SERIE
Apuntes
Didácticos

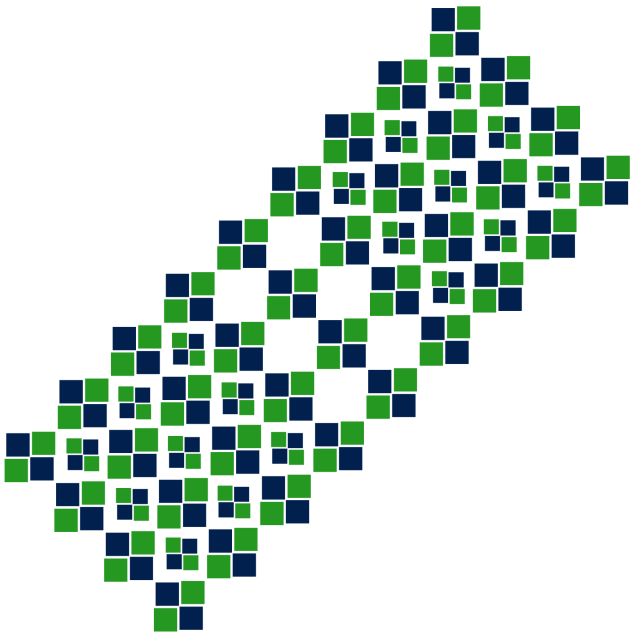
Las Reformas Estructurales: Hacia una Seguridad Social Universal

Apuntes Didácticos es una colección publicada por la Auditoría Superior de la Federación con los objetivos de fortalecer la capacitación de su personal y compartir el conocimiento en materia de fiscalización superior con la sociedad.

Los materiales firmados se consideran responsabilidad exclusiva de su autor y no necesariamente coinciden con los puntos de vista de la Auditoría Superior de la Federación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Auditoría Superior de la Federación.

Las Reformas Estructurales: Hacia una Seguridad Social Universal



Índice general

Índice de figuras I

Índice de cuadros I

Glosario de Acrónimos III

Prefacio VIII

1. Introducción 3

2. Gasto en Seguridad Social 6

2.1. Función Salud 6
2.2. Función Protección Salud 11

3. La Seguridad Social En México 16

3.1. Antecedentes legales y reformas 16
3.2. Financiamiento de la Seguridad Social en México 23

4. Reformas a la Seguridad Social 28

4.1. Ley de Pensión Universal 28
4.2. Ley de Seguro de Desempleo 29
4.3. Reformas a la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) 30
4.4. Reforma a la Seguridad Social y de Salud Universal sigue pendiente 34

5. Sostenibilidad de largo plazo 38

5.1. Metodología 38
5.2. Ejercicio de Simulación: sostenibilidad del gasto en salud si se atiende al 100 % de los enfermos diagnosticados con diabetes 40

6. Comentarios Finales **50**

Bibliografía **54**

Índice de figuras

2.1. Función Salud por Objeto de Gasto 10
2.2. Función Protección Social por Subfunciones 12

3.1. Cambio demográfico 20
3.2. Personas con Seguridad Social y Seguro Popular 21
3.3. Número de trabajadores por pensionado 22
3.4. Gasto en Salud como porcentaje del PIB 25
3.5. Gasto en Pensiones como porcentaje del PIB 25

5.1. Paso 1 40
5.2. Paso 2 41
5.3. Paso 3 41
5.4. Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 42
5.5. Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 42
5.6. Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 43
5.7. Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 43
5.8. Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 44
5.9. Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 44
5.10. Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 45
5.11. Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 45
5.12. Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 46
5.13. Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento) 46

Índice de cuadros

2.1. Distribución del Presupuesto de la Función Salud por Ramos Administrativos, 2016 7
2.2. Distribución del Presupuesto de la Función Protección Social por Ramos Administrativos, 2016 13

Glosario

Clasificación administrativa agrupa las previsiones de gasto conforme a los ejecutores de gasto; mostrará el gasto neto total en términos de ramos y entidades con sus correspondientes unidades responsables (Art. 28, LFPRH).

Clasificación económica agrupa las previsiones del gasto en función de su naturaleza económica y objeto, en erogaciones corrientes, inversión física, inversión financiera, otras erogaciones de capital, subsidios, transferencias, ayudas, participaciones y aportaciones federales (Art. 28, LFPRH).

Clasificación funcional y programática agrupa las previsiones de gasto con base en las actividades que por disposición legal les corresponden a los ejecutores de gasto y de acuerdo con los resultados que se proponen alcanzar, en términos de funciones, programas, proyectos, actividades, indicadores, objetivos y metas. Permite conocer y evaluar la productividad y los resultados del gasto público en cada una de las etapas del proceso presupuestario. Asimismo, se incluye en el PEF una clasificación que presenta los distintos programas con su respectiva asignación, que conformen el gasto programático, así como el gasto que se considera gasto no programático, los cuales suman el gasto neto total (Art. 28, LFPRH).

Clasificación geográfica agrupa las previsiones de gasto con base en su destino geográfico, en términos de entidades federativas y, en su caso, municipios y regiones (Art 28, LFPRH).

Clasificación de género agrupa las previsiones de gasto con base en su destino por género, diferenciando entre mujeres y hombres (Art. 28, LFPRH).

Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal instrumento presupuestario que, atendiendo a un carácter genérico y conservando la estructura básica (capítulo, concepto y partida genérica), permite registrar de manera ordenada, sistemática y homogénea los servicios personales; materiales y suministros; servicios generales; transferencias, subsidios y otras ayudas; bienes muebles e inmuebles; inversión pública; inversiones financieras; participaciones y aportaciones; deuda pública, entre otros. (Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal, DOF 2010, DOF 2015).

Cuenta Pública Su nombre completo es Cuenta de la Hacienda Pública Federal y se refiere al documento técnico basado en lo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación que elabora el Poder Ejecutivo Federal y entrega a la Cámara de Diputados, cuyo contenido es la información del ejercicio de los recursos, las finanzas y contabilidad de los tres Poderes de la Unión y de los órganos constitucionalmente autónomos (Transparencia, 2015).

Decreto Presupuesto de Egresos de la Federación.

Eficiencia en el ejercicio del gasto público el ejercicio del Presupuesto de Egresos en tiempo y forma, en los términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (Art. 2, LFPRH).

Eficacia en la aplicación del gasto público lograr en el ejercicio fiscal los objetivos y las metas programadas en los términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (Art. 2, LFPRH).

Ejercicio fiscal periodo de un año presupuestario y contable para el cual se presupuestan cuentas, sin incluir ningún periodo complementario durante el cual pueden mantenerse abiertos los libros contables después del comienzo del periodo fiscal siguiente. En México el ejercicio fiscal abarca del 1 de enero al 31 de diciembre (CEFP, 2015).

Entidades los organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos públicos, que de conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal sean considerados entidades paraestatales (Art. 2, LFPRH).

Entidades de control directo las entidades cuyos ingresos están comprometidos en su totalidad en la Ley de Ingresos y sus egresos forman parte del gasto neto total (Art. 2, LFPRH).

Entidades Federativas los estados de la federación y el Distrito Federal (Art. 2, LFPRH).

Estructura Programática el conjunto de clasificaciones, categorías y elementos programáticos ordenados de forma coherente, el cual define las acciones que efectúan los ejecutores de gasto para alcanzar sus objetivos y metas de acuerdo con las políticas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los programas y presupuestos, asimismo ordena y clasifica las acciones de los ejecutores de gasto para delimitar la aplicación del gasto y permite conocer el rendimiento esperado de la utilización de los recursos públicos (Art. 2, LFPRH).

Función elemento de la estructura funcional del PEF que identifica las acciones de las unidades responsables para cumplir con los ordenamientos legales (Transparencia, 2015).

Funciones de desarrollo social esta clasificación agrupa las funciones de los programas, actividades y proyectos relacionados con la prestación de servicios en beneficio de la población con el fin de favorecer el acceso a mejores niveles de bienestar, tales como servicios educativos, recreación y cultura y otras manifestaciones sociales, salud, protección social, vivienda, servicios urbanos y rurales básicos, así como protección ambiental (CEFP,2015).

Gasto corriente reparto de recursos o pagos que realiza el Sector Público que no derivan en la creación de un activo, sino que constituyen un acto de consumo, esto es, se destinan a la contratación de recursos humanos y a la compra de los bienes y pago de servicios necesarios para el funcionamiento del Estado. Incluye también las remuneraciones a los servicios de salud, educación, seguridad pública, pensiones, política social, combate a la pobreza, generación de oportunidades de empleo y desarrollo (Transparencia,2015).

Gasto de capital/inversión es el reparto de recursos o pagos destinados a la creación de bienes de capital y conservación de los ya existentes, a la adquisición de bienes inmuebles y valores por parte del Gobierno de la República, así como a los recursos transferidos a otros sectores que contribuyan a acrecentar y preservar los activos físicos patrimoniales o financieros de la nación. Puede ser física directa o financiada (Transparencia, 2015).

Gasto ejercido es el momento contable del gasto que refleja la emisión de una cuenta por liquidar certificada debidamente aprobada por la autoridad competente.

Gasto neto total la totalidad de las erogaciones aprobadas en el Presupuesto de Egresos con cargo en los ingresos previstos en la Ley de Ingresos, las cuales no incluyen las amortizaciones de la deuda pública y las operaciones que darían lugar a la duplicidad en el registro del gasto (Art. 2, LFPRH).

Gasto no programable son las erogaciones a cargo de la Federación que derivan del cumplimiento de obligaciones legales o del Decreto de Presupuesto de Egresos, que no corresponden directamente a los programas para proveer bienes y servicios públicos a la población (Art. 2, LFPRH).

Gasto programable son las erogaciones que la Federación realiza en cumplimiento de sus atribuciones conforme a los programas para proveer bienes y servicios públicos a la federación (Art. 2, LFPRH).

Gasto público una vez ejecutado el presupuesto, se le conoce como gasto público, según se establece en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH). El gasto público federal comprende las erogaciones por concepto de gasto corriente, incluyendo los pagos de pasivo de la deuda pública; inversión física; inversión financiera; así como responsabilidad patrimonial; que realizan los siguientes ejecutores de gasto: el Poder Legislativo; el Poder Judicial; los entes autónomos; los tribunales administrativos; la Procuraduría General de la República; la Presidencia de la República; las dependencias, y las entidades (Art.4, LFPRH).

Identificador del programa presupuestario clasificación dentro de la categoría programática para identificar las asignaciones y destino final del gasto público federal (SHCP,2015).

Ley de Coordinación Fiscal es el ordenamiento jurídico que coordina el sistema fiscal de la Federación con las entidades federativas, los municipios y el Distrito Federal, para establecer la participación que corresponda a sus haciendas públicas en los ingresos federales; distribuir entre ellos dichas participaciones; fijar reglas de colaboración administrativa entre las diversidades autoridades fiscales; construir los organismos en materia de coordinación fiscal y dar las bases de su organización y funcionamiento (Art. 1, LCF).

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) es el instrumento jurídico que indica las facultades de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial en lo relacionado con el Presupuesto Federal. Desde su aprobación, marca el tiempo y la forma para la presentación y aprobación del presupuesto (ciclo presupuestario), define los criterios de la asignación de los ingresos y de las adecuaciones presupuestarias, y regula las finanzas públicas en términos de transparencia y de equilibrio presupuestario.

Acrónimos

AFORES Administradoras de Fondos para el Retiro

ASF Auditoría Superior de la Federación

CFE Comisión Federal de Electricidad

CIEP Centro de Investigación Económica y Presupuestaria

CONSAR Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro

CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CPEUM Constitución Políticas de los Estados Unidos Mexicanos

DOF Diario Oficial de la Federación

ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FASSA Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

FERRONALES Ferrocarriles de Nacionales de México

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ISSFAM Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México

LCF Ley de Coordinación Fiscal

LCG Ley de Contabilidad Gubernamental

LFC Luz y Fuerza del Centro

LFPRH Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

LSS Ley del Seguro Social

mdp millones de pesos

mmdp miles de millones de pesos

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OIT Organización Internacional del Trabajo

PEA Población Económicamente Activa

PEF Presupuesto de Egresos de la Federación

PEMEX Petróleos de México

PIB Producto Interno Bruto

PND Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018

PPs Programas Presupuestarios

SAR Sistema de Ahorro para el Retiro

SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social

SEDENA Secretaría de la Defensa Nacional

SP Seguro Popular

Prefacio

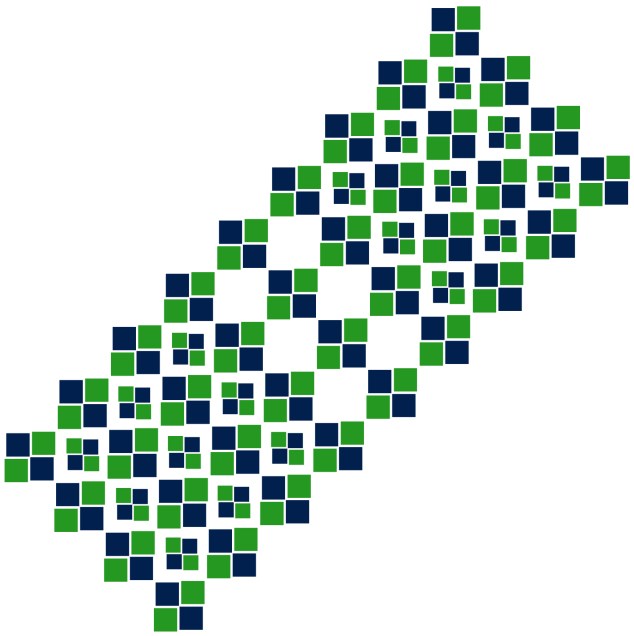
El presente material didáctico tiene su antecedente en la conferencia "Las Reformas Estructurales: Hacia una Seguridad Social Universal" [1], dentro del ciclo de conferencias Finanzas Públicas: Las reformas estructurales, impartidas por el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (CIEP), en la Auditoría Superior de la Federación (ASF) como parte de su programa institucional de capacitación 2016.

Con este material, la ASF y el CIEP buscan contribuir a que la información se mantenga en línea, asequible a cualquier individuo, que sea entendible, técnica, y relevante en materia de economía y finanzas públicas, lo que servirá para conseguir una ciudadanía más informada. El objetivo del presente documento es guiar al lector en el entendimiento general del presupuesto y gasto en seguridad social en México, su entorno, así como aquellos componentes (leyes, documentos, variables, indicadores, etc.) que tienen incidencia en el Sistema Fiscal Mexicano. Al término del curso, el servidor público será capaz de identificar cómo se estructura el presupuesto en seguridad social (salud y pensiones, principalmente) y el análisis del mismo para valorar su impacto en la función fiscalizadora.

Este material fue elaborado por el CIEP, bajo el panorama económico y fiscal de los años 2015 y 2016. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no necesariamente coinciden con los puntos de vista de la ASF, del CIEP, ni de su directorio ejecutivo; tampoco implican juicio alguno por parte de estas instituciones sobre la condición jurídica de ninguno de los temas, ni la aprobación o aceptación de tales conceptos.

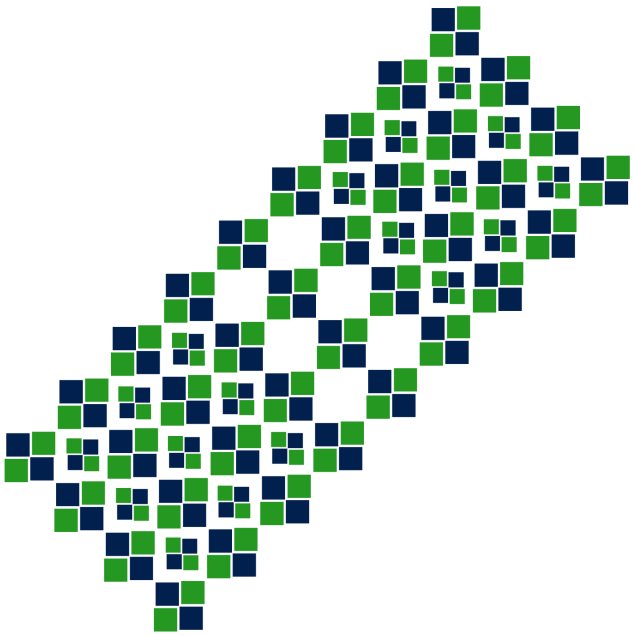
[1] Conferencia impartida por la Mtra. Alejandra Macías Sánchez, el 22 de febrero de 2016 en las instalaciones de la Auditoría Superior de la Federación.

1 Introducción



Las Reformas Estructurales: Hacia una Seguridad Universal es un documento que pretende motivar el estudio y entendimiento de la estructura que sigue el gasto destinado a salud y al pago de pensiones en el PEF; la evolución del sistema de seguridad mexicano en el tiempo; las leyes y reformas que rigen la operación del sistema de seguridad social y la sostenibilidad del mismo, entre otros aspectos. Lo anterior tiene como objetivo contribuir a la discusión sobre la situación actual de la seguridad social en nuestro país y vislumbrar cómo se podría transitar a un esquema de seguridad social universal, incluyendo salud y pensiones, principalmente, y su financiamiento. Para lograr el objetivo de este documento, se presenta en el segundo apartado la clasificación del gasto asignado a seguridad social por funciones, subfunciones, ramos y por objeto del gasto. Posteriormente, en el tercer capítulo se expone la evolución de la seguridad social en el país y su financiamiento desde su inicio a principios del siglo XX y hasta antes de las reformas estructurales propuestas por el ejecutivo en 2013 y 2014. El apartado 4 resume las propuestas de reformas a seguridad social universal y de salud universal. El capítulo cinco muestra un ejercicio de simulación dirigido a observar la sostenibilidad del gasto en salud en México si se aplica un cambio a la atención de la población diabética. Este capítulo incluye la metodología utilizada y los pasos para llevar a cabo un ejercicio de simulación en el Simulador Fiscal CIEP. Finalmente, en el último apartado se vierten las conclusiones principales.

2 Gasto en Seguridad Social



El PEF es el principal instrumento utilizado por el Gobierno Federal Mexicano para distribuir el ingreso a la poblaciónmediante programas con distintos objetivos como atender a la población indígena, reducir pobreza, proveer de educación y salud a la población, generar infraestructura, entre muchas otras. El PEF está organizado de distintas formas, una es por funciones, sub funciones, otra es por tipo de gasto, también es posible analizar el presupuesto por ramos administrativos y por componente. Dentro del PEF, el gasto en seguridad social se divide en dos: las funciones Salud y Protección Social. A continuación se describen estas dos funciones.

2.1 Función Salud

El presupuesto asignado a la función salud para 2016 es de 527,190,661.24 mdp, lo que representa al alrededor de 2.7 % del Producto Interno Bruto (PIB) del país, mientras que es 9.9 % del PEF 2016. Se abordará la función salud desde la clasificación por subfunción, administrativa y de objetos de gasto.

Clasificación por Subfunciones

La función salud se divide, a su vez, en 5 subfunciones:

a. Generación de recursos para la Salud. El presupuesto de esta subfunción se dirige principalmente a actividades administrativas, formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud y capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud, entre otros.

b. Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad. Esta subfunción cubre actividades relacionadas con prevención de las adicciones, prevención contra la obesidad, vigilancia epidemiológica mediante programas como Caravanas de la Salud y Comunidades saludables, entre otros más.

c. Prestación de Servicios de Salud a la Persona. Incluye, por ejemplo, atención a la salud, consulta, hospitalización y el Sistema Integral de Calidad en Salud.

d. Protección Social en Salud. La mayor parte del presupuesto de esta subfunción se asigna a Seguro Popular junto con el Seguro Médico Siglo XXI.

e. Rectoría del Sistema de Salud. Se refiere a Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ETS, Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud, Asistencia social y protección del paciente, entre muchas

acciones relacionadas. La distribución del presupuesto entre las subfunciones, en 2016, se presenta de la siguiente manera:

• 63 % del presupuesto de la función salud corresponde a la subfunción "Prestación de Servicios de Salud a la Personas";

• 29 % para "Protección Social en Salud";

• 4 % se dirige a "Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad";

• Finalmente, 2 % para "Generación de Recursos para la Salud" y "Rectoría del Sistema de Salud", cada una.

Clasificación administrativa

Desde otra forma de analizar el presupuesto, la función Salud, se distribuye administrativamente en 6 Ramos (ver cuadro 1), aquel con la mayor proporción de presupuesto es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con casi 46 %, mientras que la Secretaría de Salud obtiene 24 % y el ISSSTE 10 %. Las entidades federativas reciben a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cerca de 1 %.

Cuadro 2.1: Distribución del Presupuesto de la Función Salud por Ramos Administrativos, 2016

Función Salud por Ramo Administrativo	PEF 2016 (mmdp)	%
7. Defensa Nacional	$6,080.7	1.2 %
12. Salud	$127,454.2	24.2 %
13. Marina	$1,729.8	0.3 %
19. Aportaciones a Seguridad Social	$15,170.2	2.9 %
33. Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios	$82,446.0	15.6 %
50. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	$242,901.1	46.1 %
51. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	$51,408.7	9.8 %
Total Función Salud	**$527,190.7**	**100.0 %**

Fuente Elaborado por el CIEP con información **SHCP (2015)**.

Clasificación por objeto de gasto

El presupuesto se clasifica de acuerdo con el clasificador por objeto del gasto para la administración pública, a partir del 28 de diciembre de 2010, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF)DOF (2010). Esta clasificación se divide en nueve categorías de la siguiente manera:

a. Servicios Personales - Agrupa los recursos destinados al pago de remuneraciones al personal civil y militar que presta sus servicios en las dependencias y entidades. Incluye las prestaciones económicas, repercusiones por

concepto de seguridad social y de seguros de vida, contribuciones y demás asignaciones derivadas de compromisos laborales. También incluye las previsiones para cubrir incrementos en percepciones, prestaciones económicas, creación de plazas y demás medidas salariales y económicas que se aprueben en el Presupuesto de Egresos.

b. Materiales y suministros - Incluye las asignaciones que cubren la adquisición de insumos requeridos por las dependencias y entidades, para el desempeño de las actividades administrativas y productivas. Incluye materiales y útiles de administración y de enseñanza; productos alimenticios; herramientas, refacciones y accesorios; materiales para la producción y la construcción; materias primas, productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio; combustibles, lubricantes y aditivos; vestuario, uniformes y blancos; prendas de protección y, en general, todo tipo de bienes de consumo para la realización de los programas públicos.

c. Servicios generales – Se refiere a el presupuesto destinado a pagar todo tipo de servicios que contraten las dependencias, tales como: servicio postal, telegráfico, telefónico convencional y de telefonía celular, de energía eléctrica, agua, de telecomunicaciones, y conducción de señales analógicas y digitales; contrataciones integrales de servicios básicos; arrendamientos; servicios de consultoría, asesoría, informáticos, capacitación, estudios e investigaciones; servicios relacionados con monitoreo de información, certificaciones, procedimientos jurisdiccionales y traducciones; servicio comercial, bancario, financiero, contratación de servicios con terceros y gastos inherentes; mantenimiento y conservación de bienes muebles e inmuebles; y servicios de impresión, publicación, difusión, información y comunicación social, entre otros. En este capítulo se incluyen los gastos que realicen los servidores públicos por servicios oficiales y especiales para el desempeño de actividades vinculadas con las funciones públicas; los servicios integrales en pasajes y viáticos a nivel nacional o internacional y los gastos de servidores públicos de mando en el ejercicio de sus funciones.

d. Subsidios y Transferencias - Son los recursos que el Gobierno Federal destina en forma directa o indirecta, mediante el otorgamiento de subsidios aprobados en el Presupuesto de Egresos, a los sectores social y privado, a fideicomisos privados y estatales y a las entidades federativas como parte de la política económica de acuerdo con las estrategias y prioridades del desarrollo nacional. Asimismo, agrupa las asignaciones de los recursos federales de las dependencias por concepto de transferencias que reciben las entidades apoyadas y los órganos administrativos desconcentrados como ingresos destinados a cubrir parcial o totalmente los programas y actividades previstos en sus presupuestos.

e. Bienes Muebles e Inmuebles - Asignaciones destinadas a cubrir el costo de adquisición de toda clase de bienes muebles e inmuebles que las depen-

dencias y entidades contraten con personas físicas y morales del sector privado y social, o instituciones del propio sector público, para el desempeño de las actividades administrativas y productivas. Incluye el mobiliario y equipo propio para la administración; maquinaria y equipo de producción; las refacciones, accesorios y herramientas indispensables para el funcionamiento de los bienes, maquinaria o equipos; la adquisición de animales de trabajo y reproducción, y la adquisición de inmuebles incluidos los contratados mediante las diversas modalidades de financiamiento. Los bienes muebles e inmuebles comprendidos en este capítulo, incluido en su caso el costo de su instalación, deben formar parte de los activos fijos de las dependencias y entidades que los adquieran.

f. Obras Públicas - Son los recursos destinados a cubrir el costo de los servicios que las dependencias y entidades contraten con personas físicas o morales, necesarios para construir, instalar, ampliar, adecuar, remodelar, restaurar, conservar, mantener, modificar y demoler bienes inmuebles, así como el costo derivado de la realización de obras públicas por administración directa. Incluye todo tipo de adquisiciones de bienes y servicios relacionados con la obra pública, necesarios para su construcción, instalación, ampliación, rehabilitación, entre otros, así como las asignaciones para realizar estudios y proyectos de reinversión.

g. Inversión Financiera, Provisiones Económicas, Ayudas, Otras Erogaciones y Pensiones, Jubilaciones y Otras - Se refiere a la realización de actividades financieras que las dependencias y entidades llevan a cabo con fines de fomento productivo o de regulación crediticia y monetaria mediante la adquisición de toda clase de valores y la concesión de créditos en general. También agrupa las diversas erogaciones derivadas del cumplimiento de obligaciones del Estado para otorgar apoyos o ayudas extraordinarias a los sectores social y privado. Comprende el registro de las asignaciones para el pago a pensionistas y jubilados que cubren los institutos de seguridad social, conforme al régimen establecido por disposición legal, los pagos adicionales que por dichos conceptos realicen las entidades, conforme a compromisos contractuales o de ley, tales como: los pagos de sumas aseguradas y las prestaciones económicas distintas de pensiones y jubilaciones, entre otras. Asimismo, incluye las asignaciones correspondientes a aportaciones a fideicomisos públicos y mandatos públicos.

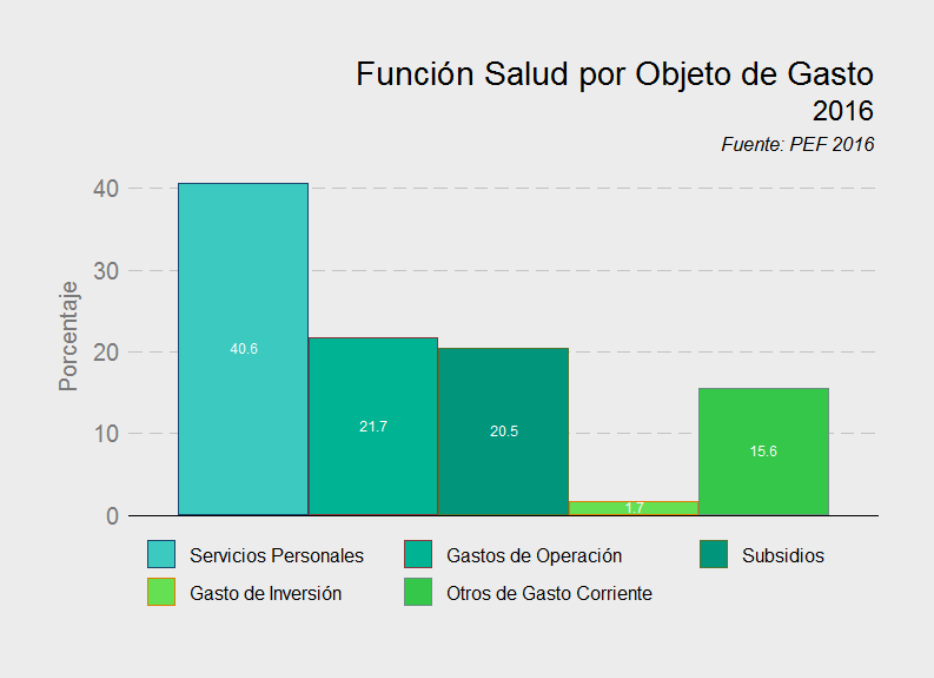
h. Participaciones de Ingresos, Aportaciones Federales, Aportaciones y Gasto Reasignado - Recursos federales previstos en el Presupuesto de Egresos para cubrir las participaciones en ingresos federales a las entidades federativas y sus municipios, así como las asignaciones destinadas a cubrir las aportaciones federales a favor de las entidades federativas y las aportaciones ordinarias y extraordinarias que deba cubrir la Federación, para el sostenimiento de los organismos del Sistema Nacional de Coordinación Fiscal, conforme a la Ley de Coordinación Fiscal. Incluye las asignaciones destinadas

a la ejecución de programas federales a través de las entidades federativas, mediante la reasignación de responsabilidades y recursos presupuestarios, en los términos de los convenios que celebre el Gobierno Federal con éstas.

i. Deuda Pública, Pasivo Circulante y Otros – Son las obligaciones del Gobierno Federal por concepto de su deuda pública interna y externa, derivada de la contratación de préstamos concertados a plazos, autorizados o ratificados por el Congreso de la Unión, así como los derivados de coberturas, proyectos de infraestructura de largo plazo y arrendamientos financieros especiales. Incluye los adeudos de ejercicios fiscales anteriores o pasivo circulante de las dependencias y órganos administrativos desconcentrados. Incluye los apoyos financieros del Gobierno Federal, destinados al saneamiento del sistema financiero nacional, así como a los ahorradores y deudores de la banca.

La figura 2.1 presenta la distribución del presupuesto de la función salud por objeto de gasto, agrupado en servicios personales (categoría a), gastos de operación (categorías b y c), subsidios (categoría d), gasto de inversión (categorías e y f) y, finalmente, otros de gasto corriente (categorías g,h,i). Se observa que 40 % se destina a servicios personales, mientras que 22 % son gastos de operación y 20 % son subsidios. El gasto de inversión representa solamente 2 % del presupuesto asignado a la función salud.

Fig 2.1: Función Salud por Objeto de Gasto



2.2 Función Protección Salud

El presupuesto que se destina a la función protección social es 1,198,942,903.258 mdp en 2016, lo que representa 6.2 % del PIB y 22.6 % del PEF. La función protección social se analiza, de igual manera que la función salud, desde la clasificación por subfuciones, administrativa y por objeto de gasto.

Clasificación por Subfunciones

La función protección social está compuesta por siete subfunciones que se describen a continuación:

a. Enfermedad e Incapacidad – incluye los recursos dirigidos a pagar las pensiones por causa de muerte, por invalidez y por riesgo de trabajo del IMSS e ISSSTE, así como subsidios y ayudas a los asegurados.

b. Edad avanzada – incluye el pago de pensiones de las distintas instancias: IMSS, ISSSTE, CFE, SEDENA, así como las pensiones de los trabajadores de instituciones desaparecidas como FERRONALES y Luz y Fuerza del Centro. También se refiere a recursos dirigidos a actividades administrativas relacionadas con el pago de pensiones.

c. Familia e Hijos – se refiere a actividades dirigidas a prestaciones sociales y servicios de guardería del IMSS e ISSSTE.

d. Apoyo Social para a Vivienda – son los gastos administrativos por operación de fondos y seguros.

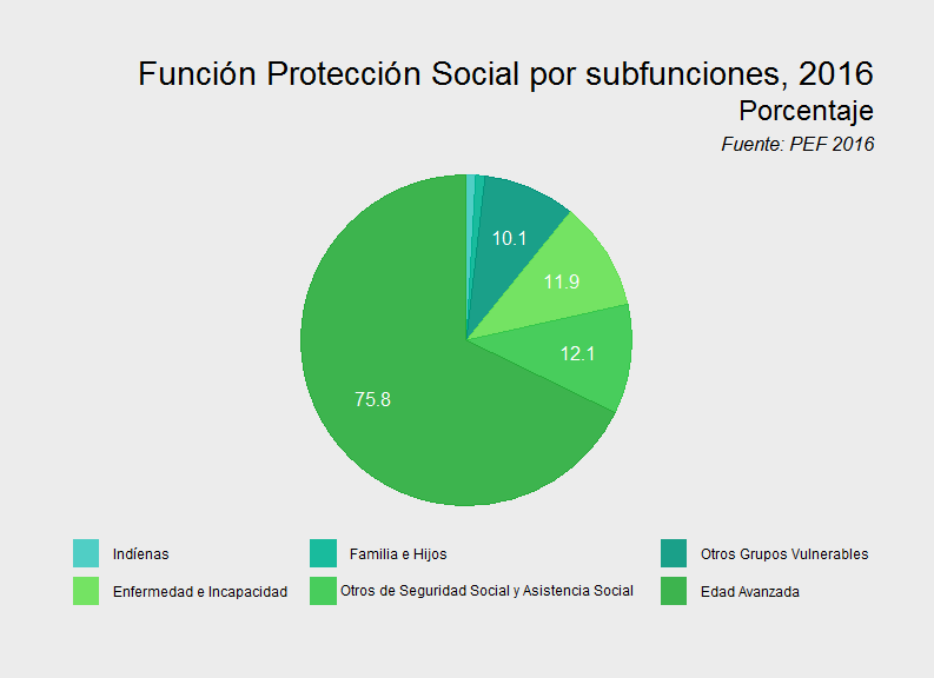
e. Indígenas – son los recursos que se destinan a programas exclusivos para población indígena: Programa de Apoyo a la Educación Indígena, Programa de Derechos Indígenas, Programa de Infraestructura Indígena y Programa para el Mejoramiento de la Producción y la Productividad Indígena. Además de las actividades administrativas propias de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDI) y planeación y evaluación de la acción pública hacia los pueblos indígenas.

f. Otros Grupos Vulnerables – subfunción que incluye programas dirigidos a otros sectores de la población considerados vulnerables como los jóvenes, discapacitados, madres solteras y personas en pobreza (Prospera, comedores comunitarios, estancias infantiles, etc).

g. Otros de Seguridad Social y Asistencia Social – son los recursos de gobierno dirigidos a otros gastos relacionados con prestaciones sociales y pago de pensiones como son los seguros de enfermedad y maternidad, de invalidez y vida, de salud para la familia y prestaciones del IMSS e ISSSTE.

La gráfica 2.2 muestra la distribución del presupuesto de la función protección social entre las distintas subfunciones de acuerdo al Presupuesto de Egresos Federal 2016. Se observa que las subfunciones Indígena y Familia e Hijos representan el uno por ciento cada una, Otros Grupos Vulnerables se lleva 10.1 %, Enfermedad e incapacidad 11.9 % y Otros de Seguridad Social 12.1, proporciones muy similares entre ellas. Sin embargo, la subfunción Edad Avanzada contempla casi 76 % de los recursos dirigidos a protección social, esto es la mayor parte del gasto en pensiones del país.

Fig 2.2: Función Protección Social por Subfunciones



Clasificación administrativa

Por otro lado, el presupuesto de la función protección social es administrado por nueve ramos. Destaca el ramo 19 "Aportaciones a la Seguridad Social", el cual cuenta con cerca de 45 % de los recursos asignados a la función en análisis. A través de este ramo, se hace el pago de pensiones de los trabajadores (Edad Avanzada) del IMSS, ISSSTE, CFE y entre otras. El IMSS y el ISSSTE absorben 25 % y 15 % del presupuesto de la función protección social, respectivamente.

Clasificación por objeto de gasto

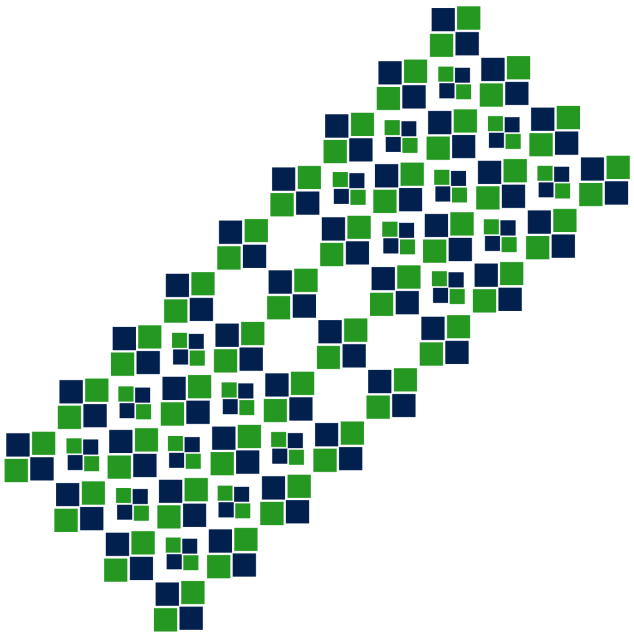
En cuanto al presupuesto por objeto de gasto de la función protección social, bajo la misma clasificación descrita anteriormente, se tiene que 94.3 % del presupuesto se destina al objeto de gasto "subsidios", en este caso se refiere a pago de pensiones, principalmente. El siguiente rubro con más presupuesto es "Servicios Personales" con 3.2 %.

Cuadro 2.2: Distribución del Presupuesto de la Función Protección Social por Ramos Administrativos, 2016

Función Protección Social por Ramo Administrativo	PEF 2016 (mmdp)	%
12. Salud	$2,364.0	0.2 %
19. Aportaciones a Seguridad Social	$538,516.6	44.9 %
20. Desarrollo Social	$106,827.4	8.9 %
23. Provisiones Salariales y Económicas	$18,935.8	1.6 %
33. Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios	$9,092.3	0.8 %
47.Entidades no Sectorizadas	$11,888.0	1.0 %
50. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	$300,462.9	25.1 %
51. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	$178,235.6	14.9 %
53. Comisión Federal de Electricidad (CFE)	$32,620.3	2.7 %
Total Función Protección Social	**$1,198,942.9**	**100.0 %**

Fuente Elaborado por el CIEP con información **SHCP (2015)**.

3 La Seguridad Social En México



Las reformas estructurales de 1995 para IMSS y de 2007 para ISSSTE fueron indispensables porque empiezaron a enfrentar presiones financieras por insuficiencia de recursos. Esta situación se debió (y continúa así) principalmente al cambio demográfico que enfrenta el país, así como a la transición epidemiológica.

3.1 Antecedentes legales y reformas

La seguridad social, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se refiere a contar con un ingreso básico que permita solventar situaciones que se desprendan del desempleo, enfermedad y accidente laboral, vejez y jubilación, invalidez y responsabilidades familiares. La OIT argumenta que "...Estas prestaciones no sólo son importantes para los trabajadores y sus familias, sino también para sus comunidades en general. Al proporcionar asistencia médica, seguridad de los medios de vida y servicios sociales, la seguridad social ayuda a la mejora de la productividad y contribuye a la dignidad y a la plena realización de los individuos..."[1].

Por tanto, la seguridad social comprende cuestiones de salud de los trabajadores y sus familias, así como la seguridad de recibir una pensión al final de sus vidas productivas que les permitan vivir dignamente la vejez, es decir, que sea posible cubrir sus necesidades básicas. Por otro lado, la seguridad social, también pretende tener impacto en la igualdad de género, cohesión social y estabilidad en un grupo de trabajo.

La OIT fue creada en 1919, así como su constitución en la que se establecen criterios mínimos sobre solidaridad social que se expanden en pocos años a todo el mundo. La creación de los sistemas de seguridad social se ha desarrollado, en gran medida, por los convenios y recomendaciones que la Organización hace a los países.

En México, se empezaron a tratar temas relacionados con la seguridad social en el Estado de México y en Nuevo León con la Ley de Accidentes de Trabajo en 1904 y 1906, respectivamente. En ella se reconocía la obligación de un patrón de atender a sus empleados por enfermedad, accidente o muerte a causa del trabajo realizado.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 ya habla sobre la seguridad social en su artículo 123. México fue pionero en el tema al mencionarlo constitucionalmente junto con la provisión de educación

[1] OIT (2016).

y vivienda, componentes principales para el bienestar de la población, en tiempos en los que los derechos sociales no era un tema importante en la agenda internacional.

En 1917 se crea el departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia Pública, las cuales posteriormente se fusionarían, sentando así las bases de las acciones en materia de salubridad. En cuanto a las pensiones, al inicio los trabajadores del sector público eran los únicos que recibían pensiones y éstas eran administradas por la Secretaría de Hacienda hasta 1922. En 1925 se expidió la Ley de Pensiones Civiles y se creó la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro. Esta Ley comprendía la protección de la salud, préstamos y pensiones por vejez, inhabilitación y muerte. También extendía su cobertura a trabajadores del sector público paraestatal como los ferrocarrileros, petroleros y electricistas, pero la cobertura en salud y medicinas seguía siendo deficiente.

En 1929 se reforma el artículo 123 de la Constitución Mexicana indicando la necesidad de crear una Ley de Seguridad Social, sin embargo, este cambio no sucedió sino hasta 1943 con la promulgación de la Ley y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la cual se convierte en la institución más importante en materia de salud y de seguridad social porque otorgaba los derechohabientes los siguientes beneficios: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez, vejez y muerte, así como cesantía involuntaria en edad avanzada. Estos seguros ya eran financiados mediante contribuciones tripartitas del trabajador, el empleador y el Estado.

La cobertura de la seguridad social se limitaba a empleados formales de empresas paraestatales, privadas o de administración social. Por tanto, se hicieron reformas graduales para incorporar a otro tipo de trabajadores que laboraban en el sector formal como empleados de instituciones de crédito (1955) y trabajadores campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares (1974, reforma al artículo 123 fracción XXIX de la Constitución Mexicana).

La Constitución Mexicana no consideraba originalmente en su artículo 123 a los trabajadores al servicio del Estado, por lo que en 1959, se añade un apartado que garantiza sus derechos laborales como la protección ante accidentes y enfermedades profesionales, jubilación, invalidez y muerte, incluyendo también el rubro de vivienda, entre otros. En este mismo año se promulgó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) mediante la cual se creó el ISSSTE. Asimismo, en 1972 se creó el Fondo de Vivienda (FOVISSSTE) y su Comisión Ejecutiva.

La ley del ISSSTE sufre modificaciones en 1983, entre las cuales se encuentran la ampliación de prestaciones como servicios funerarios, seguro de cesantía

en edad avanzada, servicios a jubilados y pensionados, aumenta la cobertura de beneficiarios incorporando a los hijos de los asegurados hasta los 25 años y a las madres solteras menores de 18 años. Esta reforma también incluyó mejoras administrativas. Posteriormente, el artículo 24 de esta Ley fue reformado para ampliar la cobertura de los servicios médicos a los esposos y concubinarios. Los trabajadores podrían continuar inscritos de manera voluntaria en el régimen obligatorio en caso de retiro antes de tiempo y además los estados y municipios podían incorporar a sus trabajadores a dicho régimen.

Adicionalmente al IMSS e ISSSTE, se crearon otros organismos que proveen de servicios de salud y/o prestaciones de seguridad social a grupos específicos de trabajadores como son el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) cuyos antecedentes se pueden encontrar en "La Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y la Armada Nacionales" promulgada en 1929; Petróleos Mexicanos (PEMEX) a través del contrato colectivo de trabajo celebrado en 1942; Luz y Fuerza del Centro (LFC) , la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y algunas universidades. Por su parte, los gobiernos estatales y municipales establecieron convenios con el ISSSTE o bien, cuentan con su propio instituto de seguridad social para la administración de las pensiones y jubilaciones[2].

De acuerdo con lo descrito, los trabajadores del sector formal son los que se beneficiaba de las prestaciones que tanto el IMSS, como el ISSSTE otorgaban, en materia de salud y pensiones. En la década de 1970 se esperaba que el crecimiento del país generara más empleo formal y así cubrir a la mayoría de la población, sin embargo, eso no sucedió, por el contrario, con la desaceleración del crecimiento económico, el desempleo aumentó, así como la economía informal. Por otro lado, aunque se hicieron reformas para incluir a los trabajadores rurales o autoempleados a la seguridad social, los beneficiaros del IMSS se concentran en zonas urbanas, principalmente por que la afiliación a esta institución es contributiva. Entonces, se tiene que los trabajadores del sector informal, los trabajadores rurales y autoempleados, entre otros, no tienen acceso a prestaciones de seguridad social (salud y pensiones). La población estimada de México ascendía a 121 millones de personas[3] en 2015, de las cuales 52.6 millones constituían la Población Económicamente Activa (PEA) y 50.3 millones se encontraban ocupadas de acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación Empleo (ENOE) del segundo trimestre de 2015. De igual manera, el INEGI, reporta que 57.8 % de las personas ocupadas, se encontraban laborando en el sector informal[4], lo que representaba alrededor de 29.1 millones de personas que no contaban con seguridad social, es decir, no reciben servicios de salud ni recibirán

2 http://archivos.diputados.gob.mx/Centros$_Estudio/Cesop/Comisiones/2_social.htm$

3 CONAPO (2015)

4 INEGI (2015)

pensiones, esta tendencia sigue en 2016.

De esta forma, la seguridad social en México careció desde sus inicios de la condición de universalidad, es decir, que no protegía a todos los ciudadanos. En cambio, se limitó a un enfoque ocupacional que apartó a México de los esquemas prevalecientes en los países de Europa Occidental.

Con la finalidad de atender a la población que no se encontraba afiliada al IMSS o ISSSTE, se crea la Secretaría de Salud, sin embargo, ésta se limitó a otorgar servicios de salud a la población en general, dejando fuera la parte de la seguridad social que incluye pensiones y prestaciones como guarderías o instalaciones deportivas, entre otras.

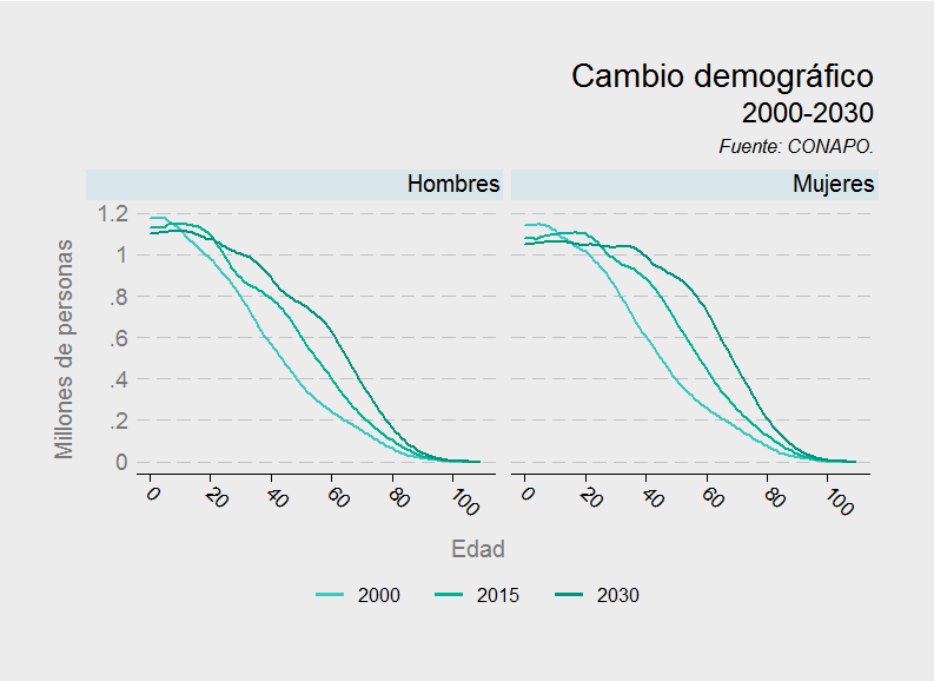
La existencia de distintas instituciones de seguridad social hace que no sea posible hablar de un solo sistema de seguridad social mexicano, ya que cada uno de ellos se rige por diferentes leyes y lineamientos. La unión de todos ellos bajo un mismo régimen es un tema que está pendiente desde el siglo pasado.

Como se ha mencionado, al hablar de seguridad social, se habla de atención a la salud y de recibir una pensión al final de la vida productiva de las personas. Las pensiones son una de las prestaciones que absorben más presupuesto del país. Al principio, las pensiones en México se regían bajo el sistema de reparto, el cual consiste en que las aportaciones o cotizaciones de los trabajadores activos financian las pensiones de los trabajadores retirados. Sin embargo, debido al cambio demográfico, este esquema se ha vuelto insostenible y por esta razón el IMSS y el ISSSTE han hecho reformas cuyo principal objetivo es transitar de un esquema de reparto a un esquema de cuentas individuales. La reforma del IMSS de 1995 estipuló la transición del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez al sistema de capitalización individual, pero el resto de los seguros administrados por el IMSS siguieron funcionando bajo sistema de reparto. A partir de esta reforma fue necesario crear las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) para el manejo de las cuentas individuales. Las aportaciones a este seguro siguen siendo de naturaleza tripartita (trabajador, patrón, Estado) y se establece la existencia de una pensión mínima garantizada por parte del Estado para aquellos trabajadores que no logren reunir los recursos suficientes. Sin embargo, dado que las pensiones son un esquema limitado a los trabajadores formales y dependen del ahorro individual, se debilita el principio de solidaridad en el que la sociedad vela por el bienestar de los menos favorecidos.

La reforma del IMSS de 1995, que entró en vigor en julio de 1997, sólo afectó a un seguro de esta institución, mientras que las demás entidades proveedoras de seguridad social y salud, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX, etc., no sufrieron modificaciones en su operación. Sin embargo, existe una creciente preocupación y presión a las finanzas públicas por permanecer en el sistema de

reparto ya que el número de trabajadores disminuye cuando, por la transición demográfica y el aumento de la esperanza de vida, el número de adultos mayores va a la alza, lo que significa más tiempo como jubilados. Las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que en 2015 existían 121 millones de mexicanos, mientras que en 2030 esta cifra aumenta a 134 millones, población que estará conformada por menos jóvenes y más personas en edad madura o vejez (ver figura 3.1). Adicionalmente, se tiene la transición epidemiológica que se refiere al aumento de las enfermedades crónico-degenerativas que requieren tratamientos más prolongados y costosos.

Fig 3.1: Cambio demográfico

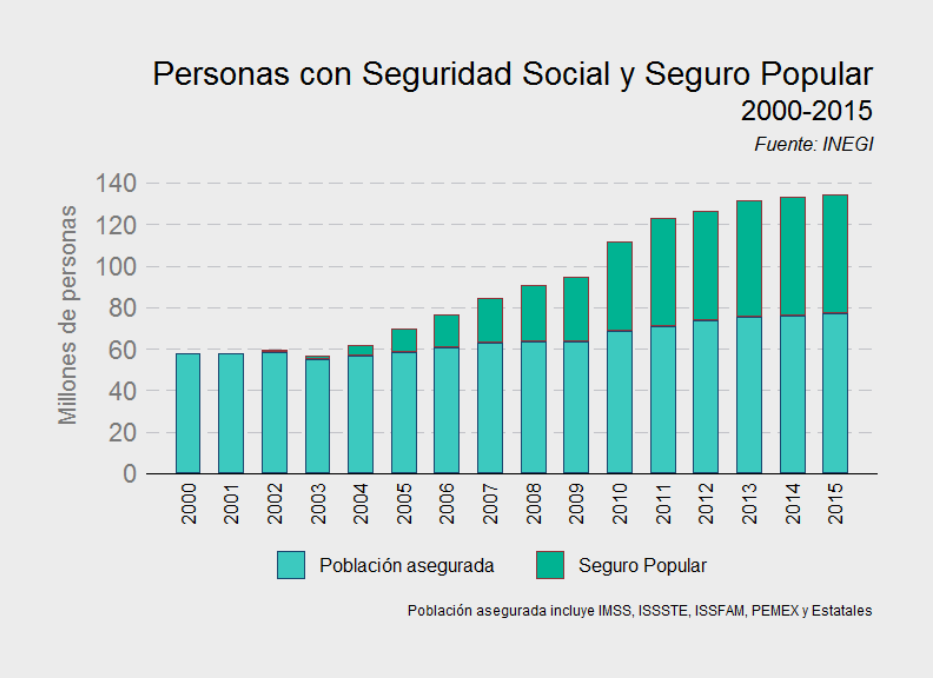


Con la finalidad de equiparar los beneficios que otorgaba el IMSS con aquellos del ISSSTE, en 2007 se lleva a cabo la reforma a la Ley de esta institución para pasar de 21 tipos de seguros a 4: de salud, de riesgo de trabajo, de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y de invalidez y vida. De igual manera, se transita de un esquema de beneficio definido o de reparto a uno de cuentas individuales administradas por el sector privado. Además, la edad para jubilarse y pensionarse va cambiando gradualmente con el tiempo, en 2008 la edad para jubilarse era 50 años los hombres y 48 años las mujeres, para 2035 estas edades cambian a 65 y 63 años, respectivamente.

En el caso del ISSSTE, la reforma de 2007 contempló la creación de un órgano público desconcentrado del Instituto que administrará las cuentas individuales de los trabajadores del Estado y las reservas que se constituyeran para

garantizar el debido y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contrae, derivadas del pago de beneficios y la prestación de servicios relativos a las pensiones, así fue que se creó el PENSIONISSSTE.

Fig 3.2: Personas con Seguridad Social y Seguro Popular

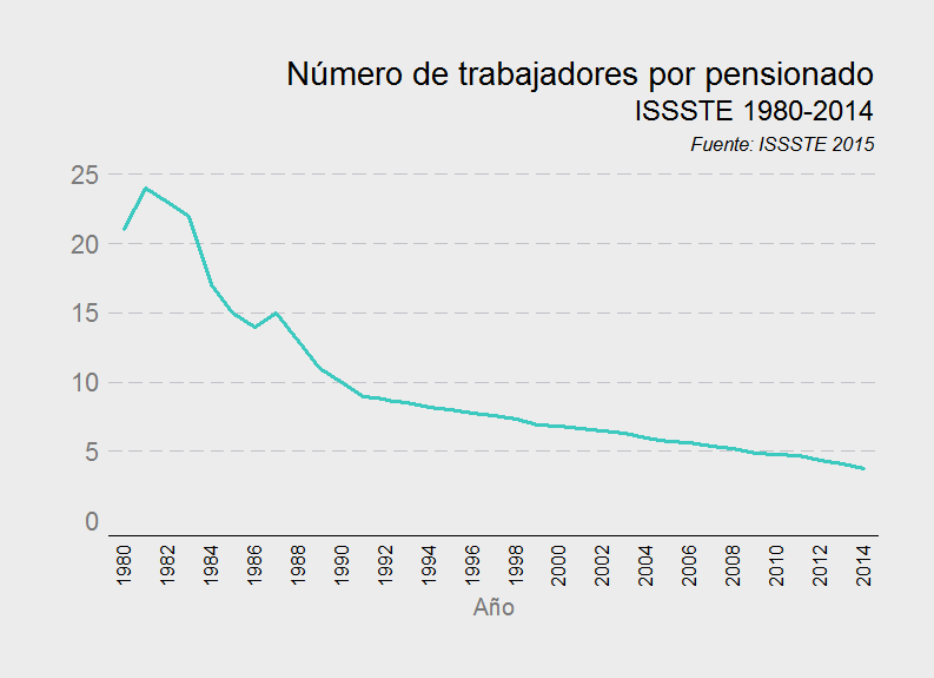


Por el lado del seguro de salud, se establece un nuevo modelo de gestión para la prestación de los servicios médicos que separa la función prestadora de los servicios de salud de la función financiera de servicios de salud del instituto. Se establece que el presupuesto se asignará de acuerdo con los resultados del personal que labora en las unidades médicas. En resumen, las reformas estructurales de ambas instituciones se hacen indispensables porque empiezan a enfrentar presiones financieras por insuficiencia de recursos. Esta situación se debió (y continúa así) principalmente al cambio demográfico que enfrenta el país, así como a la transición epidemiológica. Las reformas se centran en dos aspectos principalmente:

1. La sustitución de un sistema de pensiones basado en beneficio definido y la solidaridad intergeneracional, por otro, de aportación definitiva y cuentas individuales.

2. Sentar las bases para la creación de un sistema de salud público-privado que fija nuevas modalidades de financiamiento y abre las puertas a la inversión privada para generar y administrar servicios que prevé la seguridad social.

Fig 3.3: Número de trabajadores por pensionado



Otro hecho que contribuye a la presión en las finanzas públicas por pago de pensiones son la desaparición de empresas estatales como Ferrocarriles Nacionales de México (FERRONALES) y Luz y Fuerza del Centro (LFC) debido a que los derechos adquiridos por los trabajadores, principalmente las pensiones, las absorbe directamente el Gobierno Federal.

Se ha hablado de las reformas hechas en instituciones de seguridad social que proveen de salud, pensiones y otras prestaciones a los trabajadores formales, pero ¿Qué sucede con aquellos individuos que trabajan en el sector informal? El Gobierno Federal ha realizado diversas acciones para proveer de las condiciones de seguridad social a las personas que no cuentan con ella, por ejemplo, el Programa Seguro Popular creado en 2004, operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. El objetivo del Seguro Popular (SP) es otorgar servicios de salud a personas que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y no están afiliados a alguna institución de seguridad social. En 2015, el número de afiliados en el seguro popular era casi 60 millones de personas. Otra iniciativa del Gobierno Federal es el Seguro Médico Siglo XXI, el cual beneficia a niños menores de 5 años con el objetivo de asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación esté más capacitada, preparada y activa. Ambos programas tienen como objetivo sectorial avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Otra acción dirigida a otorgar una especie de pensión a aquellos adultos mayores que no la recibía por parte de las instituciones de seguridad social es el Programa "Pensión para Adultos Mayores", operado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el cual distribuye transferencias en efectivo de alrededor 1,100 pesos bimestralmente a personas mayores de 65 años. Su objetivo es "Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad de la población Adulta Mayor de 65 años en adelante que no recibe ingresos por concepto de pago de jubilación o pensión de tipo contributivo, mediante la entrega de apoyos económicos y de protección social."[5].

Por último, cabe mencionar que las prestaciones para el desempleo han estado ausentes del diseño de la seguridad social en México. El concepto más cercano fue el de cesantía involuntaria en edad avanzada que administran las instituciones de seguridad social y, posteriormente, la indemnización por despido establecida en la Ley Federal del Trabajo.

3.2 Financiamiento de la Seguridad Social en México

La seguridad social en México se financia con aportaciones tripartitas por parte del Gobierno Federal, el patrón y el trabajador; y con gasto privado (alrededor de 50 % del gasto total). Sin embargo, este documento se enfoca en el gasto público, es decir, aquel que el Gobierno Federal destina para proveer de los servicios de salud y pagar pensiones a la población.

En promedio, el presupuesto que el Gobierno Federal dirige a brindar atención médica a los mexicanos representa, en promedio, 2.63 % del PIB del 2000 a 2015, mientras que el gasto en pensiones es 1.6 % del PIB, en promedio, durante los mismos años. Pero, ¿estos montos son suficientes o adecuados? En primer lugar, si gran parte del gasto en salud del país es privado, ya indica que el gasto público no es suficiente, debido a que el Estado es responsable de proveer de servicios de salud a toda la población de acuerdo con lo establecido en La Constitución Mexicana en sus artículos 3 y 4. En segundo lugar, se compara, en la gráfica 6, el gasto público que países como Alemania y el Reino Unido destinan a la salud, así como el promedio del gasto público en salud de los países que componen la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Se eligen estos países como referencia porque tienen modelos de seguridad social opuestos: Alemania se rige bajo un modelo Bismark, adoptado en 1883, el que se distingue por no ofrecer protección universal, se financia por pagos complementarios, hay proveedores público y privados y no existen listas de espera, entre otras; Reino Unido tiene un modelo Beveridge con características como pretender

[5] Reglas de operación 2013 del programa "Pensión para Adultos Mayores"

proteger de manera universal, los servicios son patrimonio y gestión del Estado (financiamiento público), se concentra en atención primaria y existen listas de espera. México, por su parte, adopta un modelo mixto, es decir, toma elementos de los dos modelos. México adoptó un modelo segmentado que incorpora características de los modelos descritos, por ejemplo, existen diferentes instituciones públicas y privadas, proveedoras de los servicios médicos y pensiones; se financia con impuestos y con cuotas obrero-patronales y; no existe coordinación entre los sectores, se duplican actividades y cada Institución provee paquetes diferentes de salud, lo que hace que el uso de los recursos sea deficiente.

Se observa en la figura 3.4 [6] que el gasto de México en salud pública es muy bajo comparado con Alemania, Reino Unido e incluso con el promedio de gasto de los países de la OECD. El gasto público de Alemania se ubica entre el 10 % y 12 % de su PIB de 2000 a 2011, aunque la provisión de los servicios es pública y privada; Reino Unido destina a salud entre 5 % y 6 % de su PIB en el mismo periodo de tiempo; los países de la OCDE dirigen recursos a salud del orden de 7 % del PIB en promedio. En México, el gasto público en salud presenta estabilidad, es decir, no presenta aumentos importantes, pasa de 2.1 % del PIB en el año 2000 a 2.83 % en 2015, lo que es menos de la mitad de lo que gastan en este rubro los países de la OCDE. Además, se muestra en que en los últimos tres años el presupuesto para salud ha disminuido un par de décimas porcentuales, lo que da señales de pocos cambios en la política pública relacionada con la provisión de servicios médicos a la población.

En cuanto al financiamiento de las pensiones, comparando los mismos países, se tiene que Alemania dispone de más de 10 % de su PIB para asegurar la vejez de sus habitantes durante los 15 años que lleva recorridos el siglo XXI. Tanto Reino Unido como México se encuentran por debajo del gasto promedio de los países de la OCDE en pensiones, nivel que se ubica, en promedio, en 6.7 % del PIB de estos países. Sin embargo, el gasto mexicano en pensiones está muy por debajo del gasto británico, el cual es 5.4 % de su PIB en promedio de 2000 a 2015. Así, aunque México ha presupuestado cada vez más recursos para pago de pensiones, pasando 0.83 % en 2000 a 2.76 en 2015, éste es insuficiente para proveer de una pensión a los trabajadores formales (afiliados a una institución de seguridad social).

[6] OCDE (2016b,a)

Fig 3.4: Gasto en Salud como porcentaje del PIB

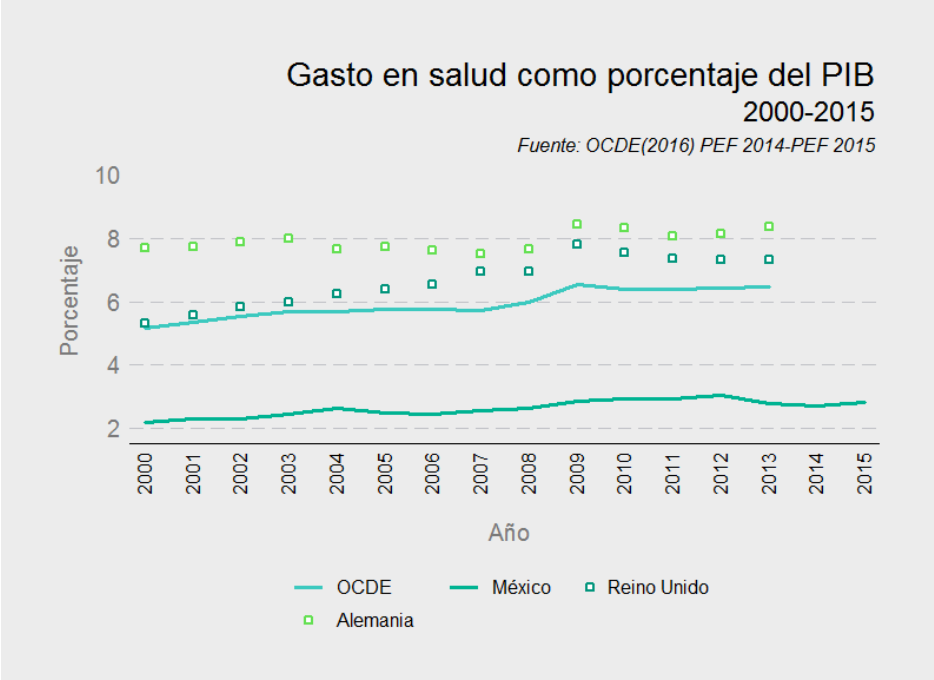
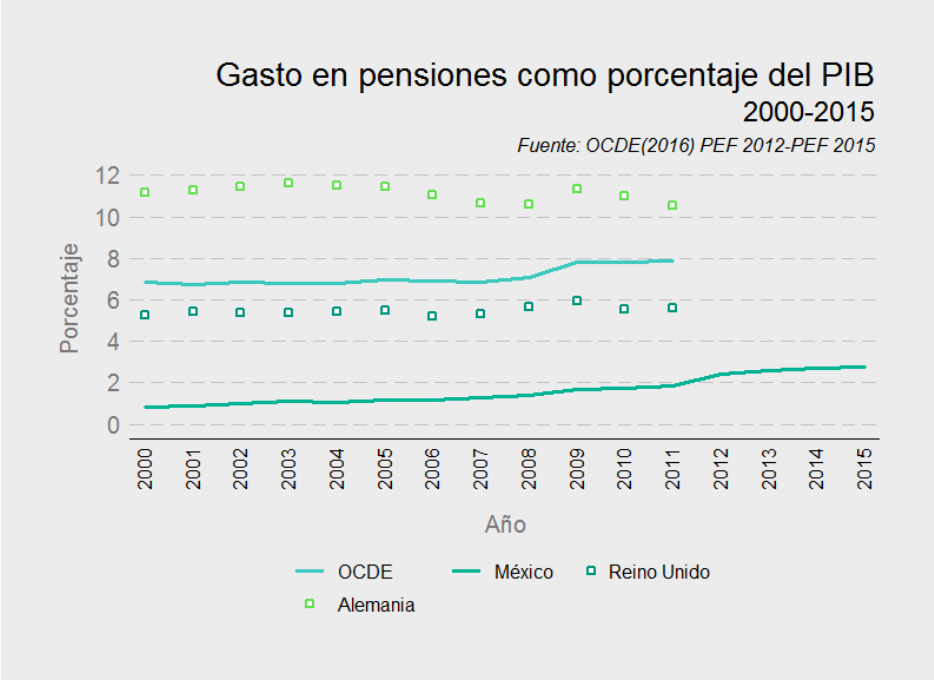
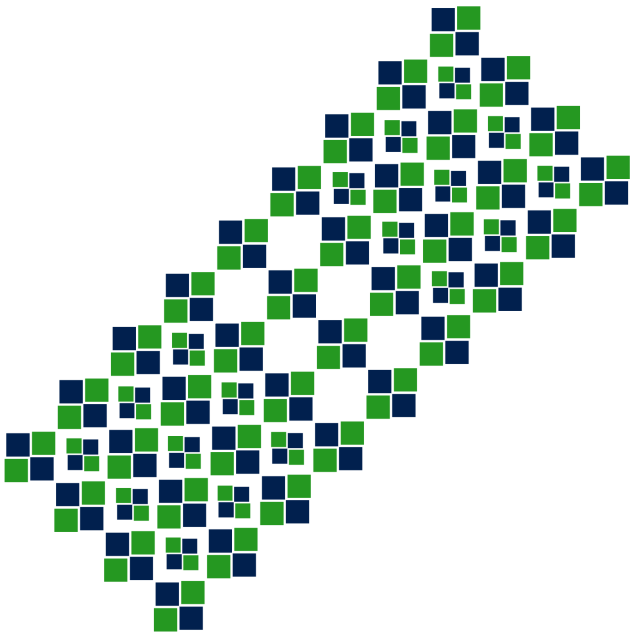


Fig 3.5: Gasto en Pensiones como porcentaje del PIB



4 Reformas a la Seguridad Social



El Ejecutivo Federal presentó la propuesta de Reforma Hacendaria y de Seguridad Social. La Reforma de Seguridad Social consistía en crear la Ley de Pensión Universal, la Ley de Seguro de Desempleo y llevar a cabo reformas a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

En 2013, el 8 de septiembre, El Poder Ejecutivo Federal presentó la propuesta de Reforma Hacendaria y de Seguridad Social[1]. La Reforma de seguridad Social consistía en crear la Ley de Pensión Universal, la Ley de Seguro de Desempleo, y llevar a cabo reformas a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. La creación de estas leyes y reformas conllevaban cambios en las Leyes del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
La idea principal era elaborar y aplicar políticas encaminadas a asegurar que todas las personas dispongan de una protección económica y social suficiente en la vejez, asegurando la igualdad entre géneros y la integridad, sostenibilidad, solvencia y transparencia de los planes de pensiones. En ese sentido, se requiere de un sistema de seguridad social universal con un financiamiento sólido, que busque la seguridad económica de los hogares ante eventos como el desempleo, la enfermedad, la invalidez o la vejez.

4.1 Ley de Pensión Universal

El objetivo de la ley propuesta de Pensión Universal era garantizar una pensión mínima a adultos mayores que no tienen acceso a la seguridad social. De acuerdo con datos del CONEVAL, en 2012, 61.2 % de los mexicanos carecen de acceso a la seguridad social, mientras que 66.3 % de las personas mayores de 65 años nunca han cotizado al sistema de seguridad social. Este panorama se agravará con el tiempo por dos factores principales: la informalidad del mercado de trabajo, el cual comprende a 58.7 % de la PEA y el hecho de que la población envejece con el tiempo (menos jóvenes, más adultos mayores). Además, 45.8 % de los adultos mayores de 65 años se encuentra en situación de pobreza.

La pensión universal consistía en atender a todos aquellos adultos mayores que no cuenten con una pensión de carácter contributivo y que signifique un piso mínimo de bienestar y protección ante eventos que pueden aumentar su pobreza. En otras palabras, atendería a todos los mexicanos sin una pensión y /o que no tienen ingresos mayores a 15 salarios mínimos, incluyendo a cotizantes del IMSS o ISSTE que cumplan con esta característica. Esta pensión debía cumplir con seis criterios:

[1] de diputados (2013)

1. Universalidad – está dirigida a todos los mexicanos, favoreciendo así el combate de la pobreza y la eficacia en los gastos administrativos del Estado.

2. Equilibrio financiero – debía ser un esquema con estrategias de mediano y largo plazo que permitiera distribuir eficientemente en el tiempo la carga sobre las finanzas públicas.

3. Elementos para incentivar el ahorro a largo plazo – por medio de esquemas solidarios con participación del Gobierno Federal.

4. Monto de la Pensión Universal – se propuso el monto de 1,092 pesos mensuales, el cual se actualizaría anualmente de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Este monto corresponde a la Línea de Bienestar Mínimo del mes de julio de 2013.

5. Flexibilidad – El requisito de edad se estableció en 65 años, pero se revisaría cada 5 años debido a los cambios que hay en la esperanza de vida de la población.

6. Individualización de los beneficios – El Gobierno Federal aportaría a un fondo financiero recursos presupuestales que serían individualizados a favor de cada mexicano, estableciendo mecanismos para fomentar el ahorro complementario.

4.2 Ley de Seguro de Desempleo

En México no se ha tenido una política para enfrentar el desempleo. Existen varias razones para proponer un seguro de desempleo, por ejemplo, proteger a los desempleados en su transición hacia un nuevo empleo, en especial a aquellos que registren contribuciones en el sistema y que se esfuerzan en la búsqueda de un nuevo empleo. También, pretenden prevenir situación de pobreza por desempleo y así asegurar que no se reduzca el gasto de consumo para tener estabilidad macroeconómica.

En México, el desempleo afecta a un segmento importante de trabajadores, principalmente a la población formal de menores ingresos que tiene alta alternancia entre empleo formal e informal. Existe un apoyo al desempleo que consiste en el retiro de una parte del saldo de la cuenta individual, pero no ofrece una protección real y mengua el ahorro para el retiro.

Por tanto, la Ley de Seguro de Desempleo consistía en atender a los trabajadores formales que cotizaran al menos 24 meses dentro de los últimos

36 meses. Se crearía una subcuenta bajo la denominación "mixta" donde se recibirían aportaciones patronales del orden del 2 % del salario base de cotización. Dichos recursos, más los rendimientos que se generaran, se utilizarían para financiar el seguro de desempleo, una vivienda o una pensión. Adicionalmente se tendría un fondo solidario con un esquema progresivo donde se depositaría 1 % de aportación patronal como apoyo para pagar el seguro. El seguro de desempleo tendría una duración máxima de 6 meses, durante los cuales, el primer pago mensual correspondería a 60 % del salario de cotización, el segundo pago de 50 % y los 4 meses restante de 40 %. En caso de que los recursos de la subcuenta mixta y el fondo solidario no fueran suficientes para cubrir el seguro de desempleo, el Gobierno Federal lo complementaría.

Con el seguro de desempleo se esperaba crear un poderoso incentivo para que los trabajadores se volvieran formales. Además, los recursos de la subcuenta mixta contarían con los atractivos rendimientos que ofrecen las AFORES y, de no ser utilizados estos recursos, servirían como complemento para una mejor pensión. Un seguro de desempleo homologa a México con las mejores prácticas internacionales y permitiría formar una red integral de protección social.

4.3 Reformas a la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)

El Sistema de Ahorro para el Retiro [2] fue creado en 1997 con la finalidad de establecer un sistema de cuentas individuales para que los trabajadores ahorren durante su vida productiva para su retiro. Durante los 19 años de su operación, el SAR da lugar a un sistema de pensiones financieramente sostenible, que ofrece altos rendimientos para todos los ahorradores comparados con los que ofrecen otros instrumentos de ahorro. Es un sistema financiero robusto que financia actividades productivas y proyectos de desarrollo para producir así empleos y crecimiento económico. Además, las cuentas individuales de los trabajadores significan un nivel de ahorro en el país sin precedente, lo que contribuye a la estabilidad económica y a la profundidad del mercado financiero.

No obstante lo anterior, el SAR sigue enfrentando retos que deben ser atendidos con modificaciones en la Ley del SAR. Por tanto, se propusieron reformas que tienen como objetivo mejorar las tasas de reemplazo [3] de las

[2] DOF (2015c)

[3] Es la medida de referencia de la relación entre el nivel de la pensión y el nivel de ingresos (salario promedio del último año, por ejemplo). Es decir, es el porcentaje que representa la pensión sobre el ingreso percibido por el trabajador.

pensiones de los trabajadores por medio de disminuciones, aún mayores, de las comisiones y aumento de los rendimientos que las AFORES cobran y pagan a los trabajadores. Adicionalmente, generar sana competencia en el sistema, mejorar el servicio que se brinda a los trabajadores acompañado por más y mejor información a los cuentahabientes para que estén en capacidad de tomar mejores decisiones sobre su ahorro. La tasa de reemplazo que se recomienda tener a nivel internacional es entre 50 y 70 % del salario. Actualmente, la tasa de reemplazo en México se encuentra entre 32 y 66 %, donde las tasas más altas corresponden a los salarios más bajos, sin embargo, éstos son tan bajos que no representan una pensión suficiente.

Por tanto, las propuestas más importantes de reforma a la estructura actual del SAR fueron las siguientes:

1. Cambios al esquema de comisiones – Cada afore seguirá cobrando una única comisión integrada por un componente (%) sobre el saldo administrado autorizado por la junta de gobierno (JdG) cada año para garantizar una tendencia decreciente y un componente calculado sobre el desempeño en la administración de los fondos (metodología aprobada por la JdG). Si lo anterior no sucede, la AFORE debería cobrar la comisión más baja del mercado, en vez de la comisión promedio como se hace ahora. Así, se producen incentivos para que la comisión siga disminuyendo.

2. Adopción de un nuevo modelos de traspasos – Debido a que la mitad de los traspasos de las cuentas lo hacen a Afores que les dan menores rendimientos, se sugiere establecer como condición que los traspasos de cuentas no se pueden realizar antes de un año, a menos que los rendimientos en la nueva AFORE sean mayores. Además se establecerá el derecho al traspaso cada 2 años. Con estas medidas se pretende que los traspasos sean decisiones mejor informadas; que disminuyan los incentivos de las afores a incrementar su gasto comercial para que sus costos totales caigan y, en consecuencia, las comisiones también bajen para fomentar que las tasas de reemplazo de las pensiones sean mayores.

3. Incentivos al ahorro Voluntario – El ahorro voluntario representaba el 0.6 % del total de los recursos administrados por las AFORE en 2013 debido a que no hay incentivos para que los trabajadores de ingresos medios y bajos ahorren. Es necesario que los trabajadores ahorren más para que sus tasas de retorno aumenten. Por tanto, la propuesta era generar un esquema de incentivos donde el gobierno aportara, por cada peso ahorrado

voluntariamente por el trabajador, 20 centavos hasta un tope máximo de 300 pesos al mes; se dejaría abierta la posibilidad de incrementar el monto de estímulo y se haría promoción sobre el ahorro voluntario en diversos medios de comunicación.

4. Fortalecimiento del gobierno corporativo de las AFORE – Las responsabilidades de las AFORES son difusas y no están bien definidas. Adicionalmente, las reglas para la integración del Consejo de Administración no minimizan la posibilidad de conflictos de interés. La propuesta de reforma en este aspecto incluía reforzar los requisitos de consejeros independientes quienes deberán estar presentes en las sesiones de las Direcciones Generales y Consejos de las AFORES. También se crearían los Comités de Auditoría y de Prácticas Societarias como mecanismos internos de control y se reforzarían los Comités de Inversión y Riesgos. Con ello, se implementarían prácticas reconocidas en gran parte del sistema financiero de México y el mundo; se establecería una mejor estructura corporativa en la gestión de recursos, toma de decisiones y control de riesgos, acordes con un administrador de pensiones; y se establecerían reglas que minimizaran los conflictos de interés en la toma de decisiones de las afores para proteger los recursos de los trabajadores.

5. Facilidades para la designación de beneficiarios – Al fallecer los trabajadores, dado que la designación de beneficiarios no es clara, ellos enfrentan dificultades para efectuar los trámites correspondientes. Los juicios de reconocimiento de beneficiarios pueden durar de 1 mes a 3 años y su costo es alrededor de 40 % del monto por recuperar. Las reformas en este aspecto proponían permitir al trabajador designar a sus beneficiarios en caso de fallecimiento; facilitar y dar certeza a la designación y retiro de recursos por parte de los beneficiarios e incluir en la base de datos del SAR la información individual de los beneficiarios, la cual puede ser modificada por el trabajador en cualquier momento.

6. Mayor diversificación del Régimen de Inversión – debido a la ley que prevalece, el financiamiento de algunos proyectos productivos no está permitido o está limitado, lo que resulta en un rezago del régimen de inversiones comparado con la evaluación de los mercados financieros. Es así que se proponía permitir a las AFORES financiar proyectos productivos a través de ofertas privadas (negociaciones directas con empresas); facultar a la CONSAR para emitir reglas prudenciales respecto a la inversión en ofertas privadas; y ampliar las facultades del Comité de Análisis y Riesgos (CAR) para emitir criterios para la

gestión de riesgos financieros. Con lo anterior, se profundizaría la diversificación de las inversiones, se financiarían más proyectos productivos con la ampliación del universo de empresas elegibles para financiamiento, y se mejorarían las condiciones para alcanzar más rendimientos y más liquidez del mercado.

7. Mayor promoción y difusión del ahorro para el retiro – El conocimiento sobre el SAR es muy bajo, así como el nivel de la educación financiera de la población mexicana. En general, los individuos valoramos más el presente que el futuro y es por eso que no ahorramos y atendemos nuestras necesidades ahora, pero ¿quién financiará nuestra vejez?. Se requiere que los trabajadores se involucren más en el SAR. Para esto, se proponía ampliar el espectro de actividades de información, difusión y promoción que realizan las afores; se integrarían programas de educación financiera para los trabajadores y generarían informes previsionales anuales con la finalidad de que la información enviada al trabajador sea de calidad. Con estas adecuaciones la CONSAR contaría con más herramientas para poder coordinar los esfuerzos de educación financiera respecto al SAR y los trabajadores contarían con más y mejor información para elegir su AFORE y saber cuánto debería ahorrar adicionalmente para tener una mejor pensión.

8. Mejor atención y servicio para los trabajadores – Actualmente, la CONSAR carece de facultades para solucionar problemas relacionados con cuentas individuales de los trabajadores, es decir, no puede intervenir en los problemas que los trabajadores tengan con las AFORES, lo que deriva en que éstas den soluciones lentas o sub-óptimas. Por tanto, los cambios incluirían que la CONSAR dictara medidas específicas para la solución de conflictos y establecer el deber de las AFORES de atender y orientar a los trabajadores para resolver sus consultas y solicitudes.

La Ley de Seguridad Social no incluía propuestas de reforma para el sistema de salud universal. En 2014 se habló e incluso se presentó en un acto del Senado, una propuesta de reforma constitucional para dar paso a la universalidad de los servicios médicos, la cual no sólo buscaba más cobertura, sino la creación de una entidad fiscalizadora de la calidad de los servicios. En grandes rezagos, la propuesta consistía en reformar el artículo cuarto de la Constitución para crear el Sistema Nacional de Salud Universal que garantizara el acceso efectivo y con calidad a toda la población, independientemente de su condición social o estatus laboral, a los servicios de salud, ya sea federales o estatales. La reforma definiría las intervenciones de salud que estarán sujetas a condiciones precisas para el acceso a servicios, incluyendo estándares de calidad y tiempos máximos de espera; homologará capacidad de respuesta de las instituciones, los protocolos de atención y las tarifas para

aplicar de forma sectorial las garantías explícitas [4]. Esta reforma implicaría cambios en las leyes del IMSS[5], ISSSTE[6], General de Salud [7], entre otras. La propuesta sería entregada en el periodo de sesiones ordinarias de septiembre a diciembre de 2014.

4.4 Reforma a la Seguridad Social y de Salud Universal sigue pendiente

Se han explicado las propuestas de reforma que el Gobierno Federal ha propuesto o velado desde 2013. Sin embargo, gran parte de las propuestas no han sido aprobadas y, por tanto, no han sido implementadas.

La Ley de Seguridad Social fue aprobada por la cámara de diputados, pero sigue esperando su turno en la Cámara de Senadores. Aunque en el Presupuesto de Egresos sí aparecieron como Programas Presupuestarios, tanto la Pensión Universal como el seguro de desempleo, para el PEF 2015 éstos desaparecieron. En 2014, el Ramo que operó los recursos de la pensión universal fue la SEDESOL por medio del programa "Pensión para adultos Mayores" aumentando su presupuesto en 56 %; en 2015, este presupuesto se mantuvo para seguir otorgando este beneficio a los adultos mayores, pero no dentro de la Ley de Pensión Universal propuesta. El seguro de desempleo no se ha puesto en marcha, mientras que los cambios a la Ley del SAR publicados en el DOF el 10 de enero de 2014 se refieren a adecuaciones de índole administrativa (estímulos económicos de los funcionarios, por ejemplo) dentro de la CONSAR. Además se establecen sanciones sobre proceso y procedimientos o acuerdos dentro de las AFORES. Algunas multas se refieren a la entrega de los recursos a los beneficiarios o a la publicidad que deben hacer la AFORES, pero no estipula modificaciones en el tenor de las propuestas que se plantearon en 2013.

Un cambio que es pertinente mencionar es el que se llevó a cabo a finales de 2015 relacionado con el PENSIONISSSTE, el cual fue desvinculado del ISSSTE. El PENSIONISSSTE era un órgano desconcentrado encargado de administrar e invertir los recursos de las cuentas individuales de retiro de los trabajadores del Estado que tiene a su cargo. Este órgano se caracterizaba por cobrar la comisión más baja y pagar rendimientos altos debido a que después del remanente operativo , se reinvierte en las cuentas individuales. Después de la reforma, el PENSIONISSSTE se trasforma en una empresa de participación

.....

[4] http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/04/26/955924view-1

[5] DOF (2015b)

[6] DOF (2015a)

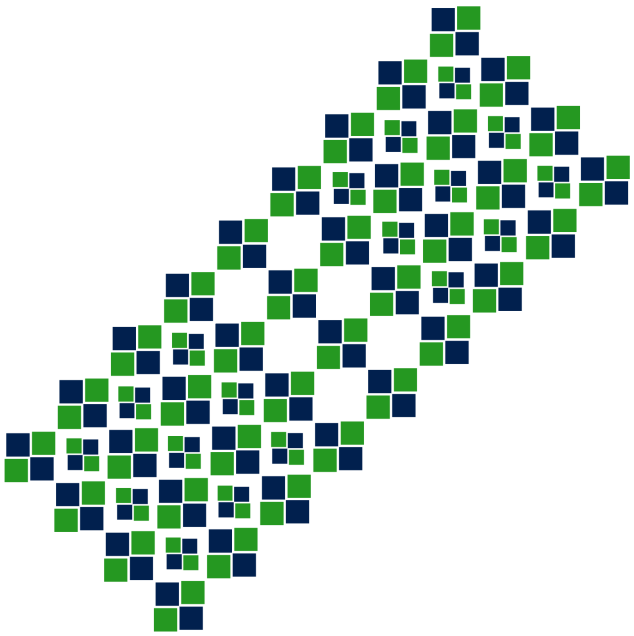
[7] DOF (2015d)

estatal mayoritaria contando con personalidad jurídica, patrimonio propio, autonomía técnica y de gestión. La reforma descrita entra en vigor a partir del 1 de julio de 2016.

Otro evento que tiene efecto en el gasto en pensiones del Gobierno Federal es la Reforma Energética, ya que dentro de sus objetivos se encuentra el de que PEMEX sea una empresa competitiva, para ello el gobierno mexicano tuvo que absorber parte importante de su pasivo, incluyendo el pago de pensiones. En 2014, los recursos del programa presupuestario destinado al pago de las Aportaciones Estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez aumentaron el doble. Esto es, el presupuesto destinado al pago complementario por parte del Gobierno Federal a las cuentas individuales creció mucho, comparado con el año anterior, debido a la Reforma Energética, ya que los trabajadores de PEMEX pasaron a un régimen de cuentas individuales y las cuotas que pagaría el gobierno debían ser consideradas.

En cuanto al tema de salud, a inicios de 2015 se anunció que la Ley de Salud Universal no era viable, principalmente por el recorte presupuestal sufrido durante este año y posteriormente. Aun así, se hicieron pequeños cambios en la Ley General de Salud, en la Ley del Seguro Social y en la Ley del ISSSTE dirigidos a atender a la población independientemente de su afiliación estableciendo convenios con instituciones privadas y públicas, federales o estatales, bajo una lógica de reembolsos. Esto será posible siempre que el IMSS o el ISSSTE cuenten con capacidad física y financiera. Asimismo, las instituciones de salud mencionadas deberán proveer de atención médica a mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. Estas reformas apuntan a una atención universal, pero no queda claro cómo operará en realidad.

5 Sostenibilidad de largo plazo



Dado que ni la Reforma a la Seguridad Social, ni la Reforma de Salud Universal se llevaron a cabo, es difícil realizar un ejercicio de sostenibilidad a largo plazo. No hay reglas ni jugadores establecidos claramente. No obstante, en el Simulador Fiscal desarrollado por el CIEP existe el módulo de salud, el cual está modelado bajo la perspectiva de enfermedades, es decir, se trata de explicar el gasto federal en salud a partir de la incidencia en las enfermedades con más probabilidad de ocurrencia, que son crónicas y que probablemente son más costosas. Hasta el momento se encuentran modeladas en el simulador tres enfermedades: Diabetes, Hipertensión y Depresión, enfermedades que se presentan con gran frecuencia en la población adulta (20 años o más) y que son atendidas en las instituciones de salud pública. Se eligieron estas enfermedades porque se encontró información de las mismas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), levantada en 2012. Se cuenta con información sobre el diagnóstico de las enfermedades, si reciben tratamiento para las mismas, de qué instituciones, así como características individuales y socioeconómicas de los individuos.

5.1 Metodología

Con base, principalmente, en Glassman and Zoloa (2014) se define el gasto en salud de la siguiente manera:

$$\text{Gasto}_t^e = \sum_f^F \sum_i^N P_i^f\left(x_i^e\ \beta_{t0}^f\right) * P_i^{Tf}\left(T_i^e\ \delta_{t0}^f\right) * CE_{t0}^f$$

Donde la primera parte de la ecuación es la probabilidad de que el individuo i contraiga la enfermedad f, la cual depende de las características del individuo y los coeficientes obtenidos a través de un modelo probit en el tiempo "0"; la segunda parte de la ecuación es la probabilidad de que un individuo i con la enfermedad f sea tratado; y la tercera parte de la ecuación se refiere al costo promedio del tratamiento en tiempo "0".

Por tanto, el gasto en salud es la sumatoria del costo de las enfermedades multiplicado por la probabilidad de que un individuo se enferme y sea tratado en un escenario específico (e) y tiempo específico (t).

La probabilidad de enfermarse de cierta enfermedad y de ser tratado se estimarán por edades y sexo, así será posible obtener estas mismas probabilidades para los años subsecuentes con base en las proyecciones demográficas de CONAPO.

Las probabilidades de enfermedad y tratamiento se estimarán por medio de modelos de regresión probit de los cuales es posible obtener los coeficientes que explican la ocurrencia de un evento a partir de características del individuo y del entorno.

$$\text{Enfermarse}_{i,f} = \alpha_{i,f} + \beta_{i,f} x_i + \varepsilon$$

$$\text{Tratamiento}_{i,Tf} = \gamma_{i,Tf} + \delta_{i,Tf} T_i + \varepsilon$$

Por tanto, contraer o no la enfermedad f dependerá de distintas características del individuo y el entorno (Xi) como la edad, sexo, estado civil, si el individuo es indígena, factores de riesgo como fumar o tomar, la región en la que reside, la presencia de otras enfermedades, institución de salud que provee servicios médicos, entre otras.

Asimismo, recibir tratamiento para curar la enfermedad f depende de características del individuo y del tratamiento (Ti) tales como edad, ingreso del individuo, educación, institución proveedora de servicios médicos, entre otras.

La información sobre costos proviene de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, el cual es un ejercicio que elabora el IMSS agrupando a pacientes similares y llevando un registro de los costos desde la consulta inicial, los medicamentos y los materiales utilizados. Los costos de las demás instituciones no se encuentran disponibles al público y es por eso que, por el momento, el simulador toma como costo único para los servicios de salud el reportado por el Instituto de Seguridad Social. Adicionalmente a la metodología descrita, considerada como un modelaje de microsimulación porque permitirá simular los efectos de una política en una muestra de agentes como individuos, hogares, empresas, entre otras, se incorpora la metodología de cuentas generacionales para medir las cargas fiscales que enfrenta toda la población ahora y en un futuro. Es decir, considera cuánto está dispuesto a pagar en impuestos cada generación adulta por el resto de su vida, lo resta de la brecha fiscal y obtiene la cantidad que los niños del presente y del futuro deben pagar para solucionar el déficit fiscal si los adultos no pagan más. Con ambas metodologías es posible estimar la sostenibilidad del gasto en salud en el largo plazo, bajo ciertos supuestos. Con esta metodología ha sido posible modelar el 18 % del gasto en salud medido éste como el presupuesto asignado a la Función Salud del PEF 2015.

Entonces, el objetivo de este capítulo será hacer un ejercicio con el Simulador Fiscal[1] construido con la metodología expuesta para observar qué tan

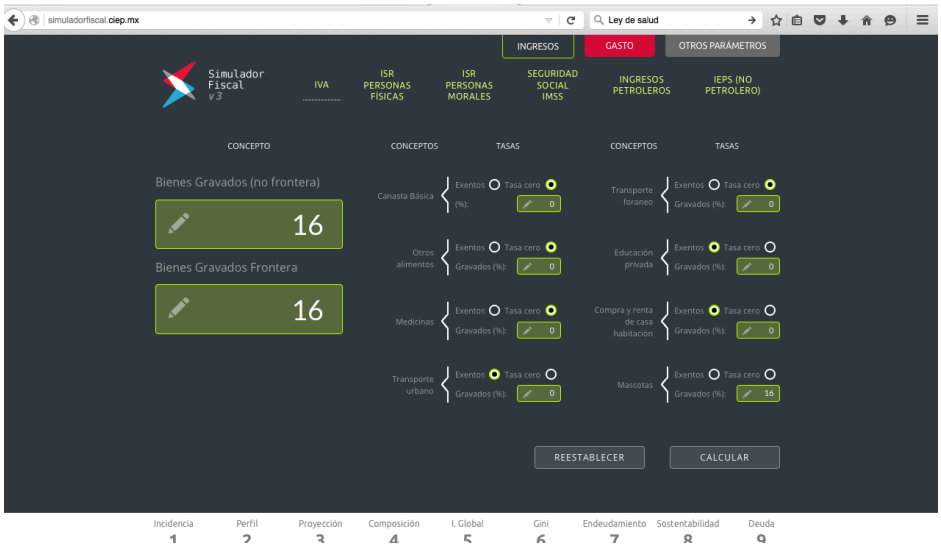
[1] CIEP (2016)

sostenible es el gasto en salud, suponiendo que el sistema de salud atiende a toda la población diagnosticada con diabetes bajo un mismo costo de atención, incorporando la dinámica poblacional.

5.2 Ejercicio de Simulación: sostenibilidad del gasto en salud si se atiende al 100 % de los enfermos diagnosticados con diabetes

Paso 1. Entrar al Simulador Fiscal, en específico a la sección de gasto.

Fig 5.1: Paso 1

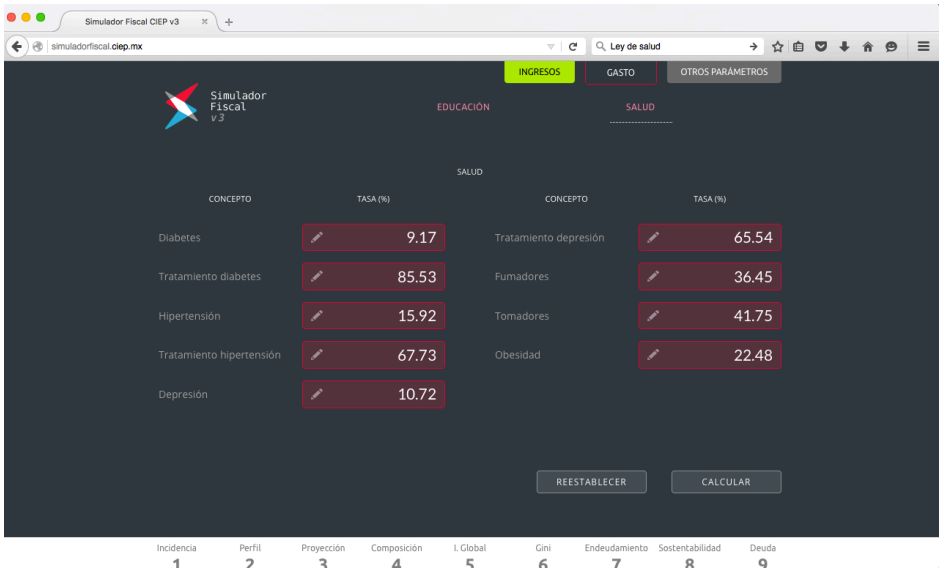


Paso 2. Ya en la sección de gasto, entrar al apartado "Salud". En este apartado podemos ver los resultados de la ENSANUT. En México, en 2012, 9.17 % de los adultos mayores de 20 años de edad estaban diagnosticados con diabetes, 85.53 % de ellos declararon recibir tratamiento. 15.92 % de los adultos en el mismo rango de edad sufrían de hipertensión, 67.7 % se encontraba en tratamiento. Finalmente, 10.72 individuos con más de 20 años reportó tener depresión, pero solo 65.54 % tenía tratamiento para este padecimiento. En cuanto a los factores de riesgo, se encontró que 36.45 % de la población entre 20 y 100 años fumaba, 41.75 % tomaba y 22.48 % presentaba obesidad.

A este escenario le llamamos "estatus quo". En este escenario, también se tienen resultados, asumiendo que nada cambia, por ejemplo, las tasas de enfermedades y tratamiento se mantuvieran constantes, se tendrían ciertos resultados que serán presentados comparándolos con los resultados de la simulación. Para ello es necesario guardar los 9 resultados que arroja el simulador para estar en posibilidades de comparar el estatus quo con el ejercicio

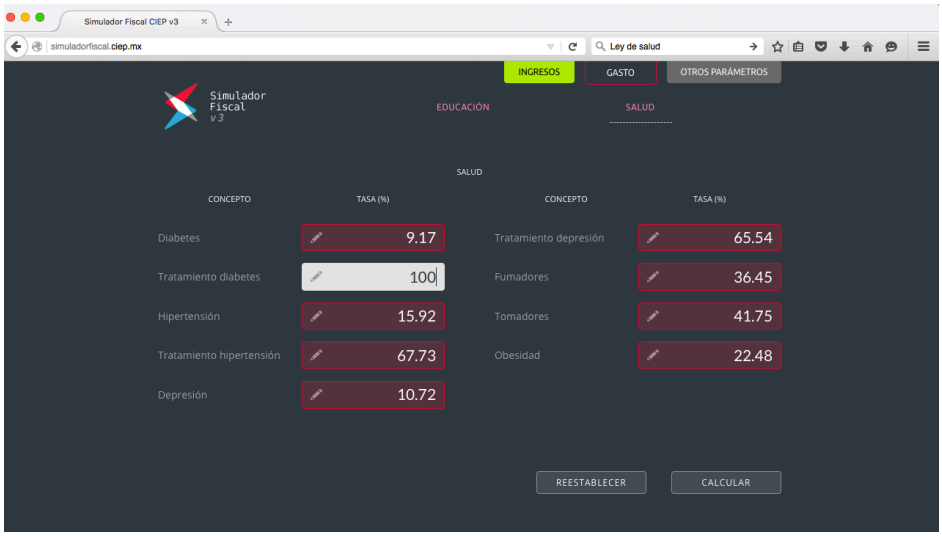
de simulación.

Fig 5.2: Paso 2



Paso 3. Se realiza la simulación indicando el 100 % en la casilla "Tratamiento diabetes", lo que quiere decir que en vez de tratar al 85.5 % de los enfermos de diabetes, ahora se atenderían a todos.

Fig 5.3: Paso 3



Paso 4. Se comparan los resultados del "estatus quo" y los del ejercicio de simulación. A continuación, se presentan los resultados más relevantes:

Resultado 1 – Incidencia

Fig 5.4: Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento)

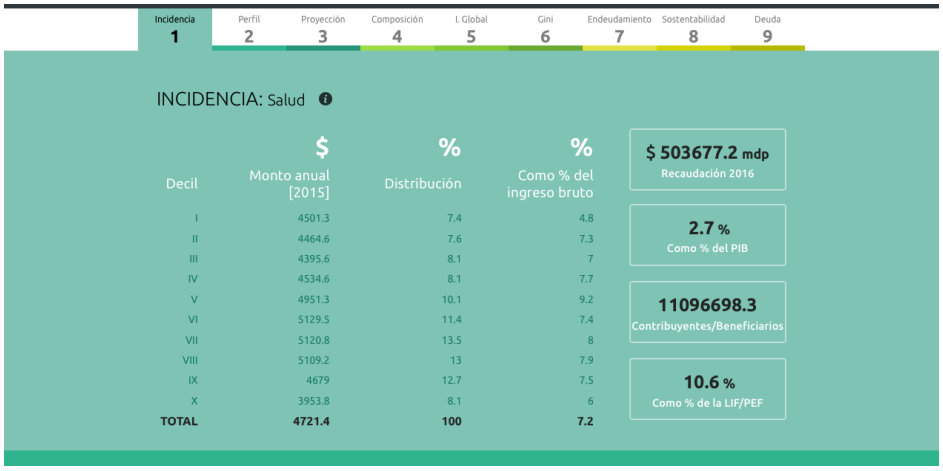
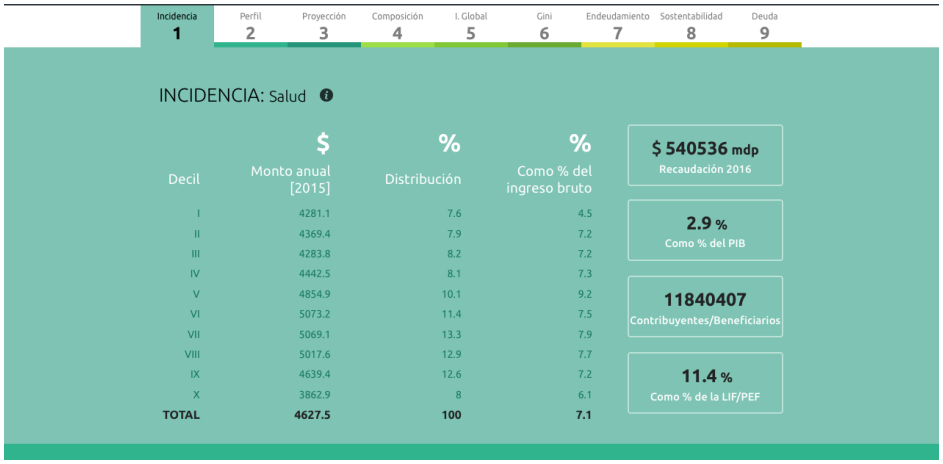


Fig 5.5: Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento)

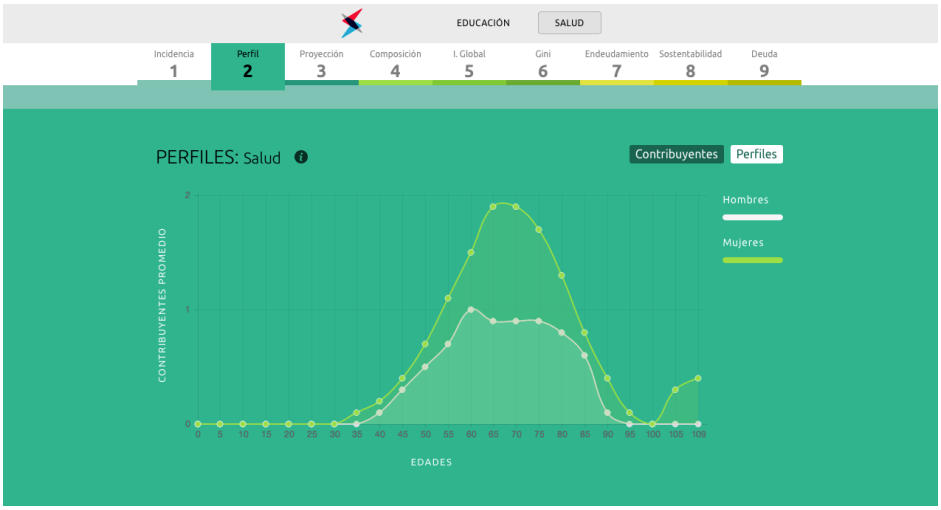


Se muestra, en las figuras 5.4 y 5.5 que en primer lugar que el número de beneficiarios o enfermos con tratamiento de diabetes aumenta de 11millones a 11.8, por tanto, el gasto promedio por decil disminuye en todos ellos, en mayor proporción en el primer decil, infiriéndose que probablemente haya más enfermos de diabetes que se beneficien de la cobertura del 100 % con tratamiento. Adicionalmente, se observa que el presupuesto para salud crece 0.8 puntos porcentuales como proporción del PEF y 0.2 puntos porcen-

tuales como proporción del PIB, esto es, 36,858.8 mdp más para atender a todos los diabéticos mayores de 20 años del país.

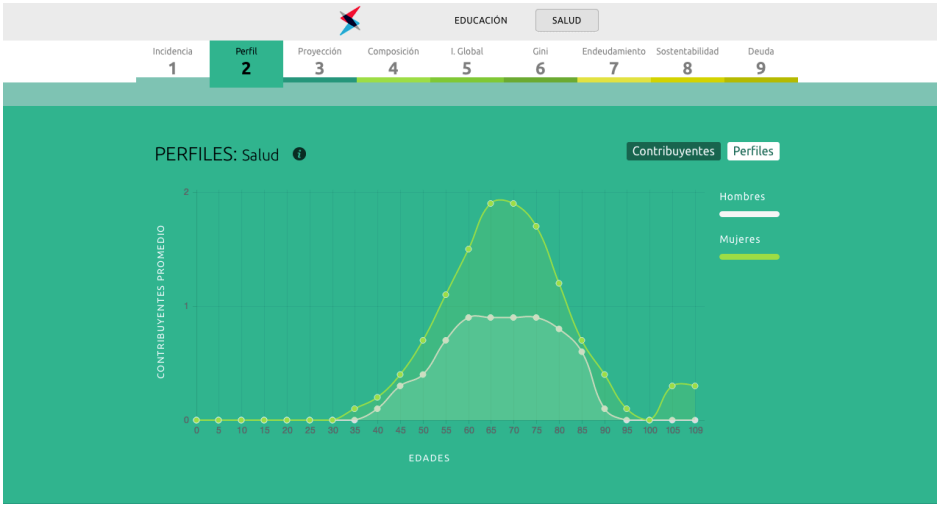
Resultado 2 – Perfiles

Fig 5.6: Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento)



Lo que indica el resultado 2, reflejados en las figuras 5.6 y 5.7, es qué gru-

Fig 5.7: Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento)



pos de edades y sexos están recibiendo más gasto en salud tomando como referencia al beneficiario promedio. En este caso, las mujeres entre 65 y 70 años reciben alrededor de 80 % más que un enfermo en promedio. Para este caso se toma todo el presupuesto de la función salud entre el número de

enfermos utilizados para los cálculos (enfermos de diabetes, hipertensión y depresión). Por otro lado, los hombres reciben menos que el promedio. Los resultados no son tan diferentes comparando el estatus quo y la simulación, es decir, el aumento del presupuesto por la cobertura del 100 de enfermos diabéticos no cambia los perfiles de gasto.

Resultado 3 – Proyección

Fig 5.8: Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento)

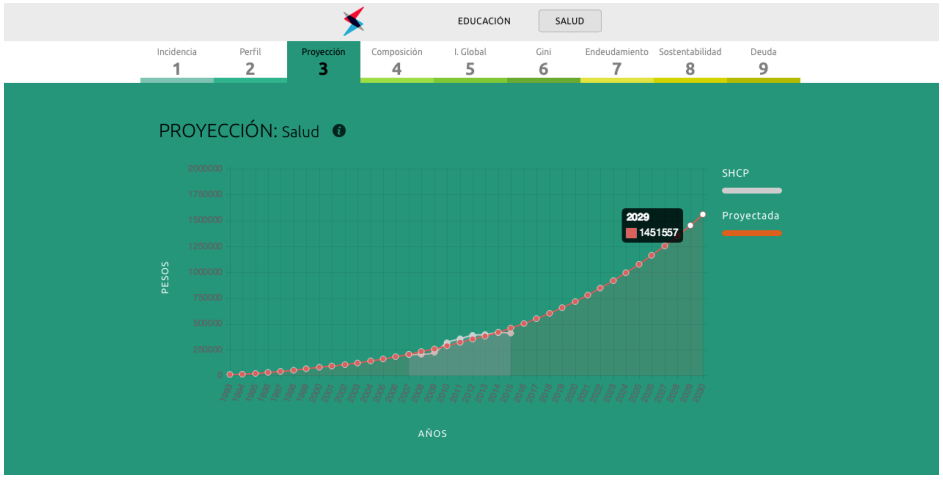
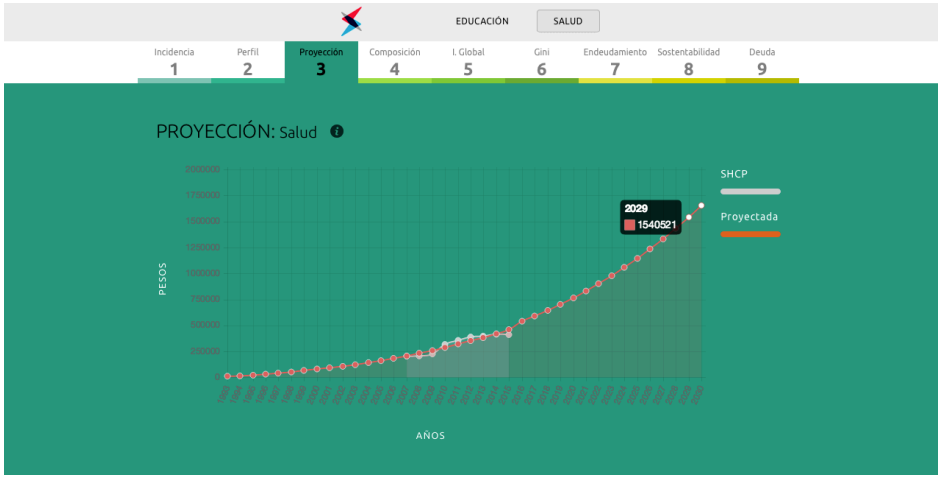


Fig 5.9: Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento)

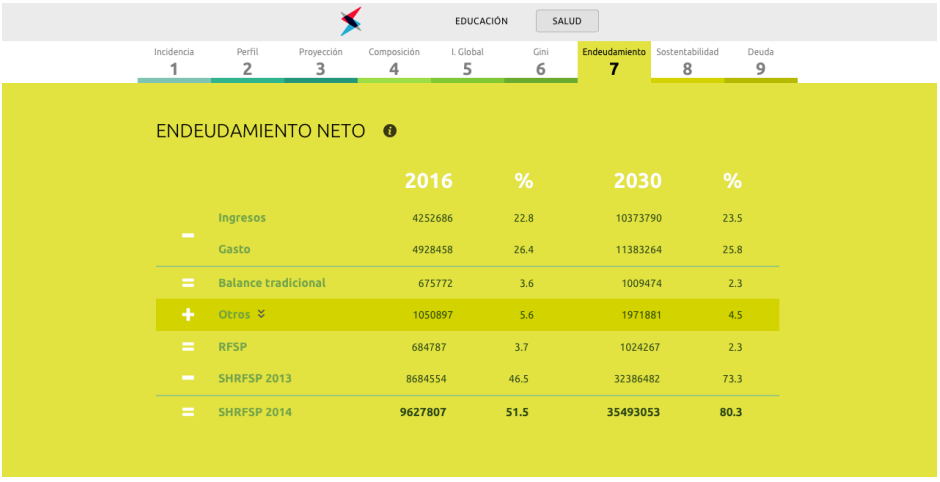


La proyección se refiere a cómo aumentaría el presupuesto de la función salud en el tiempo incorporando el cambio demográfico (figuras 5.8 y 5.9),

manteniendo una tasa de crecimiento constante y ajustando este crecimiento en la simulación. Nuestro ejercicio arroja que el gasto en salud aumentaría 6.1 % en el año 2029 si el tratamiento a diabéticos fuera universal (todos los diabéticos reciben tratamiento), pasando de 1,451,567 mdp a 1,540,521 mdp.

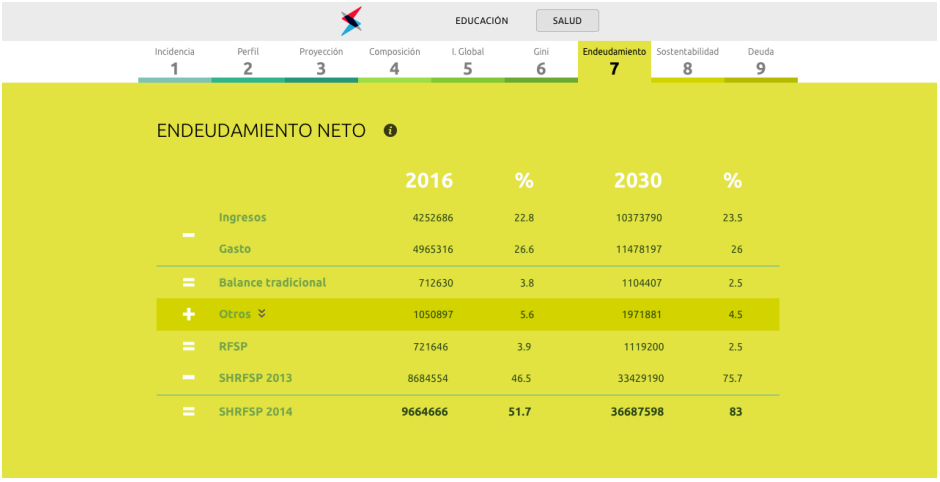
Resultado 7 – Endeudamiento

Fig 5.10: Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento)



		2016	%	2030	%
−	Ingresos	4252686	22.8	10373790	23.5
	Gasto	4928458	26.4	11383264	25.8
=	Balance tradicional	675772	3.6	1009474	2.3
+	Otros	1050897	5.6	1971881	4.5
=	RFSP	684787	3.7	1024267	2.3
−	SHRFSP 2013	8684554	46.5	32386482	73.3
=	SHRFSP 2014	**9627807**	**51.5**	**35493053**	**80.3**

Fig 5.11: Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento)



		2016	%	2030	%
−	Ingresos	4252686	22.8	10373790	23.5
	Gasto	4965316	26.6	11478197	26
=	Balance tradicional	712630	3.8	1104407	2.5
+	Otros	1050897	5.6	1971881	4.5
=	RFSP	721646	3.9	1119200	2.5
−	SHRFSP 2013	8684554	46.5	33429190	75.7
=	SHRFSP 2014	**9664666**	**51.7**	**36687598**	**83**

Este resultado (figuras 5.10 y 5.11) presenta el nivel de endeudamiento del

Gobierno Federal actualmente y una estimación para 2030 basada en los supuestos que se han comentado anteriormente. Entonces, en el estatus quo se tiene, para 2016, un endeudamiento de 51.5 % del PIB y en 2030 se proyectaría tener una deuda de 80.3. Al hacer la simulación, la proporción de deuda en 2016 cambia un par de décimas porcentuales, mientras que para 2030 ésta lo hace por casi un par de puntos porcentuales (de 80.3 % a 83 %).

Resultado 8 - Sostenibilidad

Fig 5.12: Estatus Quo (85.53 % de enfermos de diabetes con tratamiento)

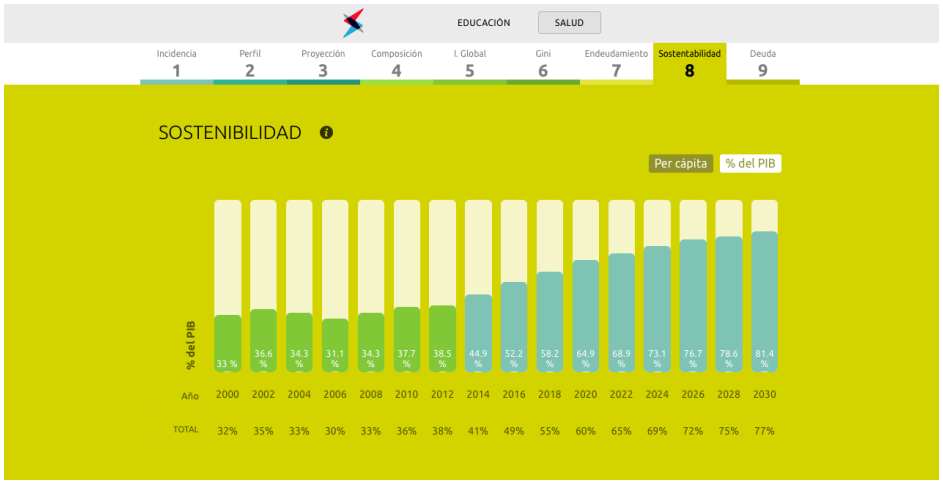
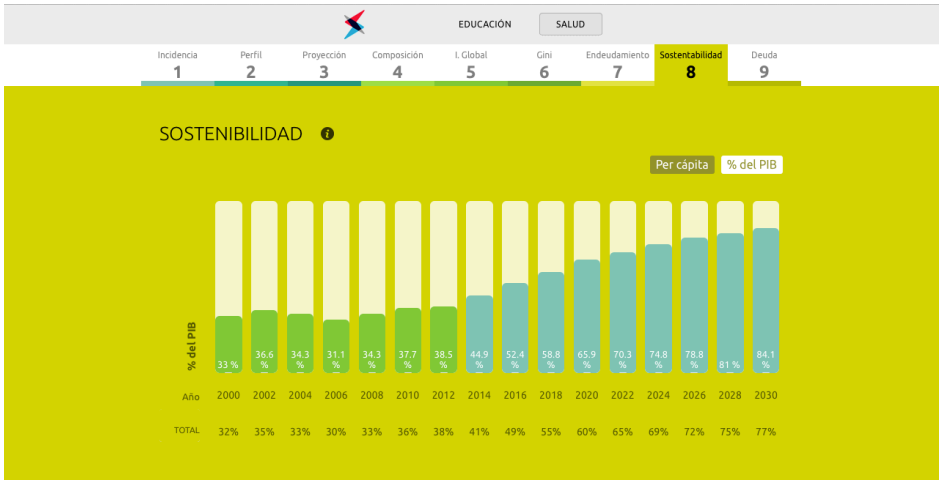
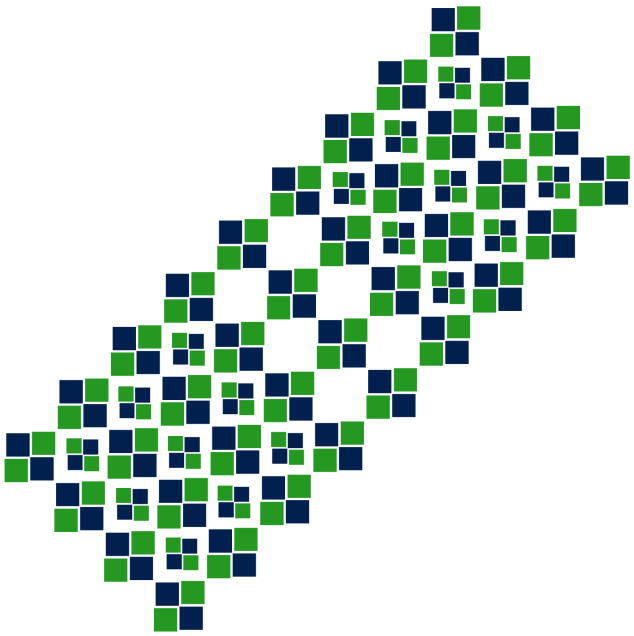


Fig 5.13: Ejercicio de simulación (100 % de enfermos de diabetes con tratamiento)



Las gráficas de sostenibilidad presentadas en las figuras 5.12 y 5.13 indican cómo va creciendo la deuda como proporción del PIB y lo que se observa es que esta proporción aumenta con el tiempo hasta llegar a más del 80 %, lo que hace no sostenible el ritmo de gasto del Gobierno Federal al tener que endeudarse cada vez más. Es evidente que si la cobertura de tratamiento aumenta al 100 %, como se vio en el resultado anterior, la deuda también crece contribuyendo a la no sostenibilidad.

6 Comentarios Finales



El gasto en seguridad social no es sostenible en el largo plazo, principalmente porque la población está demandando cada vez más servicios médicos caros (enfermedades crónicas) porque año con año aumenta el número de enfermos y porque el número de pensionados también aumenta

El gasto en seguridad social en México, sumando salud y pensiones, se ubica en 5.7 % del PIB en 2016. Esta cantidad es menor a la que gastan los países de la OCDE en promedio. México se caracteriza porque su sistema de seguridad social está segmentado, es decir, existen diversas instituciones públicas y privadas que proveen a la población de servicios de salud y de pensiones. Lo anterior ha llevado a que este sistema sea ineficiente en cuanto al gasto público y la atención a los usuarios. En 2013, al inicio del sexenio, se propusieron reformas estructurares entre las que se encontraban una reforma a la seguridad social y una reforma de salud universal. Ninguna de las dos vio luz en su camino al ser, la primera detenida en el Senado y la segunda no llegó a presentarse en la Cámara de Diputados. Una de las principales razones para que las reformas no prosperaran fue el recorte al presupuesto Federal que se tuvo que realizar en 2015 y ahora en 2016 debido a la caída en el precio del petróleo y otros indicadores macroeconómicos como el crecimiento del país. El gasto en seguridad social debe tenerse muy en cuenta ya que tiende a aumentar de manera rápida porque estamos transitando a una sociedad con más adultos mayores que jóvenes, con más enfermos de enfermedades crónicas que personas sanas.

Aun así se han realizado cambios en las Leyes, pero aislados. La reforma a la seguridad social, tanto para salud como para pensiones debe uniformar el sistema nacional y estatal para que los servicios que se provean sean los mismos y así no se generen incentivos perversos. Al tener un sistema segmentado, se fomenta la desigualdad en todos los sentidos: La atención es diferente en cada una de las instituciones, hay una que atiende a los más necesitados, mientras que otra atiende sólo a los trabajadores del sector formal y sus enfermedades crónicas. Además los costos en los que incurren cada uno de los organismos son diferentes.

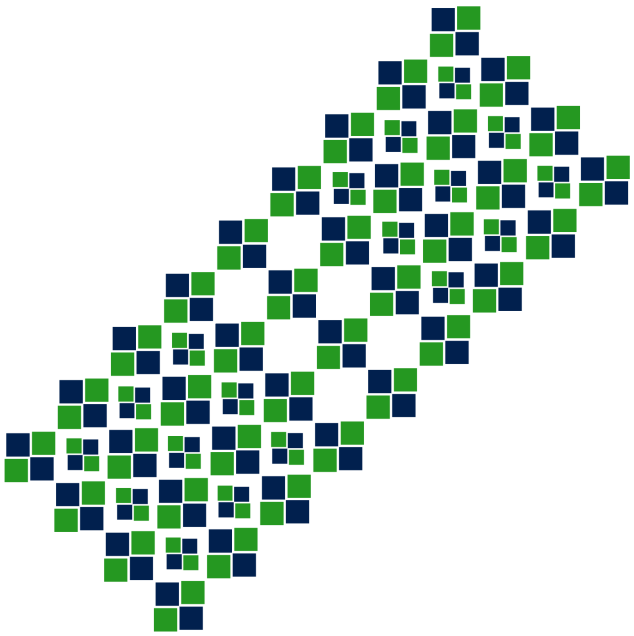
Es necesario que el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, defina un solo paquete de servicios médicos que todas las instituciones de salud deberán proveer y de ahí regular los costos y la calidad de la atención médica.

Por otro lado, el pago de pensiones es desde hace algunos años una bomba de tiempo. A pesar de que se han llevado importantes reformas en los institutos de seguridad social, el grueso de la población que está por pensionarse durante los siguientes 10 años, todavía se encuentra en sistema de reparto, lo que hace que el Gobierno Federal responda por esas pensiones

principalmente porque hay muy pocos trabajadores por pensionado lo que provoca presiones financieras al IMSS e ISSSTE. Es por esta razón que de 2015 a 2016 el gasto en pensiones aumentó 9 % real.

En conclusión, **el gasto en seguridad social no es sostenible en el largo plazo**, principalmente porque la población está demandando cada vez más servicios médicos caros (enfermedades crónicas) porque año con año aumenta el número de enfermos y porque el número de pensionados también aumenta y aumentan los años que reciben pensiones debido a que la esperanza de vida se ha incrementado. Asimismo, si el objetivo es tener un sistema de seguridad universal se debe contemplar que el gasto aumentaría en cantidades importantes, lo que hace necesario identificar cómo se financiará.

Bibliografía



CIEP (2016). Simulador fiscal. http://ciep.mx/simuladores/.

CONAPO (2015). Proyecciones de la población 2010-2050. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.

de diputados, H. C. (2013). Iniciativa de decreto por el que se expiden la ley de la pensión universal y la ley del seguro de desempleo. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/PEF2014/ingresos/09_lpu_lsd.pdf.

DOF (2010). Clasificador por objeto del gasto para la administración pública federal. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5172682&fecha=28/12/2010.

DOF (2015a). Ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_12nov15.pdf.

DOF (2015b). Ley del seguro social. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf5.

DOF (2015c). Ley del sistema de ahorro para el retiro. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/52.pdff.

DOF (2015d). Ley general de salud. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref96_12nov15.pdf.

Glassman and Zoloa (2014). How much will health coverage cost? future health spending scenarios in brazil, chile, and mexico. Center for Global Development.

INEGI (2015). Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo, primer trimestre 2015. Disponible en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/enoe_ie/enoe_ie2015_05.pdf.

OCDE (2016a). Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.

OCDE (2016b). Pension spending (indicator). doi: 10.1787/a041f4ef-en. https://data.oecd.org/socialexp/pension-spending.htm.

OIT (2016). Organización internacional del trabajo. http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/social-security/lang--es/index.htm#P54_11405.

SHCP (2015). Presupuesto de egresos de la federación 2016. Disponible en http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2016/.

ASF Auditoría Superior de la Federación
CÁMARA DE DIPUTADOS

CIEP

Febrero 2016