquier reforma de este tipo requeriría un diseño minucioso. Una posibilidad menos costosa sería la introducción de un sistema de cuentas de ahorro individuales combinado con un componente de seguro público para quienes perdieran su empleo y no tuvieran ahorros suficientes, como sucede en Chile<sup>125</sup>.

123 *El Universal*, 22 de mayo, 2013

124 Crear un seguro de desempleo para atacar la informalidad, recomienda la organización. *La Jornada*. 17 mayo 2013.

125 *La Jornada*, 17 de mayo, 2013

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

### 1. *Molesta a la Iniciativa Privada (IP) cambio en el IMSS*

El Consejo Coordinador Empresarial (CCE) rechazó la iniciativa presentada en la Cámara de Diputados que reforma el artículo 27 y deroga el 32 de la Ley del Seguro Social, porque esto constituye un incremento disfrazado de las cuotas obrero-patronales. Gerardo Gutiérrez Candiani, presidente del CCE, dijo que con esta iniciativa se pretende homologar las bases de cálculo de las contribuciones al IMSS e Infonavit con las de ISR, con el propósito de impulsar su supuesto proceso de simplificación y un incremento en los recursos que recibe el Instituto. “Manifestamos nuestro rechazo a estas medidas. Más que un planteamiento de simplificación, la iniciativa constituye un incremento disfrazado de las cotizaciones obrero-patronales, que representa severos riesgos para los sectores productivos del País. Se trata de una acción aislada y completamente insuficiente, ante la necesidad de una reestructura profunda del IMSS, la cual le dé viabilidad financiera en el largo plazo. Hay preocupación de que la reforma se procese en ‘fast track’, sin consulta a los trabajadores y al sector empresarial”.

Según la exposición de motivos, la Ley de ISR exenta diversos componentes del salario para determinar la base gravable de los ingresos por la prestación de servicios personales subordinados, que no coinciden con los considerados para la integración del salario base de cotización. Se cita que la participación en utilidades de las empresas, premios de puntualidad y asistencia, no integran el salario base de cotización pero forman parte de la base gravable del ISR por los ingresos derivados de la prestación de servicios personales subordinados. La iniciativa advierte que hay patrones que aprovechan esta situación para subestimar el salario base de cotización y así reducir su carga de seguridad social, y por el otro, reportar una nómina mayor para reducir su propia base gravable, puesto que diversas prestaciones son deducibles para los patrones.

Pablo Moctezuma, presidente de la Comisión Fiscal del CCE, manifestó que esta iniciativa en realidad es una reforma fiscal que afectará también al trabajador. “Vemos que puede haber un impacto no solo para el patrón, sino para la cuota obrera porque impactará en temas como el reparto de utilidades o despensas, premios de asistencia, cierto tipo de tiempo extra”<sup>126</sup>.

### 2. *Empuja tricolor alza de cuotas*

Ante dirigentes de la Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (Concamin), el coordinador de los diputados del PRI, Manlio Fabio Beltrones, reconoció que en ese órgano legislativo se analiza la reforma a la Ley del Seguro Social para homologar el denominado “salario base de cotización” –con el que se

calculan las cuotas obrero-patronales que se integran al IMSS– y la base gravable que se utiliza para el pago del ISR. Los empresarios han rechazado esta iniciativa porque aseguran que se incrementarían las cuotas que pagan al IMSS hasta en 25%. En la reunión con la cúpula de la Concamin, Beltrones fue cuestionado sobre los alcances de esta iniciativa, y respondió que buscaban empatar tanto el Código Fiscal como la Ley del Seguro Social. “Lo que sí estamos procurando es, entendiendo el espíritu y obviamente el valor de la reforma, que dispongamos lo necesario –como bien lo señalan y lo exigen– que no generemos distorsiones al respecto”. Destacó que la iniciativa original incluía en el “salario base de cotización” el pago de despesa y transporte, lo que disparaba el pago de las obligaciones por parte de los empresarios. “Estamos llevando a cabo una serie de ajustes, estamos en comunicación con el director del IMSS, haciendo previsiones al respecto, y en la comunicación dándole respuesta puntual al Consejo Coordinador Empresarial y también a la Concamin, sobre estas preocupaciones que están poniendo sobre la mesa. Seguiremos en esa ruta”.

### *La Iniciativa*

El 19 de marzo de 2013, el entonces diputado federal priísta Sergio Torres Félix, presentó la iniciativa de reformas a los artículos 27 y 32 de la Ley del Seguro Social que han causado el rechazo de las organizaciones empresariales. En su proyecto, Torres propone homologar el denominado “salario base de cotización”–con el que se calculan las cuotas obrero-patronales que se enteran al IMSS– y la base gravable que se utiliza para el pago del ISR. Al homologar las bases de ambas contribuciones, señala, se pretende que éstas se calculen sobre los ingresos que efectivamente perciben los trabajadores por la prestación de servicios personales subordinados. En los hechos, esto implicaría aumentar las cuotas obrero-patronales al IMSS, pues la base gravable para el ISR incluye elementos como la participación en las utilidades de las empresas, así como los premios por puntualidad y asistencia que actualmente no integran el salario base de cotización. De acuerdo con el priísta, uno de los problemas que esta falta de homologación ha ocasionado es el de crear “incentivos perversos” para algunos patrones que aprovechan la diferencia entre ambas bases gravables para subestimar el salario base de cotización y reducir su carga de seguridad social, y para reportar una nómina mayor para deducir su propia base gravable, puesto que diversos componentes de los ingresos por la prestación de servicios personales subordinados son deducibles para ellos. Con los recursos extras que generaría esta medida, explica el priísta, se mejoraría la salud financiera del IMSS y le permitiría proporcionar servicios de calidad, garantizar un retiro digno y expandir su cobertura a otros núcleos de la población. “La (actual) situación implica pérdidas para ambas partes. Por un lado,

<sup>126</sup> *Reforma*, 9 de abril, 2013

para la hacienda pública y el IMSS que reciben menos recursos de los que deberían percibir y, por otro, para los trabajadores, quienes generan un menor ahorro para el retiro y para la adquisición de casa habitación y reciben servicios de salud en condiciones menos óptimas”. Un día después de presentar su propuesta, pidió licencia para dejar su curul y buscar la candidatura del PRI a la alcaldía de Culiacán, Sinaloa<sup>127</sup>.

### **3. El IMSS, “un impuesto puro”: Manuel Molano del Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO)**

El IMSS requiere de una reingeniería que lleve a repensar su modelo y que incluya al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) como causante de parte de los pasivos del organismo de salud. Manuel Molano, director general adjunto del Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), dijo también que “el IMSS se ha convertido en un impuesto puro, en un impuesto a la formalidad económica”. Sería un retroceso competitivo “importante” para las empresas la aprobación de la reforma a la Ley del Seguro Social (LSS) para homologar las bases de cálculo de las contribuciones al IMSS con las del ISR, toda vez que los patrones actualmente ya “cargan” con los costos de aseguramiento social de los trabajadores. Además, la aprobación de esta reforma aumentaría la informalidad, ya que volvería al IMSS una institución “muy costosa” para los patrones. De hecho, es el propio esquema de contribuciones al Instituto lo que ha generado la informalidad en las relaciones laborales. El IMSS tiene un cierto costo que es el que se paga por cada trabajador, pero con un beneficio incierto, que es el que cada quien se lleva a su casa. Pese a que el principal argumento para realizar la reforma es que el IMSS está “técnicamente quebrado” y que la hacienda pública no se puede hacer cargo de “un trancazo” del aseguramiento de todos los mexicanos, para fondear al IMSS se deben encontrar maneras “mucho más ingeniosas” que la fórmula de aportaciones tripartitas. “Se debe tener cuidado en reformas legales que le generen más cargas fiscales a un sector privado que ya está abrumado. Yo sí haría un exhorto al Congreso para que no piense en cargarle más la mano al sector productivo, porque eso va a ser catastrófico en términos de competitividad internacional, y más bien vamos pensando en la universalización del sistema”. En 2010, el Imco hizo un cálculo de qué ocurriría si no se universaliza la salud, y lo que sucede es que el presupuesto integrado de salud (Seguro Popular, IMSS, ISSSTE e ISSFAM) está creciendo a tasas de 7 u 8 por ciento anual. “Si en 2010 ya te representaba 7% del PIB el presupuesto de salud, a la mejor ahorita ya traes otro punto adicional del PIB derivado de ello, y en una década se te convierte en un problema de 17 puntos porcentuales del PIB. Lo siguiente que tiene que ocurrir en el IMSS es una clara separación entre las áreas que operan servicios médicos y las que financian y aseguran, ya que son dos funciones diferentes y

en las que se genera un importante conflicto de intereses. También se necesita adelgazar la estructura del Instituto, trabajar de manera muy profunda en la subrogación de los servicios, y revisar su conexión con el sector privado, ya que muchos médicos del IMSS tienen prácticas privadas por la tarde que son financieramente muy exitosas. El IMSS es una institución demasiado grande para fallar; no puedes declarar la quiebra del IMSS porque ni siquiera es jurídicamente factible. Se trata de cambiar el modelo de negocio”. Debe terminar la simulación de los legisladores, quienes saltando de un cargo a otro presentan iniciativas con profundos impactos para las personas y las empresas, sin rendirles cuentas ni consultarlas, subrayó el presidente de la Coparmex, Juan Pablo Castañón<sup>128</sup>.

### **4. Ofrece el IMSS mejor atención médica: González Anaya**

Con la homologación de los conceptos que determinan el salario base de cotización con los del Impuesto sobre la Renta (ISR), el IMSS espera obtener cerca de 3 mil millones de pesos adicionales al año. El director del Instituto, José Antonio González, dijo que la reforma a la Ley del IMSS, aprobada en la Cámara de Diputados, permitirá aplicar esos recursos para mejorar la atención médica. “La ley del IMSS establece claramente a dónde se destinarán y más de 90% irá a la atención médica que, por cierto, es el rubro que tiene el déficit más grande”. Sin embargo, diputados del PAN y el Consejo Coordinador Empresarial han advertido que la reforma aprobada provocará un incremento en las cuotas que pagan empresas y trabajadores. Tras agradecer la aprobación de la iniciativa impulsada por el PRI en la Cámara baja señaló “que el único objetivo era homologar las bases de la ley del IMSS y del ISR. Lo que se va a lograr es que se reporte la misma información a la Secretaría de Hacienda, a través del SAT, para el pago de impuestos y al IMSS. Ocho de cada 10 empresas se ve que están haciendo este reporte y la reforma lo que busca es emparejar el campo para que todos reporten la misma información. ¿Por qué la resistencia de los empresarios?, se le preguntó. “Habrá que preguntarles a ellos”, respondió<sup>129</sup>.

<sup>128</sup> *El Financiero*, 16 de abril, 2013

<sup>129</sup> *Reforma*, 27 de abril, 2013

<sup>127</sup> *Reforma*, 11 de abril, 2013

**Discurso**<sup>130</sup>

*Muchas gracias, antes que nada, por la invitación a dirigir unas palabras. Es difícil, después de dos exposiciones tan completas, como las del diputado Javier Salinas y el senador Fernando Enrique Mayans, en torno a la conferencia y de ahí una exposición, pues perfectamente apropiada políticamente por el senador Miguel Barbosa. Pero bueno, seré breve. Esa es la ventaja. En México, la seguridad social moderna, llamémosla así, nació en 1943, con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ya existía un sistema anterior, pero la arquitectura nacional nace en ese momento. Fue un sistema de protección para el trabajador y su familia, y está intrínsecamente relacionada con el empleo, ya que de ahí proviene su cobertura y financiamiento. La protección que brinda garantiza el derecho a la salud, a la asistencia médica, la protección de los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como para el otorgamiento de una pensión. El senador Barbosa llamaba a esto el estado de bienestar. Yo creo que hay varias maneras de llamar esto. Pero para estar a la altura de las necesidades de un México cambiante y la inconstante transformación, donde las instituciones de seguridad social continúen siendo pilar del bienestar social, es necesario plantear políticas públicas que actualicen y amplíen sus fundamentos. De ahí que el Presidente de la República propusiera compromisos específicos, que conducen a la universalización de los servicios de salud, con ello, garantizar el acceso y ejercicio pleno de los derechos humanos que están consagrados en la Constitución. Dichos compromisos están enmarcados en los cinco Ejes Estratégicos y en las 13 decisiones del Gobierno y se trata de que los servicios de salud lleguen con calidad y calidez a todos los mexicanos. Sin embargo, como en el resto del mundo, la seguridad social en México enfrenta importantes retos relativos a su financiamiento, a la ampliación de su cobertura, a la prestación de servicios estandarizados. Debemos cuidar que hagamos políticas que se orienten hacia el fomento de la equidad, no sólo de géneros y también económica y social para que sea una seguridad social incluyente y sea un pilar del desarrollo. Todos los participantes han coincidido en un punto fundamental: la sociedad social mexicana debe fortalecerse y ampliarse para que continúe siendo puntal de desarrollo en México. Todos esto son retos complejos, pero deseables y sin duda alcanzables. Se trata de construir un Sistema de Salud que brinde cobertura universal a los mexicanos, así como de ampliar el sistema de previsión para el retiro.*

130 Senado de la República, 26 de abril, 2013, Semana de la Seguridad Social

### **5. Las reformas a la Ley del IMSS subsanarán irregularidades, Navarrete Prida**

Alfonso Navarrete Prida, se refirió a la propuesta de modificaciones a la Ley del Seguro Social que se estudia en el Poder Legislativo. Dijo que eran necesarios los cambios en esta legislación, porque "está claro que en México hay elusión en el pago a las cuotas obrero-patronales al IMSS, irregularidad que en adelante quedará subsanada". Aseguró que la STPS vigilará que los cambios a la Ley del IMSS no sean usados de pretexto por las empresas para quitar prestaciones a los trabajadores o para negarles derechos, como la seguridad social. La Secretaría del Trabajo es tutelar de los derechos de obreros del país, y "también está la Procuraduría Federal de Defensa del Trabajo y ahí estaremos muy atentos de que no tengan ninguna merma, ningún daño a su salario y sus prestaciones"<sup>131,132</sup>.

### **6. La seguridad social está "en riesgo": CTM**

La seguridad social en México "está en riesgo", advirtió la Confederación de Trabajadores de México (CTM) en la conmemoración del Día del Trabajo. Alertó que el IMSS está cada vez más lejano de servir a los 56 millones de

derechohabientes; el Infonavit tiene problemas por las numerosas casas abandonadas, por impagables y alejadas, y el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) generará pensiones de apenas 1.3 salarios mínimos para la mayoría de los trabajadores. José Luis Carazo, secretario del Trabajo de la CTM, dijo que si en el siglo pasado la tarea fue la construcción de instituciones de seguridad social, ahora la encomienda es impedir que desaparezcan. En el IMSS, los grandes baches financieros acumulados prevén un quebranto a muy corto plazo, pues ya es notorio que los trabajadores padecen el retraso de intervenciones quirúrgicas, de estudios de especialidades y hasta de consulta, dijo. En el SAR, de las 48 millones de cuentas registradas, solamente 18 millones están activas, y quienes logren llegar a obtener una pensión, la gran mayoría recibirá apenas 1.3 salarios mínimos en promedio, porque la gran masa laboral cotiza hasta tres salarios mínimos. Las centrales obreras "exigen la recomposición de la seguridad social"<sup>133</sup>.

133 *La Jornada*, 2 de mayo, 2013

131 *Reforma*, 27 de abril, 2013

132 *La Jornada*, 30 de abril, 2013

### 7. Unirán compras IMSS, ISSSTE y PEMEX

El IMSS buscará consolidar este año sus compras de medicamentos con otras dependencias, como el ISSSTE y Pemex, para obtener mejores precios, aseguró su director, José Antonio González Anaya. En 2013, el IMSS ejercerá más de 44 mil millones de pesos en compras públicas, y sólo 6 mil millones serán para pequeñas y medianas empresas, precisó el funcionario. "Estamos haciendo la mayor consolidación de medicinas este año, con el ISSSTE, con Pemex y una serie de institutos que no estaban con nosotros". Hasta mayo, el IMSS figura como principal comprador entre todas las dependencias del Gobierno, seguido de la Comisión Federal de Electricidad y Petróleos Mexicanos. Según la institución, este año maneja un presupuesto de servicios de mantenimiento y conservación a inmuebles y equipos que supera los 3 mil 800 millones de pesos. También contará con mil 800 millones de pesos para adquirir bienes no terapéuticos, como ropa de cama hospitalaria, uniformes, batas de oficina y médicas; papelería y artículos de aseo y limpieza. Para el rubro de servicios generales (boletos de avión, combustibles, correspondencia, seguridad privada, telefonía celular, entre otros), el presupuesto estimado alcanza los 5 mil 700 millones de pesos. Para que las pequeñas y medianas empresas se puedan convertir en proveedoras del Instituto y de otras dependencias, se van a implementar algunos mecanismos, como la facilitación de las fianzas para poderle vender al Gobierno<sup>134</sup>.

### 8. Saca de reservas 20 mil millones de pesos (mdp) el IMSS

El IMSS ya utilizó al menos 18 mil millones de pesos (mdp) de sus reservas financieras para cubrir pagos de su Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), 2 mil 300 para inversiones y perdió 540 mdp por invertir las en acciones bursátiles. De acuerdo con sus últimos reportes, el IMSS llegó acumular al 2009 reservas financieras por 142 mil 448 mdp, sin embargo, al cierre del 2011 el saldo disminuyó a 134 mil 792 mdp. Estos recursos deberían ser mayores en 20 mil 449 mdp, sino fuera por el uso de 18 mil 35 mdp que hizo en 2011 para el pago de pensiones del RJP, y de 2 mil 414 mdp que empleó para apoyar el programa de inversión física del Instituto. Para los especialistas, es preocupante que el IMSS esté volviendo a prácticas del pasado -antes de la reforma a la Ley del IMSS en 1997- de utilizar las reservas para otros fines distintos a los que fueron creadas. Carlos Sauri Campos, director general de Global Actuarial Services, señaló que a partir de la nueva Ley del IMSS, el compromiso del Instituto fue respetar las reservas y utilizarlas estrictamente para sus fines. "Es preocupante porque con las modificaciones a la Ley del IMSS en 1997 quedó claro que las reservas de viudez, riesgo de trabajo, y las diferentes cargas del IMSS, no debían tomarse para otros efectos, como ocurrió en el pasado que las agotaron". Por otro lado, señaló Arnulfo Salinas, presidente de la Asociación

de Profesionales en Seguridad Social (APSS), es también angustiante que ya esté recurriendo a las reservas para completar el pago de sus obligaciones patronales, como es el RJP. "Sabemos que entre las reservas hay un fondo laboral que está dirigido a disponer de recursos necesarios para cubrir el pago de las jubilaciones de sus propios trabajadores, pero que ya lo esté utilizando ahora es preocupante", advirtió. Eso debería ocurrir en 10 o 15 años, pero no ahora, alertó Abel Hibert, director de posgrado de la Universidad Metropolitana de Monterrey. Además, el año pasado la Auditoría Superior de la Federación reveló un deterioro de 540 mdp en el programa de inversión de las reservas financieras del IMSS, debido a inversiones efectuadas en deuda corporativa, principalmente en las acciones de Metrofinanciera y de Su Casita, detalla. Óscar de los Reyes, investigador del ITESM, Campus Santa Fe, dijo que es inconcebible que dada la situación que padece el IMSS, de necesidad de recursos, incurran en pérdidas. Incluso, Salinas, de la APSS, cuestionó la función de Consejo Técnico del IMSS, por permitir que le organismo haga uso de las reservas para fines distintos a los creados<sup>135</sup>.

#### Las empiezan a gastar



### 9. Reportan hospital libre de chinches

El IMSS aseguró que la plaga de chinches reportada en el Hospital General de Zona Número 2-A Troncoso fue erradicada. Javier Dávila Torres, director de Prestaciones Médicas del Instituto, informó que el propio director José Antonio González Anaya hizo un recorrido por el hospital y confirmó que la zona está libre de insectos. "Estuvimos en el hospital y está perfectamente funcionando. Recorrimos todo en detalle. Todo está en orden. Fue un brote (de chinches) aleatorio que de pronto pasa o puede suceder en cualquier hospital. Fue un hallazgo, una situación fortuita. No es una situación de extrema urgencia, alarmante, una epidemia generalizada, algo grave". Mientras trabajadores retiraban colchones y sábanas para aplicar el tóxico, los pacientes permanecieron en el pasillo. "A una familiar le picaron las chinches y ya no pudo venir porque estaba llena de piquetes. A

<sup>134</sup> Reforma, 15 de mayo, 2013

<sup>135</sup> Reforma, 20 de mayo, 2013

dos pacientes de la tercera edad que estaban al lado de mi sobrina también les picaron las chinches, amanecieron con piquetes”, contó Abigail Alanis, quien tenía a sus sobrina internada en el segundo piso. Los familiares de pacientes denunciaron que además de chinches, el nosocomio lucía sucio y no había botellas con gel antiséptico. Para Dávila Torres, la presencia de chinches fue una “contaminación menor” en una habitación del hospital. “Lo que hicieron (en el cuarto del piso cuatro) fue mover a los pacientes, sin afectar su salud ni tratamiento, a otro cuarto. Fumigaron y se acabó el problema”. No obstante, familiares aseguraron que los pacientes no fueron reubicados en otra habitación. El funcionario indicó que

desconocen cómo llegaron las chinches al hospital, pues pudo suceder por muchos canales. De hecho, dijo, desde 2008 no se había reportado una plaga de chinches en sus unidades. “(Pudo ser por) los insumos que entran al hospital de todo tipo y que en las cajas o en alguna ropa o alguien traiga esta fauna nociva y de pronto se anida en ese cuarto”. Manifestó que con base en la Norma Oficial Mexicana 032, que establece lineamientos para disminuir el riesgo de infección, enfermedad, complicaciones o muerte por enfermedades transmitidas por vector, se hacen fumigaciones mensuales en todos los hospitales del IMSS<sup>136</sup>.

136 *Reforma*, 29 de mayo, 2013



## INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

### 1. En los 12 años del PAN el ISSSTE dejó de brindar seguridad social: Lerdo de Tejada

Los pasados 12 años de administración panista en el Instituto conforman un "paréntesis gris" en el que se abandonó su objetivo central: brindar seguridad social. En cambio, existen "franjas de corrupción" en prácticamente todas las áreas administrativas, afirmó el director general del organismo, Sebastián Lerdo de Tejada. A poco más de dos meses de haber tomado posesión del cargo, señaló que tiene la misión de trabajar con transparencia, sin filias ni fobias, respecto de las organizaciones sindicales, en particular la de los maestros que encabeza Elba Esther Gordillo. Dijo que ha encontrado problemas severos, entre otros, con las licitaciones públicas: "parece que había favoritos y vetados" en la asignación de contratos de compra de insumos y prestación de servicios. No debe pasar más. Otro es el rezago en la prestación de servicios médicos con calidad y calidez, y una serie de hospitales que en el último año de gobierno de Felipe Calderón se inauguraron, pero hoy están cerrados, porque carecen de equipo y personal que los opere. Uno emblemático es el Hospital General de Saltillo, Coahuila, cuya placa inaugural fue develada el 26 de noviembre, cuatro días antes de que dejara la Presidencia de la República. Respecto de la Ley, modificada en 2007, Lerdo de Tejada opinó que fue buena reforma, aunque ya se realiza un análisis profundo para conocer su verdadero impacto.

- ¿Cómo está el Instituto?
- Viene de un paréntesis gris donde se abandonó su objetivo central: el de seguridad y servicios sociales para los trabajadores al servicio del Estado. Ese es el espíritu de su decreto de creación, que data de 1959. Hoy tenemos que recuperar y fortalecer los servicios de salud en calidad y en calidez, el apoyo en guarderías y dar a nuestros viejos la garantía de sus pensiones y sus servicios médicos. El ISSSTE es una paraestatal y tiene cuatro organismos desconcentrados: Pensionissste, Fovissste, las tiendas y farmacias y el Turissste, a cargo del turismo social, que lamentablemente abandonaron y le dieron un uso inadecuado. Vamos por un instituto eficaz con manejo administrativo transparente. Podremos hacer más con menos dinero. El presupuesto en este año (2013) es de 161 mil millones de pesos, monto justo para los compromisos financieros.
- Se suponía que un objetivo de la reforma a la ley era mejorar la calidad de los servicios de salud. ¿No funcionó?
- Estamos en una evaluación profunda de los impactos de la reforma legal. Tendremos un diagnóstico en el primer semestre del año. En una primera instancia,

fue buena; hay que analizarla, así como sus ventanas de oportunidad. Pero los servicios deben mejorar en calidad y calidez. Así los dicen las quejas de los derechohabientes. Todas son atendibles. No podemos atorarnos en una defensa irracional del Instituto. Debemos ser autocríticos para mejorar los servicios y escuchar a los derechohabientes. Cuando se quejan de clínicas sucias, de trato despótico y largas horas de espera para la atención médica, tienen razón.

- ¿El aspecto financiero sigue siendo un tema difícil?
- Es un tema serio en dos aspectos: las reservas para el pago de pensiones y el manejo administrativo de la institución. Necesitamos clarificar muchos procesos administrativos, fundamentalmente lo relativo a licitaciones públicas, que incluye las compras de medicinas, a fin de que haya transparencia. No hay ni debe haber favoritos ni vetados.
- ¿Eso pasaba?
- Parecía que eso pasaba. Muchos actores comerciales se quejaron y no lo vamos a permitir. Queremos ser muy claros, ordenar los procesos para emparejar la cancha y que haya un juego parejo para proveedores y prestadores de servicios. Que estén los mejores en las mejores condiciones para el instituto, sin inclinar la balanza hacia ningún lado.
- Un problema en el ISSSTE es la falta de dinero específico para dar mantenimiento a clínicas y hospitales, ¿cuál es la situación para este año (2013)?
- Vamos a confirmar el inventario inmobiliario. Tenemos mil 45 inmuebles, pero encontramos otros 500 en situaciones jurídicas diversas: arrendamientos, comodatos y otros en proceso de regularización. Esto se incluye en el reordenamiento administrativo. Tenemos dinero para dar mantenimiento a algunas clínicas con necesidades urgentes por su nivel de deterioro. Son 200 millones de pesos en este año que también se utilizarán para obras de ampliación en otras unidades médicas.
- ¿Serán construidos nuevos hospitales?
- Este año iniciará la obra del Hospital General Gonzalo Castañeda, de Tlatelolco (desalojado en 2009 por daño estructural). En el resto se evalúa. Nos preocupa que el 26 de noviembre el ex presidente Felipe Calderón inauguró el Hospital General de Saltillo, lo que responde a una demanda legítima de la plaza, pero no lo equiparon ni se asignó personal para su operación. Hoy no funciona. Estamos revisando inmuebles que, más allá de la foto inaugural, deben atender a los derechohabientes. El de Saltillo es emblemático.

- El año pasado había más de 50 auditorías en curso, ¿cuál es su estado actual?
- Hay observaciones de la Auditoría Superior de la Federación (ASF) y varias más siguen en curso. Seremos respetuosos del Órgano Interno de Control y de los procesos de la ASF que no han concluido y para aportar los elementos que se nos requieran. Hay funcionarios inhabilitados, algunos con sanciones firmes y otros que están en el proceso de su defensa legítima.
- Desde hace años las tiendas y farmacias operan con pérdidas.
- El planteamiento administrativo ha estado mal. Las tiendas del ISSSTE no deben competir con las cadenas comerciales, sino regresar a su función original: abasto popular para los trabajadores. Si se logra, regresarán a números negros. El otro problema es administrativo. Se tienen que combatir franjas de corrupción en ésta y todas las áreas del instituto.
- Muchos años el ISSSTE fue la caja chica del gobierno.
- No se puede permitir que se desmantele una institución por intereses oscuros, corrupción, mal servicio o discriminación en el servicio. Por eso el énfasis en reordenar los procesos administrativos y hacer más con menos.
- ¿El ISSSTE ya está alejado de intromisiones como la que durante años tuvo la profesora Elba Esther Gordillo?

- Hay una relación respetuosa con las organizaciones sindicales. Están en los órganos de gobierno. Opinan, pero la administración es designación del Presidente de la República y tengo la encomienda de trabajar con absoluta transparencia, sin filias ni fobias.
- ¿Qué significa para un político estar al frente de una institución con retos financieros?
- Un privilegio. Quienes tenemos vocación social, la oportunidad de servir donde cada esfuerzo se ve reflejado en beneficio de los derechohabientes es un reto institucional y personal formidable.
- ¿No son suficientes las valuaciones actuariales?
- Se debe combinar solidez técnica con vocación social para profundizar en una institución como ésta, con reclamos añejos de falta de cercanía, calidad y calidez. No sólo es un debate de actuarios. Al final hablamos de personas, de la cadena completa de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Si logramos identificar las áreas de mejora podremos poner al Issste en el siglo XXI y no mantener los procesos de mediados de siglo XX. Ése es el compromiso que tengo<sup>137</sup>.

137 *La Jornada*, 19 de febrero, 2013

## **2. Restructurar el sistema de protección social, propone el director del ISSSTE**

*Discurso*<sup>138</sup>

*Señoras y señores:*

*Me es particularmente grato participar en esta mesa de trabajo sobre la "Seguridad Social en México y otras experiencias: desarrollo, reforma, actualidad y perspectivas", a la que las comisiones de Seguridad Social de H. Cámara de Diputados y del H. Senado de la República han convocado en el marco de la Semana Nacional de la Seguridad Social". Para el ISSSTE la relación con el Poder Legislativo es una prioridad fundamental.*

*México ha tenido tres momentos estelares en la construcción de su sistema de seguridad social. El primero, al probarse por el Constituyente Permanente el artículo 123 de la Constitución General de la República, el segundo, en los años cuarenta del siglo pasado cuando se funda el IMSS y el tercero hace 54 años, y que el 31 de diciembre de 1959 el Presidente Adolfo López Mateos firma el decreto de creación del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado, mediante una Iniciativa que reformó al artículo 123 de la Constitución al agregar el apartado B. Desde su origen el ISSSTE se hizo cargo por mandato Constitucional de los siguientes derechos de los trabajadores del Estado: salud, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez, enfermedad, jubilación, centros para vacacionales, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares y un fondo nacional de vivienda. Esta visión fue compartida por el Presidente López Mateos y el Constituyente Permanente para la seguridad social con un enfoque integral, en donde los maestros, médicos, enfermeras y servidores públicos en general, contarán con una instancia que les permitiera certeza laboral y de atención a los largo de toda su vida. Es válido afirmar que desde hace 54 años el ISSSTE presta a sus derechohabientes ser-*

138 Sebastián Lerdo de Tejada, Cámara de Diputados, 22 de abril, 2013

vicios que van desde antes de nacer hasta después de su muerte. Con esta reforma de finales de los años 60 del siglo xx, se superaron esquemas como el establecido en la ley de pensiones y de retiro que databa de agosto de 1925 y de la ley de pensiones civiles de diciembre de 1947. En la Exposición de Motivos de la Iniciativa de Reforma a la Constitución para adicionar el Apartado B a su artículo 123, el Presidente López Mateos estableció que ésta se debía a “la preocupación de mantener y consolidar los ideales revolucionarios, cuyo legado hemos recibido con plena conciencia y responsabilidad por todo lo que representa para el progreso de México dentro de la justicia social”. Era México en crecimiento de la posguerra, pero sobre todo marcaba el inicio de uno de los periodos de desarrollo del país, más importantes de la historia, me refiero a lo que denominó Don Antonio Ortiz Mena como “el desarrollo estabilizador”. En esa realidad se inscribió la fundación del ISSSTE, pero me atrevería a decir que es el mismo caso para la mayor parte del conjunto de instituciones que conforman el sistema de seguridad social de nuestro país. El ISSSTE operó fundamentalmente con la ley que aprobó el Congreso en el mismo año de 1959 y la reforma a la misma de 1983, hasta la que se llevó a cabo en 2007 con el fin de incorporar a los trabajadores del Estado al esquema de cuentas individualizadas de retiro con una mayor responsabilidad por parte de éste en cuanto a la aportación de la cuota social. Con ello se puso al día al ISSSTE en cuanto a lo que se refiere al régimen pensionario, y le permitió un respiro financiero, aparentemente, temporal.

Sabemos que el estado de bienestar no sólo se propone asegurar a la población mínimos básicos de protección social, sino atender los derechos que la Constitución concede en su sentido más amplio. Por ello, tengo la convicción que el análisis de la seguridad social y sobre todo el papel del Estado en la misma, no se puede hacer de manera aislada ni ajena a lo que ha sucedido en diferentes partes del mundo. Así, entre quienes han establecido una tipología sobre la seguridad social y en un sentido más amplio sobre el estado de bienestar, se encuentra el sociólogo danés Esping-Andersen, quien identifica diferentes formas en las que diversos países han enfrentado esta política pública. Para Esping, hay al menos tres tipos de estado de bienestar. El liberal, en el que predomina la ayuda a los que se comprueba que no tienen medios; las transferencias universales modestas o los planes modestos de seguros sociales. El conservador que es un Estado corporativista, estratificado en donde la estructura estatal desplaza al mercado. Y, el socialdemócrata en donde privan los principios de universalismo y desmercantilización de los derechos sociales. Esta tipología obedece en buena medida a considerar en cómo se gastan los recursos que el Estado destina a la seguridad social, pero no atiende al “en que” se gasta. Este tema lo considera y desarrolla con agudeza para el caso de América Latina, Fernando Filguerrera, quien identifica regímenes universales de atención sociales, como es el caso de Uruguay y Argentina, regímenes excluyentes como en algunos países de Centro América y regímenes duales, como en México.

En este marco, el Presidente Enrique Peña Nieto propuso los compromisos específicos para dar el cuarto paso de la seguridad social en México: su universalización, a fin de acabar con la dualidad en cuanto a quienes tienen o no empleo y con ello acceso al ejercicio pleno de derechos humanos consagrados en el Capítulo Primero de la Constitución. Por ello uno de los pilares de esta nueva Administración y en el caso del ISSSTE es tarea central, es avanzar en garantizar el acceso universal a la seguridad social. Así lo establecen, por ejemplo, tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resulta claro que los esfuerzos que se han realizado para hacer cada vez más extensivo este derecho, a partir de la estructura de seguridad social al trabajo asalariado del sector formal, no han sido suficientes para cumplir con este objetivo y, por lo tanto, es necesario replantearlo desde otro enfoque.

No podemos dejar de lado, que a pesar de los innegables avances, a los largo de la historia moderna de México se ha ido conformando un Sistema de Protección Social fragmentado, en el que por un lado existen instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE que administran las prestaciones para los trabajadores asalariados del sector económico formal y que reciben transferencias a través del Presupuesto de Egresos de la Federación además de las contribuciones de sus afiliados; y por el otro existen una serie de programas con presupuestos limitados,

administrados por varias dependencias del Gobierno Federal para atender al resto de la población. Esta estructura del Sistema de Protección Social ha limitado la capacidad del Estado para brindar una adecuada respuesta a los ciudadanos contra la pobreza cuando enfrentan algún evento adverso en su desarrollo personal a lo largo de su vida. Al respecto conviene recordar que actualmente, el 85% del gasto del gobierno en protección social se destina a un grupo de trabajadores asalariados que sólo representan el 40% de la población. A sí por ejemplo en 2010, la carencia por acceso a la seguridad social ascendió a 60.7% del total de la población del país, lo que equivale a 68.3 millones de personas.

Al analizar la situación del ISSSTE observamos una serie de retos que deben enfrentarse para resolver la problemática que entraña un esquema de organización con falta de equidad, que precisa de incrementar su eficiencia y tener viabilidad financiera de largo plazo, para sí atender a sus afiliados y a sus familias de manera integral y articulada. La problemática del Instituto debe ser resuelta, así lo amerita el hecho de que es la segunda institución de seguridad social más grande del país. Cuenta con más de 12.3 millones de derechohabientes, de los cuales 2.6 millones son trabajadores y más de 860 mil son pensionados, que representan el 20% del total nacional. En el ISSSTE contamos con más de cien mil trabajadores propios, somos el sexto empleador del país. El presupuesto aprobado de gasto programable para este año, aprobado por la H. Cámara de Diputados asciende a 161.0 mil millones de pesos (mdp) y si se le adiciona el gasto no programable supera los 350.0 mil mdp. Cabe señalar que del gasto programable se destina el 64.5% a pensiones y jubilaciones; 20.3% a servicios personales, 14.2 a servicios generales y recursos materiales y solamente el 1.0% a inversión pública. Conforme lo establece la normatividad aplicable el ISSSTE ofrece a sus derechohabientes servicios médicos, financieros y de atención a necesidades sociales. En este sentido el ISSSTE es la segunda hipotecaria del país, solamente atrás de INFONAVIT y delante de BBVA Bancomer; y en cuanto al monto de los préstamos de nómina emitidos en 2012 nos encontramos solamente después de BBVA Bancomer y Banorte. Un dato es revelador: en 2013 se distribuirán créditos personales por 19.0 mil mdp y más de 70 mil créditos hipotecarios. A lo largo de estos meses se han identificado áreas de oportunidad para encaminar al ISSSTE en el sentido marcado por el Presidente Peña para lograr un México incluyente y Prospero. A continuación sintetizaré los principales retos que debe enfrentar el ISSSTE en el plazo inmediato.

#### **Crecimiento esperado de la demanda de servicios**

El ISSSTE atiende a una población más vieja en relación a otras instituciones de salud del país, atiende al 11% de los mexicanos pero al 22% de los pensionados. También atiende a derechohabientes con cuadros de enfermedades más complejos (especialmente enfermedades crónicas). Las tendencias actuales indican que es muy probable que el perfil de riesgo de la población derechohabiente empeore en los años siguientes, resultando en un crecimiento en la demanda y costo de los servicios médicos.

#### **Mayor saturación de la infraestructura**

México tiene menos infraestructura que otros países en el área de salud, especialmente en el número de camas por derechohabiente y en la infraestructura de salud primaria (1 cama de hospital por 1,000 habitantes, la mayoría de los países Latinoamericanos tienen 2 o más, mientras que países como Alemania tienen 13.6 y Turquía 2.5)

Además, cuenta con menos infraestructura per cápita en relación a otros sistemas como el IMSS (menos camas, menos quirófanos, y un número menor de personal de salud).

#### **Se precisa mejorar la calidad de atención**

Los derechohabientes del ISSSTE muestran mayores tasas de insatisfacción en relación a los derechohabientes de otras instituciones de seguridad social. De acuerdo a encuestas externas (Encuesta Nacional de Salud), 26% de los usuarios del ISSSTE están insatisfechos contra el 19% en el IMSS.

El desempeño del ISSSTE es inferior al de otras instituciones de seguridad social en varios aspectos relevantes. Por ejemplo, los tiempos de espera para recibir consultas en el ISSSTE son 60% más altos que en otras instituciones públicas.

**Retos financieros**

*El ISSSTE tiene una operación de salud más cara que la de otras instituciones de salud (5,600 pesos anuales por derechohabiente vs. 4,800 en el IMSS)*

*Se proyecta que, de no implementar cambios, el déficit financiero llegará a ser de 8,500 millones de pesos en 2020.*

**Situación y retos de pensiones**

*El ISSSTE paga anualmente en pensiones más de 100 mil millones de pesos. Al cierre del año 2012, la población de pensionados fue de 868 mil.*

**Retos de la gestión del desempeño**

*Los indicadores de gestión que han fijado las áreas miden en gran medida la ejecución de actividades (consultas médicas) no necesariamente el impacto obtenido (disminución de morbilidad).*

*En la sesión de la Junta Directiva del ISSSTE, del 18 de abril, el órgano de gobierno resolvió suscribir el "Acuerdo del ISSSTE para la Observancia del Pacto por México" el cual fue firmado por la representación sindical de la FSTSE, SNTSE, y AAPAUNAM. Este Acuerdo señala que el Gobierno de la República ha construido un gran marco de definiciones y orientaciones fundamentales para alcanzar un cambio seguro, con rumbo y con dirección, tal y como lo señaló el Presidente Enrique Peña Nieto el 1 de diciembre de 2012. Para el ISSSTE, destacan las relativas al otorgamiento de una pensión a todos los mayores de 65 años, el establecimiento de un Sistema de Seguridad Social Universal, la Cruzada Nacional contra el Hambre y el compromiso de austeridad y la disciplina en el sector público. En ese mismo sentido la convocatoria a lograr consensos del gobierno y la voluntad de las principales fuerzas políticas, permitieron que el 2 de diciembre de 2012 se suscribiera el Pacto por México, como un instrumento inscrito en la pluralidad política del país y al que se ha llamado a adherirse a organizaciones de la sociedad civil, a investigadores y académicos, a líderes sindicales y empresariales, así como a medios de comunicación. Las directrices descritas por el Presidente Peña Nieto, así como los acuerdos del Pacto por México y la acciones que de ellas se desprenden, constituyen orientaciones estratégicas para cumplir los fines a los cuales ha convocado el Gobierno de la República, y que corresponde a los distintos órganos de la administración pública llevar a cabo en la esfera de su competencia. Es así que la Junta Directiva del ISSSTE, se manifestó, en concreto, por:*

- I. Por el cumplimiento de los derechos y prestaciones de los trabajadores al servicio del Estado de forma eficaz y en condiciones de calidad.*
- II. Por la transparencia, la rendición de cuentas y el combate a la corrupción.*
- III. Por la austeridad.*
- IV. Por la competitividad y sustentabilidad institucional.*
- V. Por la generación de mejores políticas y acciones que cumplan con las expectativas de los trabajadores en los ámbitos cultural, patrimonial y de desarrollo social, con sentido humanista, a favor de la equidad entre géneros, la dignidad, la justicia, y la ética.*
- VI. Por hacer del derecho a la protección de la salud y la atención médica de calidad, una realidad para todos los mexicanos.*

*Los seis puntos anteriores componen el contenido fundamental del acuerdo del ISSSTE para el Pacto por México y son el instrumento para ordenar el desarrollo del Instituto y de sus órganos desconcentrados, conforme al anhelo de hacer del sistema ISSSTE una organización con la capacidad para que los derechos de los trabajadores al servicio del Estado puedan ejercerse y cumplirse a cabalidad. Son el camino para transitar en el gran objetivo del Presidente Peña: hacer realidad la Cuarta Etapa de la Seguridad Social en México: su universalización. En este sentido, se trata de un compromiso de excelencia de la Institución, como corresponde a un organismo del gobierno que enfrenta el reto de representar parte importante del proyecto de desarrollo y seguridad social que se impulsa en el país. El ISSSTE asume el reto de transformarse a fin de que su funcionamiento y desempeño aliente la confianza de la sociedad, y especialmente la de sus derechohabientes en cuanto a lograr el gobierno eficaz.*

*Señoras y señores participantes en esta mesa de trabajo: de la seguridad social depende en buena medida el futuro de nuestro país. Cada joven que se integra al mercado de trabajo formal o informal debe tener claridad de lo que significa uno y otro. Pero cada mexicano que nace debe tener la certeza de que un Estado activo está presto a garantizar sus derechos humanos. No podemos olvidar que la reforma a la Constitución en materia de derechos humanos, determinó un nuevo paradigma el cual debemos tener presente quienes integramos el gobierno federal. Una buena parte de los componentes de la política de seguridad social son ya también los derechos humanos. Este es el reto mayor que como servidores públicos debemos enfrentar y cuya solución implica decisiones transversales y ya nunca verticales o inconexas.*

## PENSIONES

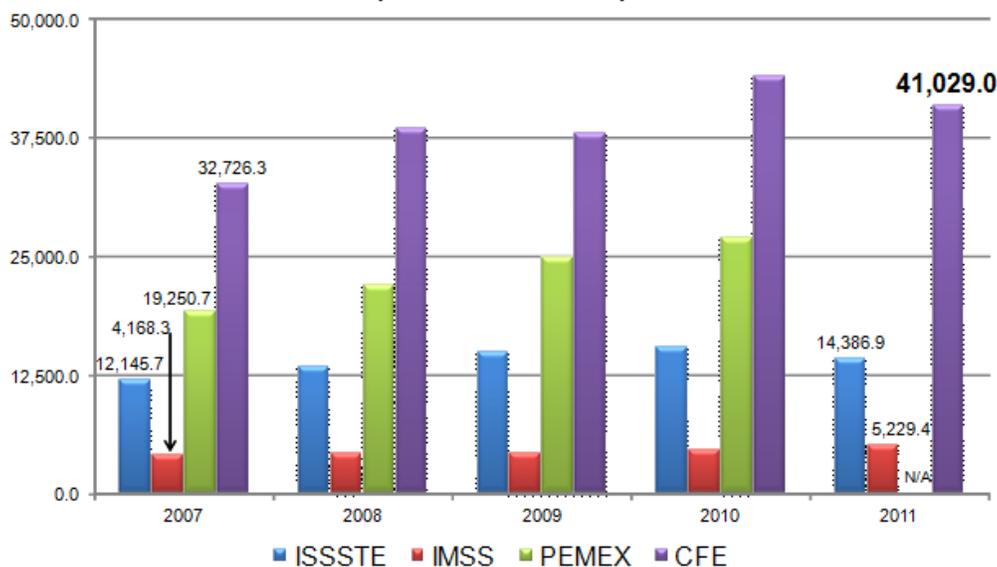
### 1. En CFE pensiones de lujo

El gasto público por pensionado de las empresas paraestatales, como la CFE, es hasta 8 veces mayor que el realizado por el IMSS, según un comparativo hecho por el Centro de Investigación Económica y Presupuestal (CIEP). En 2011, el gasto promedio por cada pensionado del IMSS -ex cotizante de alguna empresa- fue de 5 mil 229 pesos mensuales, mientras que la CFE gastó por cada uno de sus jubilados 41 mil 29 pesos en el mismo año. La diferencia en el gasto por pensionado que realiza el IMSS también se encuentra lejos del que realiza Pemex, que paga a cada jubilado 27 mil 147 pesos al mes, y del ISSSTE que destina 14 mil 386 pesos a cada uno. De acuerdo con el CIEP, los montos señalados no son los recursos que reciben cada mes los trabajadores, sino el gasto total que realizan las dependencias para cubrir el paquete de beneficios de seguridad social establecidos en su contrato. Aun así, la diferencia en el gasto realizado por los diferentes organismos es muy amplia y pone en evidencia la disparidad entre los paquetes de seguridad social que reciben los trabajadores de México, explicó Sunny Villa, especialista del CIEP y autora de la investigación. "La estructura de la población beneficiaria es contrastante con las asignaciones en el gasto, lo cual permite reflejar las disparidades entre los beneficios por pensiones que tienen los trabajadores

en cada una de las estructuras. Uno de los problemas que arroja el elevado gasto en pensiones de algunos organismos es la presión que se les está aplicando a las finanzas públicas, ya que son contratos colectivos con obligaciones muy elevadas para el Estado. Hay que revisar cuidadosamente cada uno de los contratos colectivos que tienen los derechohabientes de cada esquema de pensiones; hasta el momento ya se ha hecho un esfuerzo por tratar de resolver algunos problemas, pero todavía falta analizar otros que elevan el gasto". Según el CIEP, actualmente el sistema de pensiones federales en México atiende a más de 4 millones de pensionados, de los cuales 76.5% se encuentran afiliados al IMSS; 20.1%, al ISSSTE; 2.3%, a Pemex, y el restante 2.5%, a CFE. Para 2012, el pago de pensiones de los diferentes esquemas federales ascendió a 2.6% del Producto Interno Bruto, equivalente a 392 mil 373 millones de pesos, agregó. Del total de ese gasto, en promedio en los últimos 3 años, 48% se destina al IMSS, 39.1% al ISSSTE, 7.7% a Pemex y 4.4% a CFE. Villa detalló que el comparativo fue realizado con base en datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, anuario del ISSSTE y las memorias estadísticas del IMSS<sup>139</sup>.

139 Reforma, 6 de marzo, 2013

**GASTO PÚBLICO MENSUAL POR PENSIONADO  
(Pesos corrientes)**



Fuente: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), 2011.  
Tomado de: Reforma, 6 de mayo 2013

## **2. Consar: en crisis los sistemas de pensiones de PEMEX, estados y universidades**

Carlos Ramírez Fuentes, presidente de la Comisión Nacional del Sistema para Ahorro para el Retiro (Consar), advirtió que los sistemas de pensiones de Petróleos Mexicanos (Pemex), de las universidades y de los gobiernos estatales enfrentan una crisis que se agravará en los próximos años, pues no habrá manera de financiar las pensiones solamente a través de las aportaciones que realizan los trabajadores en activo. Ante esto, señaló que corresponde a cada institución determinar el camino a seguir, pero desde la Consar el mensaje es muy sencillo: "En el sistema de cuentas individuales de las Afore caben todos los mexicanos, ahí está la infraestructura. Está probado el sistema durante 16 años, más de 2 billones de pesos, 900 mil millones de pesos provienen de rendimientos netos de comisiones. Entonces ahí está el sistema y es financieramente viable". El mensaje para aquellos sistemas de pensiones que no se han reformado es que ya hay un modelo que se puede seguir y utilizar, y por supuesto ha ofrecido resultados favorables.

- ¿Cuál es el reto inmediato del sistema de pensiones?

- Creo que con el ritmo de crecimiento tan rápido de los recursos de este sistema. El año pasado el sistema creó 335 mil millones de pesos, 110 mil millones de pesos fueron producto de las aportaciones tripartitas, y el resto fueron rendimientos netos de comisiones. Fue un año extraordinario, difícilmente repetible. Pero el desafío es cómo canalizar estos recursos que están entrando al sistema para invertirlos en actividades seguras y rentables. Está creciendo muy rápido el sistema, y el mercado financiero mexicano no está creciendo al mismo ritmo donde la demanda empata con la oferta. Es decir, hay una gran oferta de recursos pero no hay suficientes proyectos productivos que los puedan aprovechar". Por lo anterior propuso ampliar la frontera de posibilidades de las Afore y pensar en diversificar más internacionalmente el ahorro de los mexicanos, para que puedan obtener mayores rendimientos. En el caso del sistema de cuentas individuales, el reto es que el monto de aportaciones es insuficiente. "Necesitamos ahorrar más a través de aportaciones voluntarias o de algún otro esquema que permita elevar el monto de la aportación". Dadas las tendencias y el mercado laboral de los últimos 16 años, la realidad es que "tenemos poco ahorro dada la naturaleza y los retos que estamos enfrentando en una sociedad que está en franco proceso de envejecimiento".

Los recursos en custodia de las Afore superaron los 2 billones de pesos, con lo que el sistema de pensiones ahora representa 12.91% del PIB. Sin embargo, a pesar del crecimiento acelerado del sistema de Afore en México, la importancia relativa al tamaño de la economía es aún muy baja, comparada con otros países de la OCDE. Ante el crecimiento de la informalidad y la incapacidad de la

economía mexicana para crear empleos formales con protección social, el presidente de la Consar señaló que el desafío de la cobertura significa no sólo reformar los sistemas de pensiones tradicionales, que son financieramente insostenibles, sino que también implica el reto de traer más aportantes y más ahorradores al sistema de cuentas individuales.

"Tenemos dos grandes segmentos: el de los trabajadores independientes que pagan impuestos y están activamente en el sistema formal, pero que no tienen seguridad social y por tanto no ahorran para su retiro a través de una Afore, y el segmento de la informalidad, que son las personas que no trabajan en la formalidad y no pagan impuestos. Entonces, una de las propuestas que hizo el presidente Enrique Peña Nieto tiene que ver con ampliar la cobertura para que todos los mexicanos mayores de 18 años tengan una cuenta individual y puedan ahorrar para su retiro futuro mediante este esquema"<sup>140</sup>.

## **3. Consar: sin acceso a pensión 31 millones de trabajadores**

Alrededor de 31 millones de mexicanos en edad de trabajar carecen de acceso a los sistemas de pensiones debido a que son trabajadores independientes o "saltan", entran o salen de la informalidad, afirmó el presidente de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), Carlos Ramírez Fuentes. Apremió a realizar una "reforma" de segunda generación" al sistema de pensiones porque en tres décadas se triplicará el número de personas mayores de 65 años que requerían de una pensión; los sistemas pensionarios de reparto se han vuelto insostenibles, para incentivar la formalización de los trabajadores informales y reducir el pasivo laboral del sector público del país. Reconoció la urgencia de reformar el sistema de pensiones y de que es necesario aumentar, por lo menos a 15% del salario del trabajador las aportaciones de ahorro para por lo menos gozar de una pensión de entre 70 y 75% del actual sueldo del cotizante. No es un plazo fatal, pero es necesario realizar las modificaciones necesarias este sexenio porque "tenemos entre 15 y 20 años para empezar a ahorrar". Puntualizó que tal y como está actualmente el sistema de pensiones individualizado, el trabajador sólo ahorra entre 6 y 7.5% de sus salario si es derechohabiente del IMSS (1.25% es por cuota del trabajador, 5.15 aportados por el patrón y 0.225 puntos porcentuales es la contribución del gobierno federal), y los afiliados al ISSSTE poco más de 11%. El porcentaje de aportaciones en México es de los más bajos del mundo". El problema se complica porque en el país alrededor de 11 millones de trabajadores independientes, más unos 20 millones que "brincan" en el sector informal, no cuentan con un sistema de ahorro para el retiro.

<sup>140</sup> La Jornada, 6 de mayo, 2013

En tanto, Óscar Franco, presidente de la Amafores, dijo que se cuenta con tres posibles fuentes de recursos para “robustecer” las aportaciones a los fondos de retiro: incluir la subcuenta de vivienda como activo en la etapa de acumulación; promover el ahorro voluntario mediante una cultura financiera y la tercera la aportación obligatoria a los fondos de pensiones.

José Antonio González Anaya hizo apremio a incentivar el aumento del ahorro voluntario de los trabajadores, promover el empleo formal y establecer mecanismos para aumentar las aportaciones obligatorias<sup>141</sup>.

#### **4. Prevén se tripliquen los adultos mayores**

Los mexicanos mayores a 65 años se triplicarán a más tardar en 20 años y los recursos con los que contarán para sostenerse serán insuficientes, sostuvo Carlos Ramírez, presidente de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar). En su participación en el panel “Desafíos del Sistema de Pensiones en México” en la 23 Convención de Aseguradores, dijo que en un periodo de entre 15 y 20 años este segmento crecerá de forma notable y que el principal problema al que se enfrentarán es que los mexicanos no ahorran lo suficiente para la hora de su pensión. Recordó que a nivel global para tener una pensión equivalente a 70 o 75% del último salario, los trabajadores tendrían que ahorrar entre 15 y 20% de su salario a lo largo de toda su vida laboral. Expuso que hay cerca de 30 millones de trabajadores mexicanos independientes o en la informalidad que no tienen ahorro para el retiro. Agregó que hay 11 millones de trabajadores independientes que no están ahorrando y entre 15 y 20 millones de mexicanos que brincan de la economía forma a la informalidad. “El principal reto es que no estamos ahorrando lo suficiente; en las cuentas del IMSS se aporta 6.5% (del salario base de cotización) que es una de las más bajas del mundo, mientras que a las cuentas del ISSSTE se aporta 11%. Como país ahorramos menos de lo que necesitamos, tendremos una población envejecida que no ahorra para su retiro”. El regulador de las 12 administradoras de Fondos de Ahorro para el Retiro (Afore) que operan en el País, mencionó que al obligar únicamente al trabajador a realizar mayores aportaciones generaría complicaciones. Sin embargo, se pueden generar incentivos fiscales o alguna aportación, ya sea por parte del Gobierno o del patrón, que funcione sólo si el trabajador ahorra en su cuenta de pensión<sup>142</sup>.

141 *La Jornada*, 9 de mayo, 2013

142 *Reforma*, 9 de mayo, 2013

#### **5. Desestima Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) operar en viviendas**

En Atizapán, Estado de México, el médico Felipe de Jesús Villalobos, director de la clínica del Issemym que opera en una casa en Las Alamedas, ocupar una vivienda particular para ese centro médico es algo normal, debido a la falta de espacios habilitados específicamente para ello. “La clínica tiene 34 años de existir, hemos estado en diferentes zonas de Atizapán y normalmente estamos en casas particulares porque no hay un lugar específico para la clínica. Hemos buscado y no se ha encontrado un edificio o una cosa así”. Desde septiembre de 2011, la casa ubicada en Paseo de la Palomas 140 ha dejado de ser una residencia: en las habitaciones se han adaptado cuatro consultorios, lo que genera que la operación de vehículos sea mayor. Villalobos mostró un oficio emitido por el Ayuntamiento en 2008 que habilita el uso de la casa como de Servicios Asistenciales, con lo que están funcionando. Sin embargo, la vivienda no cuenta con uso de suelo pleno para realizar esta labor, según confirmaron en la Dirección de Desarrollo Urbano municipal. “La dueña de la casa ya metió su solicitud para cambio de uso de suelo y está en espera de una respuesta del Municipio”. Sin embargo, los planes del Instituto de Salud para la clínica es que se construya un edificio dedicado a consulta sobre un predio donado por el Municipio, y que se espera esté listo dentro de un año, y dejar esta vivienda. De acuerdo con datos del Issemym, la clínica atiende a 18 mil 500 derechohabientes que viven en la zona. Vecinos han expresado su inconformidad por la clínica, pues señalaron que los autos de los pacientes han llegado a obstruir sus entradas e, incluso, el presidente de la Asociación de Colonos afirmó haber llevado la petición al Gobernador Eruviel Ávila<sup>143</sup>.

#### **6. Vacían fondo**

Por financiar compromisos de pago a pensionados del ISSSTE y el IMSS, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) ha agotado en 77.2% el Fondo de Apoyo para la Reestructura de las Pensiones (FARP). Antonio Simancas López, presidente de la Asociación Nacional de Instituciones Estatales de Seguridad Social, afirmó que éste fue diseñado en principio para apoyar a Gobiernos estatales y municipales, mismos que no han podido tener acceso a él. De acuerdo con datos de la SHCP, el FARP al cierre del primer trimestre de 2013 sólo contaba ya con el 22.8% de los recursos que llegó a tener en su punto más alto, en el año 2009. Refirió que el FARP se integró en 2007 con excedentes petroleros. Indicó que desde el tercer trimestre del 2009, la SHCP se gastó un total de 50 mil 514 millones de pesos del Fondo para apoyar a las pensiones del ISSSTE y el IMSS, mientras que estados como Sinaloa y Coahuila han solicitado esos recursos para reestructurar sus sistemas, sin que lo hayan logrado. Al cierre del primer trimestre de 2013, el saldo del FARP fue de sólo 14 mil 928 millones de pesos. Simancas López criticó que el acceso a los recursos del FARP por parte de las instituciones estatales, mu-

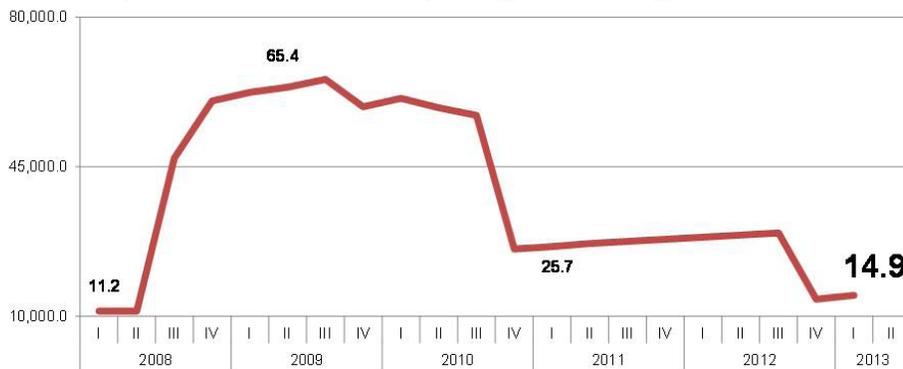
143 *Reforma*, 20 de mayo, 2013

nicipales y de sus universidades ha sido limitado debido a condiciones impuestas por la SHCP. Manifestó que Sinaloa, que ha reformado su sistema de pensiones de acuerdo con los lineamientos que le ha impuesto la propia SHCP durante los dos últimos años, no ha podido acceder al fondo. Consultada aparte, Marcela Andrade, titular de la Unidad de Coordinación con Entidades Federativas de la SHCP, señaló que los lineamientos del FARP se establecieron desde 2007. Refirió que en ellos se estableció que podían hacer uso de los recursos tanto los sistemas de pensiones de los

Gobiernos locales como los del ISSSTE y del IMSS. Afirmó que la razón por la cual ningún Estado ha logrado obtener recursos del FARP es porque no han acreditado las reglas establecidas. La primera, apuntó, es que las Entidades establezcan un sistema de pensiones susceptibles de migrar hacia cuentas individuales a partir del ISSSTE y del IMSS. La segunda consiste en establecer los mecanismos de portabilidad para ello y la tercera pide reducir, en forma significativa, el valor presente de las obligaciones de los trabajadores activos y de nuevo ingreso, resaltó la funcionaria<sup>144</sup>.

144 *Reforma*, 28 de mayo, 2013

**Saldos del Fondo de Apoyo para la Reestructura de las Pensiones**  
(En miles de millones de pesos por trimestre)



Fuente: Informes Trimestrales de Finanzas Públicas de la SHCP.  
Tomado de: *Reforma*, 28 de mayo 2013

## REFORMA LABORAL

### 1. *Sufren abuso 2 millones de trabajadoras del hogar*

La directora general adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), Sonia Río Freije, refirió que las 2.2 millones de personas que se dedican al trabajo del hogar en el país (dos millones son mujeres) enfrentan abuso, humillación, discriminación múltiple (por edad, apariencia y etnia), carencia de prestaciones sociales, trabajo excesivo, bajos salarios y exclusión. Al participar en el segundo foro nacional Ratificación de Convenios Internacionales para el Avance de las Trabajadoras, indicó que se deben reformar las leyes Federal del Trabajo y del Seguro Social para otorgarles derechos básicos como seguridad social, jornada laboral de 40 horas a la semana, derecho a licencias de maternidad y seguridad social para sus hijos. Ante senadores y diputados del PRD, Río Freije dijo que el Ejecutivo debe ratificar los tres convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que tocan los derechos de las trabajadoras, específicamente el 189, el 156, y el 183. Preciso que el convenio 189 tiene que ver con el trabajo decente para las trabajadoras del hogar; el 156 se refiere a la igualdad de oportunidades y de trato, y el 183 corresponde a la protección de la maternidad. En el foro, la senadora Angélica de la Peña, titular de la Comisión de Derechos Humanos, comentó que ha presentado una iniciativa para establecer en 15 años la edad mínima para la admisión a un empleo, en concordancia con el Convenio 138 de la OIT, y también demanda la ratificación de los tres convenios referidos. En cuanto al convenio 156, que trata sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras del hogar, planteó que es importante porque impacta directamente en la democracia que debe existir en el ámbito familiar. A la propuesta de la funcionaria del Conapred se sumaron los legisladores del PRD, Alejandra Barrales y Francisco Hernández Juárez, también dirigente de la Unión Nacional de Trabajadores (UNT)<sup>145</sup>.

### 2. *Reforma laboral. Informe especial. Poder adquisitivo pierde 78%*

Bajos salarios, caída del poder adquisitivo, precariedad del empleo y falta de oportunidades en el mercado laboral, principalmente para los jóvenes, representan el marco en el que se festeja un año más del Día del Trabajo. El salario mínimo actual es la cuarta parte de lo que era hace tres décadas, lo que representa una pérdida del poder adquisitivo del bolsillo de los trabajadores de 78%, según estimaciones de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Es decir, mientras que en la década de los ochenta se podían comprar con un salario mínimo 50 kilos de tortillas, 18 litros de leche u ocho kilos de huevo, el Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) indica que con el

salario actual, que es de 63.04 pesos en promedio, apenas se pueden comprar cinco kilos de tortilla, cuatro litros de leche o sólo dos kilos de huevo. De acuerdo con el Panorama Laboral 2012 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el salario mínimo real registró en 2012 un incremento de apenas 0.4%. El documento suscribe que México es de los países que en el largo plazo mantendrá incrementos a los salarios mínimos, como los hasta ahora registrados, ya que “ha seguido una política de salario mínimo con efectos neutros en su poder adquisitivo, en la medida en que el monto de los ajustes apenas ha compensado los niveles de inflación. México es de los países que después de la recesión no logró recuperar el nivel de los salarios previos a la crisis, ya que éstos crecieron moderadamente uno por ciento, cifra que está por debajo del nivel mundial reportado”.

#### *Pobreza salarial*

Además, al cierre de 2012 la pobreza vinculada a los salarios aumentó 3.45%, debido a que el ingreso laboral per cápita de los mexicanos perdió 4.4% de su poder adquisitivo, lo que significa que alrededor de 52.54% de la población no pudo comprar la canasta básica alimentaria, indica el Coneval. Ello significa en términos absolutos que dos millones 701 mil 476 mexicanos se sumaron el año pasado a la pobreza laboral, por lo que número de personas en esa condición ascendió a 60 millones 746 mil.

La reforma laboral aprobada en noviembre 2012 del año no ha contribuido a generar más plazas de trabajo y aun que la tasa de desocupación bajo en marzo, existen 2.2 millones de desempleados en el país y la informalidad se ha convertido en una válvula de escape.

#### *¿Cuántas horas tiene que trabajar un mexicano para comprar un iPhone 4S'*

El iPhone 4s (16 GB) es uno de los productos más solicitados en los últimos años en el mundo, que igual lo tiene un empresario suizo que un oficinista o vendedor que trabaja en la ciudad de México; sin embargo, comprar el Smartphone puede significar una cantidad considerable de trabajo en el caso de los mexicanos. La gente que labora en Zurich, Suiza, tiene la capacidad para pagar un teléfono inteligente de manera más rápida, es decir, después de 22 horas de trabajo. Este tiempo de trabajo requerido es diez veces más alto en la ciudad de México, pues aquí hay que trabajar 219.5 horas para poder comprar el iPhone 4S. Con esas cifras, México se coloca dentro de los 12 países en los que los trabajadores deben laborar más para poder comprar el Smartphone de Apple, sólo por debajo de ciudades como Delhi (369.5 horas), El Cairo (290.5) o Caracas (271.5) revela el último estudio de precios y salarios del banco suizo UBS, realizado en 72 países. La comparación de sueldos y salarios abarca 15 ocupaciones diferentes de

145 *La Jornada*, 14 de marzo, 2013

los sectores financieros, industria y servicios, y se consideraron ingresos netos en dólares estadounidenses por hora, es decir, el salario que se percibe por cada hora sin integrar impuestos ni contribuciones a la seguridad social. De acuerdo con el promedio regional del estudio de UBS, la cantidad de tiempo necesaria en América del Norte para comprar un iPhone 4S es de 35 horas, en Europa Occidental se requiere trabajar 48 horas, mientras que en Europa del Este, América del Sur, Asia y África la compra del teléfono inteligente podría requerir hasta 435 horas de trabajo. El INEGI informó que los hogares mexicanos están cambiando su patrón de consumo y actualmente gastan más en telefonía móvil, televisión de paga, restaurantes, renta de vivienda y servicios domésticos. En contraste, invierten menos en automóviles, electricidad, loncherías, fondas, torterías, taquerías, consulta médica y telefonía local fija.

#### *Boom en la migración laboral interestatal*

Las brechas salariales, carencia de seguridad social y prestaciones, la inseguridad, las sequías, pero sobre todo la falta de empleos de calidad, han detonado en los últimos años un aumento de la migración laboral interestatal y de movilidad en las empresas, debido a que las personas en edad de trabajar y los jóvenes profesionistas no encuentran empleos acorde a sus necesidades laborales. Uno de cada cien mexicanos (alrededor de un millón 200 mil) cruza anualmente los límites estatales para cambiar su residencia, mientras que la migración intermetropolitana concentra casi la tercera parte de la migración municipal, indica un estudio elaborado por el Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresas (IPADE) para el Instituto Nacional de Migración (INM). Baja California Sur, Sinaloa, Quintana Roo y Colima son los estados que en la última década han sido los receptores de migrantes laborales, debido a que esas entidades han mostrado un crecimiento en el sector servicios, principalmente. Aunque en los últimos años destacan los estados del Bajío, sobre todo Querétaro, donde hay un gran despunte de la actividad industrial. En contraste, Chiapas y Guerrero son los estados con menor recepción de migrantes y donde hay más mexicanos en pobreza. La ciudad de México es un caso aparte, ya que ha pasado de ser el principal polo de atracción para los migrantes internos a uno de los más saturados, con un crecimiento que se extiende al Estado de México. Según cifras censales, entre 2000 y 2010 se incrementó la población ocupada que trabaja en un municipio o delegación diferente del que reside, al pasar de 2.71 millones a 3.35 millones de personas, siendo las delegaciones Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Benito Juárez las que concentran la referida población.

#### *"Dolor de cabeza"*

En el caso de las empresas, firmas globales de recursos humanos coinciden en que en la mayoría de las firmas la movilidad laboral "es un dolor de cabeza" que inclu-

so provoca pérdidas al empleador. La gerente de Human Capital Solutions de Adecco, Érika Castillo, y el director general de Trabajando.com México, Marco Planells, estiman que la movilidad laboral en las empresas aumentó entre 15 y 34 por ciento en el último año, una tendencia que continuará en 2013. Según Randstad, México ocupa el octavo lugar entre 32 países, con el mayor índice de movilidad laboral, colocándose por encima de Estados Unidos, España y Japón, pero por debajo de India y Brasil. El desplazamiento del capital humano se puede atribuir a las desigualdades estructurales que, de acuerdo con especialistas del Centro de Estudios Económicos del Sector Privado (CEESP), la UAM y el ITESM, están relacionadas con los bajo niveles de calificación de mano de obra, las diferencias en materia de productividad entre sectores, alta rotación laboral y la informalidad. Luis Foncerrada, director del CEESP, sostiene que la generación de empleos de calidad y aumento de salarios vendrán si se eleva la productividad. Graciela Bensusan, investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), y José Luis de la Cruz, director del Centro de Investigación en Economía y Negocios (CIEN) del Tecnológico de Monterrey, apuntan que la reforma laboral va en contra de la estabilidad en el empleo, por lo que la tendencia a partir de las nuevas formas de contratación será la movilidad laboral. "Predominó el argumento de que un mercado laboral flexible se traduce en fortaleza económica. Al contrario, se requiere mejor protección para que se genere una mano de obra de más calidad y más comprometida con su formación y con la empresa, además de generar mayor cohesión social y mejora en el lugar de trabajo".

#### *Perfiles*

En México, los perfiles que más "se mueven", de acuerdo con Adecco, son el de vendedor, con un índice de 30%; los promovendedores, con un índice de rotación de 20%; para los giros industriales la mayor rotación está en los operadores, con 20%, y los almacenistas se ubican en 16%. Las áreas administrativas son las que reportan una menor rotación, ya que los auxiliares administrativos presentan un índice de 11% y los analistas de cobranza sólo 5.8%. Para el Consejo Nacional de Población (Conapo), las personas más jóvenes y capacitadas son las que emigran en busca de mejores oportunidades laborales o una mejor remuneración. Seis de cada diez migrantes tienen entre 15 y 29 años de edad, lo cual se presenta tanto en mujeres como en hombres, apunta.

#### *Sindicatos inflan cifras*

Pese a que las principales centrales obreras del país presumen que tienen un gran número de afiliados, sus cifras chocan con los registros oficiales. Con el paso del tiempo las organizaciones sindicales han perdido representatividad, lo que se refleja en una baja membresía, a pesar de las cifras alegres que se dan y que contrastan con las demandas incumplidas de los trabajadores, como una

mejoría salarial, más empleos y de mejor calidad. A septiembre de 2012 había dos mil 665 sindicatos de competencia federal, pero 45% (mil 460 sindicatos) no transparenta su información en línea en materia sindical, es decir, no actualizan su información sobre el número de afiliados ni dan a conocer el padrón de socios o las modificaciones que realizan a sus propios estatutos. La Confederación de Trabajadores de México (CTM), en voz de su secretario general, Joaquín Gamboa Pascoe, aseguró en la asamblea realizada en febrero de 2013, que la central tiene una membresía de cuatro a cinco millones de trabajadores. Sin embargo, datos de la Secretaría del Trabajo muestran que la Confederación reporta 600 mil afiliados. El caso de la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC), que encabeza el senador priísta Isaías González, es similar. Mientras sus dirigentes sostienen que la organización agrupa a 2.5 millones de trabajadores, los datos muestran que la central tiene sindicatos con "5 socios" registrados, cuando por ley un sindicato se conforma con un mínimo de 20 trabajadores. Otro caso es el de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), que agrupa a 500 mil burócratas, de acuerdo con datos del Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, aunque el líder de esa central, el senador priísta Joel Ayala, afirmó, durante la asamblea realizada en febrero, que los afiliados son más de un millón 300 mil. La cantidad referida por Ayala no es posible, además si se considera que sólo el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), que está afiliado a la Federación Democrática de Sindicatos de Servidores Públicos (Fedessp), agrupa a un millón 200 mil profesores.

#### *Trabajan por 16.67 pesos la hora... y varias horas*

"Esclavizante", es la palabra que utiliza doña Raquel para definir el trabajo que ha desempeñado en los últimos 16 años como promotora y supervisora contratada eventualmente por diferentes marcas, desde champú hasta productos alimenticios. Su labor se basa en incentivar la compra de los clientes en centros comerciales o tiendas de autoservicio de ciertos productos. Cuando la contratan le pagan alrededor de 130 pesos diarios menos impuestos. Con esa paga, Raquel tiene que visitar al menos cinco tiendas diarias, pagar sus pasajes y su comida. Tiene hora de entrada pero no de salida.

En un ejercicio, se solicitó empleo en empresas como Walmart, Vips, Elektra, McDonald's, Oxxo, KFC y El Globo, para plazas de cajeros, vendedores y ayudantes generales. En la investigación se encontraron salarios mínimos, jornadas de más de diez horas, periodos de prueba de varios meses sin pago del IMSS y pagos por hora menores a 20 pesos. La información recababa fue proporcionada por gerentes, empleados del área de recursos humanos y trabajadores de las compañías.

#### *Walmart*

Cuando acude a pedir empleo de cajero en Wal-Mart la oferta es la siguiente: recibir 14.67 pesos por hora en una jornada de siete horas (con una hora de comida incluida), equivalente a un pago de dos mil pesos mensuales; o una jornada de nueve horas (con una comida incluida) por tres mil 400 pesos mensuales. En ambos casos, la compañía minorista les otorga un vale de despensa mensual y realiza el pago de las prestaciones de ley. Este año, la cadena, el mayor empleador en el país, planea generar 15 mil puestos laborales en general, la mayoría asociados con la apertura de unidades. Para José Luis de la Cruz, director del Centro de Investigación en Economía y Negocios del Tecnológico de Monterrey, este tipo de empleos no produce bienestar al país, pese a que se generan miles; sin embargo, consideró que no es explotación ni abuso porque la empresa se limita a cumplir la ley.

En el caso de Elektra, un vendedor no es derechohabiente del IMSS en los primeros cinco meses de trabajo con el argumento de la empresa de que el trabajador está a prueba. La jornada en una tienda se extiende de 8.30 am a 0:30 pm con dos horas de comida; es decir, 11 horas de trabajo en piso de ventas y dos de comida, en total 13 horas. El salario es de tres mil 200 pesos mensuales, con un día de descanso entre semana (ni sábado ni domingo). El llamado entrenamiento dura cinco meses y al obtener la planta la persona recibe las prestaciones de ley. Jorge de Presno, abogado de la firma Basham, Ringe y Correa, explicó que en general el pago del IMSS y las prestaciones de ley son algo que no debe estar sujeto a periodos de prueba, además de que la jornada laboral no debe exceder ocho horas en horario diurno, siete y media horas en horario mixto y siete en jornada nocturna. Explicó que está permitido laborar más de las horas consideradas por ley sólo cuando no se excedan las 48 horas semanales en jornada diurna, 45 en jornada mixta o 42 horas en jornada nocturna. Es decir, un obrero podría acomodar su horario de labores, un quinto día con ocho horas de trabajo y dos días de descanso. "Respondiendo a su pregunta, ¿puede una jornada de más de diez horas ser legal?, la respuesta es sí, pero en las condiciones que digo: en beneficio del trabajador", añadió.

Para un ayudante general de McDonald's -que puede desempeñar funciones de cajero, limpieza o en la cocina-, las jornadas son de diez horas con media hora de comida, con un día de descanso que se puede negociar con el gerente. El empleo incluye desde atender pedidos de los clientes, realizar labores de limpieza y otras actividades con un pago que ronda los tres mil pesos al mes. Un ayudante general en KFC que también funge como cajero, personal de aseo y atención a clientes, recibe dos mil pesos mensuales o el equivalente, a un pago por hora de diez pesos. Se trabajan ocho horas con media hora de

comida y con prestaciones de ley. En el caso del El Globo, Oxxo, Vips y Burger King, los salarios rondan entre dos mil y tres mil pesos con las prestaciones de ley.

#### *Historias*

A la espera de su primera entrevista de trabajo con Walmart, Melchor, Francisco y Jessica, aspirantes a puestos de cajero y ayudantes en general, compartieron sus anécdotas al buscar empleo: dejar su solicitud en un lugar donde saben que hay cientos de interesados, visitar empresas que los tratan como si ofrecieran el mejor trabajo y participar en decenas de entrevistas fallidas para obtener una

plaza. También se habló de excesos en los horarios acordados; la necesidad de reducir gastos en comida y transporte, así como lo poco que se puede hacer con dos mil o tres mil pesos mensuales. Antonia Terán, catedrática de la escuela de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Panamericana, propuso que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, encabezada por Alfonso Navarrete Prida, realice visitas a las empresas para corroborar que se cumple la ley. Dijo que el tema en muchos casos es alarmante. La profesora destacó que el salario mínimo se ha desvirtuado, al grado de no satisfacer las necesidades de alimentación y vestido<sup>146</sup>.

<sup>146</sup> *El Financiero*, 26 de abril, 2013

Seguridad social “universal” 2013: Plan Nacional de Desarrollo y sector asegurador se terminó de imprimir en julio de 2015, en los talleres de ULTRADIGITAL PRESS, S.A. DE C.V., Calle Centeno 195 Col. Del Valle Sur, Deleg. Iztapalapa. Mexico, D.F. 09819 La coordinación editorial estuvo a cargo de Edda Liliana Sánchez Castellanos. Diseño de portada: Claudia Lira Castillo. El tiraje fue de 500 ejemplares.