

Documento N° 140

Grupo de Trabajo: Desarrollo con Cohesión Territorial

Coordinación Territorial de las Políticas de Protección Social en México

John Scott

Agosto, 2014

Este documento es el resultado del Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo coordinado por Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural, y fue posible gracias al financiamiento del International Development Research Centre (IDRC, Canada). Se autoriza la reproducción parcial o total y la difusión del documento sin fines de lucro y sujeta a que se cite la fuente.

Cita:

Scott, J. 2014. Coordinación Territorial de las Políticas de Protección Social en México. Serie Documentos de Trabajo N° 140. Grupo de Trabajo: Desarrollo con Cohesión Territorial. Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. Rimisp, Santiago, Chile.

Autor:

John Scott, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México.

Rimisp en América Latina (www.rimisp.org)

Chile: Huelén 10, Piso 6, Providencia, Santiago, Región Metropolitana
| Tel. +(56-2)2 236 45 57 / Fax +(56-2) 2236 45 58

Ecuador: Av. Shyris N32-218 y Av. Eloy Alfaro, Edificio Parque Central, Oficina 610, Quito | Tel.+(593 2)
3823916 / 3823882

México: Yosemite 13 Colonia Nápoles Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal | Tel/Fax +(52) 55
5096 6592

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. DIAGNÓSTICO DE LAS CARENCIAS.....	3
3. COBERTURA, ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE LOS PROGRAMAS.....	5
4. DISEÑO.....	7
5. EFECTOS (CAPACIDAD DE LOS PROGRAMAS PARA EL CIERRE DE BRECHAS).....	9
6. IMPLICACIONES DE POLÍTICA	13

Coordinación Territorial de las Políticas de Protección Social en México

1. INTRODUCCIÓN

Desde el origen de los sistemas nacionales de seguridad social y de salud en los años 40s, las políticas de protección social en México se han caracterizado por una estructura dual, divididas entre los *sistemas contributivos de seguridad social (SSC)* que atienden a la población asegurada en el sector formal (PA), y los *programas de protección social no contributivos (PSNC)* dirigidos a la población no asegurada (PNA). Hasta principios de la década de los 90s persistía un fuerte desequilibrio en recursos a favor de las instituciones de SSC. Dada la concentración de los trabajadores formales en las localidades urbanas de mayor tamaño, la SSC muestra un sesgo territorial a favor de los estados y municipios más urbanizados y con menores tasas de pobreza, principalmente en el centro y norte del país.

En el curso de las últimas dos décadas se han fortalecido en forma importante los programas de PSNC, con coberturas y recursos crecientes principalmente en beneficio de los territorios más rurales y los estados del sur/sur-este. La cobertura y financiamiento de los servicios de salud dirigidos a la PNA se amplió en forma sostenida (por medio del *Programa de Ampliación de Cobertura* en la década de los 90 y el *Seguro Popular (SP)* desde 2004): entre 1990 y 2010 el gasto público en salud para la PNA creció 500% en términos reales, en contraste con un crecimiento de 94% en el caso de salud para PA. Adicionalmente desde mediados de los 90s se han creado y ampliado un conjunto de programas importantes de transferencias directas, principalmente el PTC *Progresas/Oportunidades* y un programa de transferencias a productores agrícolas, *Procampo*. Más recientemente se han creado múltiples programas de pensiones no contributivos (NC) por parte de gobiernos locales y del gobierno federal (*70 y más*, hoy *65 y Más*), que actualmente se acercan a una cobertura universal de la población de adultos mayores.

Más recientemente, la administración federal 2012-2018 ha adoptado entre sus principales compromisos dos reformas ambiciosas en el ámbito social. La primera es la transición hacia un *Sistema de Seguridad Social Universal (SSU)*. Los primeros pasos que se han dado hacia este fin han sido la ampliación de la pensión universal NC federal a la población a partir de los 65 años (y su financiamiento pre-fondeado a partir de cuentas individuales para toda la población) y un nuevo seguro de vida para jefas de familia. La segunda reforma complementaria con la anterior es la eliminación de la pobreza extrema alimentaria, y el hambre, por medio de una estrategia de coordinación y focalización de un conjunto amplio de programas, llamada la *Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH)*. Esta estrategia se inspira en la estrategia *Hambre Cero* de Brasil, y en el *Zero Hunger Challenge* lanzada por la ONU.

El crecimiento de los programas de PSNC ha contribuido a cerrar las brechas territoriales en el acceso a la protección social en México, principalmente en el acceso a servicios de

salud, pero persisten desigualdades territoriales importantes en el derecho a la protección social que no se han logrado atender adecuadamente:

a) **Protección ante pérdida de ingresos laborales.** El avance ha sido marginal, en el mejor de los casos, en la cobertura y equidad territorial del derecho a un ingreso mínimo ante la pérdida (coyuntural o permanente) de ingresos laborales, por vejez (pensiones), desempleo (seguro de desempleo), enfermedad, discapacidad, u orfandad (seguro de vida). Excepto por el seguro de desempleo,¹ estos beneficios están incluidos en la SSC. Sin embargo, la cobertura de la SSC en México se estancó a partir de la crisis de los ochentas y actualmente cubre menos de 40% de la población (33-35% reportado en ENIGH 2012, ENOE 2014). Los programas de pensiones de la PSNC, a pesar de su crecimiento, benefician exclusivamente a la población de adultos mayores, que representa aún una fracción relativamente pequeña de la población y tienen un peso presupuestal mínimo en relación a las pensiones contributivas: el principal programa federal de pensión no-contributiva, *65 y Más*, represento en 2012 4% del gasto público total en los sistemas de pensiones contributivas. Esta asignación de recursos implica un desbalance territorial en el nivel de protección de pérdidas de ingresos, dada la concentración de la SSC en zonas urbanas y en el centro y norte del país, mientras que los PSNC se concentran en zonas rurales y en los estados más pobres al sur del país.

b) **Efectos directos en pobreza extrema monetaria.** Las transferencias monetarias de los programas de PSNC contribuyen a reducir la pobreza extrema por ingresos, pero son insuficientes para proteger a la población más pobre de los efectos cumulativos de casi tres décadas de crecimiento económico mínimo con dos crisis macroeconómicas severas (1983, 1995). Los niveles de pobreza extrema en los tres estados más pobres (Chiapas, Oaxaca, Guerrero) son cercanos a 40% (vs. 18.8% nacional), y no se han reducido significativamente entre 1990 y 2010.

c) **Protección social de la población pobre informal en territorios de alta densidad poblacional.** La expansión de los programas de PSNC se ha enfocado principalmente en poblaciones rurales donde se presentan las tasas de pobreza extrema más altas. Sin embargo, esta estrategia ha dejado desprotegidas a poblaciones pobres sin acceso a la SSC en los territorios de mayor densidad poblacional. A pesar de presentar tasas de pobreza e informalidad (falta de acceso a SSC) más bajas que las zonas rurales, por su tamaño poblacional estos municipios tienen de hecho una mayor concentración de población pobre sin acceso a la SSC. Los instrumentos de PSNC fueron diseñados originalmente para el ámbito rural y no han logrado llegar efectivamente a esta población, cuya vulnerabilidad se ha hecho evidente en la reciente crisis financiera internacional que no afecto la pobreza rural pero causo un aumento en la pobreza urbana.

d) **Efectos indirectos: dualidad laboral y estancamiento de la productividad.** El efecto directo de los programas de PSNC crecientes sobre la pobreza por ingresos puede haber sido moderado por su efecto indirecto negativo sobre la productividad de la economía asociado a los incentivos a la informalidad que estos programas implican al aplicarse sin

¹ Este seguro no existe en México aún en el ámbito de la SSC, aunque actualmente se está discutiendo una iniciativa para su introducción en el legislativo.

una reforma integral de los sistemas de SSC (Levy, 2010). Esto contribuye a profundizar las desigualdades rural-urbano y norte-sur en la productividad e ingresos autónomos de estas poblaciones.

e) **Acceso efectivo y calidad de servicios de salud.** A casi una década de la introducción del SP, la evidencia disponible sugiere que la convergencia en niveles de financiamiento por beneficiarios entre la PA y la PNA ha tenido un impacto positivo en indicadores de protección financiera (reducción de gastos catastróficos), pero no se ha traducido en acceso *efectivo* a servicios de salud de calidad para la PNA, comparables a los servicios disponibles para la PA. Persisten desigualdades importantes entre territorios rurales aislados y localidades urbanas en la disponibilidad y calidad de servicios de salud.

2. DIAGNÓSTICO DE LAS CARENCIAS

Se analizan las desigualdades territoriales en tres dimensiones principales relevantes para la política de protección social: pobreza extrema por ingresos (como medida complementaria de esta dimensión se considera también el acceso a alimentación), acceso a servicios de salud, y acceso a la seguridad social (en lo que corresponde a su función de protección financiera). También se considera el índice de pobreza multidimensional desarrollado por el *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* (Coneval), que es la medición oficial de pobreza en México, e incluye además de las dimensiones anteriores: educación, calidad y servicios de vivienda, y acceso a la alimentación.

Pobreza multidimensional total (extrema): a nivel estatal varía desde 23.2% (2.4%) en Nuevo León, hasta 74.7% (32.2%) en Chiapas (2012). Las dimensiones de la pobreza muestran una alta correlación territorial a este nivel de agregación: Chiapas y Guerrero tienen las brechas más amplias en todas las dimensiones, excepto acceso a salud, mientras que Nuevo León y el Distrito Federal, dominan (junto con Aguascalientes, Coahuila, y BC) en el extremo opuesto de las brechas más reducidas.

A nivel municipal, el número promedio de carencias por hogar se ha reducido en prácticamente todos los municipios, pasando de 6 a 4 entre 1990 y 2010 en los municipios con mayores carencias, con lo que se ha reducido drásticamente la brecha entre los municipios. En términos de territorios funcionales, existe una correlación alta entre el grado de dispersión y aislamiento geográfico y económico de la población, y su nivel de pobreza y carencias: la tasa de pobreza extrema pasa de 47% a 4% entre el primer (rural profundo) y sexto (metrópolis) grupo. En el caso de los municipios prioritarios de la CNCH se analizan por separado dos grupos en función de los dos criterios de selección principales de la estrategia: el *grupo 1* son 200 municipios con altas *tasas* de pobreza extrema (58% en promedio, contra 8% en el grupo 2), pero baja densidad poblacional, principalmente municipios rurales aislados. El *grupo 2*, son 200 municipios urbanos con tasas relativamente bajas pero altos *números absolutos* de pobres extremos por su densidad poblacional (dos veces más pobres extremos que el 1). Esta estrategia dual responde al incremento reciente en la pobreza urbana por ingresos y la ausencia relativa de instrumentos de protección social para población informal en estas zonas, al buscar llegar a la población más pobre en zonas urbanas, sin abandonar la estrategia aplicada en las últimas dos décadas de focalización en zonas

rurales con altas tasas de pobreza. La estrategia implica por ello en principio una mayor equidad territorial en el acceso de la población pobre a la protección social.

Pobreza extrema por ingresos (PEI): en 1990-2000 la desigualdad territorial en la incidencia de la PEI creció, al aumentar la pobreza en los estados más pobres y reducirse en los menos pobres: aumentó en Chiapas de 46% a 53%, pero se redujo de 8.7% a 5.8% en el DF. En 2000-2010 se observa una tendencia contraria, al caer la pobreza marcadamente en los estados más pobres. La evolución más reciente de la PEI (medida por la *línea de bienestar mínimo*, LBM), en 2008-2012 muestra que la crisis financiera global afectó más a los estados *menos* pobres, con mayor población urbana vinculada a los mercados formales, que a los estados más pobres (y rurales), por lo que la brecha entre estos grupos se redujo ligeramente. Las *brechas* medias de PEI en los estados varían entre 25% y 50% aproximadamente, con una media nacional cercana a 40%. Estas brechas han crecido significativamente en 2008-2012 en todos los estados a excepción de Morelos.

En 2010 la PEI municipal presentaba un rango de menos de 3% hasta 86%. En 1990-2000 aumentó la pobreza en los municipios más pobres mientras que disminuyó en los más ricos, y en 2000-2010 se redujo la pobreza de casi todos los municipios.

Carencia por acceso a la seguridad social: en 2012 varía de 34.3% (Coahuila) hasta 83.3% (Chiapas). Esta carencia prácticamente no se ha modificado en la última década para la población en su conjunto. Sin embargo, gracias a la ampliación de las pensiones NC en 2008-2012 los adultos mayores sin acceso a pensiones disminuyeron de 34.2% a 26.5% a nivel nacional, con algunos casos de avances pronunciados como Oaxaca (50% a 31%), Veracruz (47% a 29%) y Sonora (21% a 11%).

No se observan avances en la cobertura de la seguridad social a nivel municipal para la población general. Los niveles de carencia municipal varían de 20% hasta 100%. La gran mayoría de los municipios presenta una carencia mayor a 70%, con cerca de un tercio mayor a 90%. Se puede apreciar un avance marginal en 2005-2010. La carencia disminuye de 90% en el primer decil poblacional a un poco más de 40% para el décimo decil. Esto muestra que aún en los municipios con mayor cobertura persiste una fracción importante de la población que no cuenta con acceso a la seguridad social.

Carencia por acceso a servicios de salud: ha disminuido aceleradamente en 2000-2012, con avances proporcionalmente mayores en los estados con mayores brechas en esta dimensión, por lo que las brechas territoriales se han reducido significativamente. En 2000 la carencia en Chiapas era de 81.6%, una diferencia de 52 puntos respecto a Coahuila. Para 2012 la carencia en Chiapas se había reducido a 25%, con una diferencia de 13 puntos respecto al estado con mayor avance en cobertura (Campeche).

En la gran mayoría de los municipios se ha reducido la carencia a una fracción de lo que era en 2000, en muchos casos los municipios pasaron de carencias por encima de 80% a debajo de 30%. Al ponderar por población la carencia media por acceso a servicios de salud en el decil con mayor carencia se redujo en 2000-2010 de 90% a 44%. La brecha entre los dos extremos de la distribución (decil 1-decil 10) se redujo de 52 a 20 puntos. Estos avances en cobertura se traducen en una reducción importante de la desigualdad territorial del financiamiento público en salud, y en niveles de protección financiera de

los hogares. Sin embargo, aún no hay evidencia clara de un impacto correspondiente en niveles y desigualdades en los estados de salud.

Desigualdad del ingreso (Gini). En 1990-2000 la desigualdad del ingreso aumentó en la mayoría de los municipios, aunque no se observa la misma tendencia a nivel estatal ni nacional (donde el Gini disminuye ligeramente). Por el contrario, en 2000-2010 la desigualdad del ingreso disminuye en forma importante en los tres niveles territoriales, de tal forma que el efecto global en 1990-2010 es a la baja. La reducción es mayor para los estados/municipios con tasas de desigualdad más altas, por lo que se observa una convergencia en los niveles de desigualdad territoriales. El coeficiente de Gini nacional es mayor que la gran mayoría de los estatales, lo que sugiere que una parte importante de la desigualdad nacional refleja disparidades entre estados.

En conclusión, en las últimas dos décadas se ha reducido la incidencia media de carencias en las seis dimensiones que conforman la pobreza multidimensional, así como la desigualdad en la incidencia de estas carencias a nivel estatal y municipal. Por mucho la carencia que ha mostrado la reducción más importante a nivel global, cómo en desigualdad territorial, ha sido el acceso servicios de salud, que en 2012 presentaba una gradiente comparativamente (con otras carencias) moderada a nivel municipal, y casi plana a nivel estatal. Este fue un logro importante del Seguro Popular (y acciones previas de ampliación de cobertura rural) en cobertura y financiamiento estatal, que aún enfrenta retos operativos para traducirse en un nivel comparable de *acceso efectivo a servicios de calidad* y equidad financiera a nivel municipal. En contraste con la dimensión de salud, el progreso ha sido mucho menor en las otras dos dimensiones de protección social analizadas. El nivel y distribución territorial de la *pobreza por ingresos* se ha modificado poco en 1990-2010, el nivel ha aumentado ligeramente en los últimos tres años, aunque su desigualdad territorial se ha reducido ligeramente al afectar principalmente a los estados más urbanos y menos pobres. El acceso a la seguridad social (en su función de protección de ingresos) prácticamente no se ha modificado en este periodo, excepto para la población de adultos mayores en años recientes (2008-2012) que se ha beneficiado de la expansión de pensiones no contributivas. La desigualdad intra-territorial del ingreso tampoco se ha modificado significativamente, con una disminución en la última década suficiente para cancelar pero no revertir un aumento en la década previa.

3. COBERTURA, ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE LOS PROGRAMAS

Se identifican los principales retos de cobertura y coordinación territorial que debe resolver la política de protección social en México para lograr una cobertura equitativa y universal. Se analiza tanto la cobertura territorial de beneficiarios cómo la incidencia territorial de los beneficios de programas individuales y en su conjunto valorados por los montos presupuestales que ejercen. Se analizan estas coberturas en función de las dimensiones particulares de protección social relevantes a cada tipo de programa analizado.

Bienestar económico mínimo (LBM): transferencias de ingresos. Las transferencias analizadas incluyen 14 programas que representan en conjunto 0.7% del PIB en 2012, aunque cerca de 60% de estos recursos se concentran en un sólo programa

(*Oportunidades*), y 90% en los tres principales programas: *Oportunidades*, *Procampo* y *70 y Más* (a partir de 2013, *65 y Más*).

Actualmente la población en PEI y la brecha de pobreza total de PEI (BP) que enfrenta esta población presenta una concentración mayor en los municipios más poblados (con menores *tasas* de PE). Las transferencias en conjunto se distribuyen de forma relativamente plana entre los municipios.

Los municipios de la CNCH representan casi la mitad de la población en condiciones de PEI del país, pero en casi todos los casos (excepto el *Programa de Apoyo Alimentario*, PAL) tienen una participación menor en las transferencias. En el grupo 1, *Oportunidades* (*Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, PDHO) y *Procampo* concentran recursos proporcionales o mayores a su participación en la población pobre.

Las tres principales transferencias directas (*Oportunidades*, *Procampo* y *70 y Más*) tienen un potencial de cobertura "progresiva" dada su distribución municipal: mayor potencial en los municipios con mayores tasas de pobreza. Sin embargo, esto implica una sub-cobertura creciente de la población pobre a medida que bajan las tasas municipales de pobreza y aumenta la población. El potencial de cobertura es muy bajo en el caso de los programas de apoyo productivo. No se observa un potencial de cobertura mayor en los municipios prioritarios de la CNCH que en el resto de los municipios del país.

La distribución progresiva de las transferencias directas se revierte una vez que se suman el subsidio al empleo formal (que funciona como un *impuesto sobre la renta* negativo para los trabajadores formales), y especialmente los subsidios al consumo de energéticos, dos instrumentos adicionales motivados en principio para proteger el bienestar económico de la población. Estos apoyos absorben recursos fiscales significativamente mayores que las transferencias directas y son regresivos en términos absolutos.

Carencia de acceso a la alimentación (CA): programas alimentarios. En el caso de esta dimensión los beneficiarios totales de los programas superan a la población con CA en la gran mayoría de los municipios, por lo que se observa un déficit en el potencial de cobertura únicamente en el caso los municipios con menores tasas de PE. *Oportunidades* prioriza a los municipios del grupo CNDH 1, pero se queda corto en relación a la población con CA reportada para el conjunto de municipios prioritarios de la cruzada, mientras que PAL y *Liconsa* priorizan a los municipios del grupo CNDH 2, y quedan cortos para el grupo con mayores tasas de pobreza. Estos últimos dos programas presentan potenciales de cobertura bajos, casi ausente en el caso de *Liconsa* en los municipios con mayores tasas de pobreza (CNCH 1).

Carencia por acceso a servicios de salud (CS): programas de salud. La población con CS se concentra en el 20% de municipios con menores tasas de pobreza, pero una vez ponderados por población se observa una distribución casi plana, con una ligera concentración en los deciles poblacionales representativos de los municipios con mayores tasas de PE. El déficit de cobertura se concentra principalmente en los deciles municipales 9 y 10, y en los deciles poblacionales 4-10. La cobertura de la protección social en esta dimensión aumenta gradualmente para los municipios con menores tasas de pobreza. El SP es la principal fuente de protección en salud para los primeros 3 deciles,

mientras que la seguridad social contributiva es la principal fuente a partir del quinto decil.

Carencia por acceso a seguridad social (CSS): seguridad social contributiva (SSC) y pensiones no contributivas. La población carente se concentra en los municipios con menores tasas de PE. La ampliación (estimada) de la cobertura en todos los municipios entre 2010 y 2013 (supone 65+ con cobertura universal en 2013) favorece principalmente a los municipios con menores tasas de pobreza, pero se distribuye homogéneamente en términos de deciles poblacionales. Dentro de los municipios prioritarios para la CNCH se aprecia una concentración mayor del crecimiento de cobertura 2010-2012 en los municipios con menores tasas de PE.

La participación de los municipios prioritarios de la CNCH en 70 y Más es congruente con su participación en la SSC en el caso del grupo CNCH 1, pero se queda corta en el caso del grupo CNCH 2. Lo contrario sucede en el caso de los programas de la SSC: la participación de los municipios con mayores tasas de PE en la SSC es prácticamente nula.

4. DISEÑO

Las políticas de protección social en México se agrupan en *sistemas de seguridad social contributivos* (SSC) que atienden a los trabajadores formales y sus dependientes, y *programas no contributivos de protección social* (PSNC), que atienden a la población no asegurada. Estos grupos de políticas no constituyen un sistema de protección social, ya que están altamente fraccionadas, tanto entre los dos grandes grupos como al interior de cada uno. La estructura dual de la protección social en México se originó con la creación paralela en 1943 del *Instituto Mexicano de Seguridad Social* (IMSS), el principal sistema de seguridad social, y la *Secretaría de Salud y Asistencia*, hoy *Secretaría de Salud* (SS), que ofrece servicios de salud para la población no asegurada.

Los sistemas contributivos de seguridad social se dividen entre los trabajadores del sector privado formal (atendidos por el IMSS), los trabajadores del estado (ISSSTE), y grupos particulares dentro del sector público (paraestatales, fuerzas armadas, universidades públicas, altos funcionarios, etc.). A pesar de su larga historia, estos sistemas actualmente cubren menos del 40% de la población.

Hasta hace poco, los instrumentos de protección social no contributivos disponibles, y el gasto público ejercido a favor de la población no asegurada eran modestos. Del gasto público total en salud y seguridad social ejercido en las últimas tres décadas del siglo pasado 87% fue en beneficio a la población asegurada (PA). En 1970-1990 el gasto por estos conceptos por beneficiario fue 11 mayor para la PA que para la *población no asegurada* (PNA). Este desbalance persistía aún si se considera el subsidio público neto de contribuciones de los beneficiarios (obrero-patronales): la PA obtuvo 56% de estos subsidios en este periodo, y el subsidio por beneficiario para la PA representó dos veces el subsidio a los servicios de salud de la PNA. Por otro lado, hasta muy recientemente no existían pensiones no contributivas en México.

Desde 1995, y especialmente en la última década, el desbalance e inequidad en protección social entre la PA y la PNA, entre el sector formal e informal, se ha empezado a cerrar en forma importante. El gasto en salud a favor de la PNA ha crecido en forma

sostenida y hoy se acerca en términos per cápita al gasto medio en salud del IMSS. Esto se dio por medio del *Programa de Ampliación de Cobertura*, el componente de salud del programa de transferencias condicionadas *Progresar/Oportunidades*, y más recientemente del *Seguro Popular (SP)*, un seguro de salud no contributivo creado con la reforma a la ley general de salud de 2004 y ampliado rápidamente desde entonces. Actualmente el SP cubre a 37% de la población, con lo que prácticamente se ha duplicado la población cubierta por un seguro de salud. Entre 1995 y 2010 el gasto público en salud para la PA ha crecido en 94% en términos reales, pero el gasto en salud para la PNA ha crecido en 500%, pasando de 0.5% del PIB a en 1995 a 1.4% en 2010 (SSA, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, 2010).

También desde 1995 se han creado y ampliado algunos programas importantes de transferencias directas que aunque no constituyen programas de protección social propiamente, han tenido parcialmente una función de este tipo. Estos incluyen principalmente *Progresar/Oportunidades* y *Procampo*, un programa de transferencias dirigidas a productores agrícolas. Finalmente, aunque tardíamente en relación al resto de la región, desde 2005 se han creado múltiples programas de pensiones no contributivos (NC) por parte de gobiernos locales y del gobierno federal (*70 y más*), que han crecido rápidamente en cobertura y presupuesto. Más recientemente, en 2008 se creó un programa de guarderías dirigido a la PNA (*Estancias Infantiles*).

Para la protección contra el riesgo de contar con ingresos insuficientes para adquirir una canasta alimentaria básica, o *línea de bienestar mínimo (LBM)* evaluamos los programas de transferencias monetarias dirigidas a la población pobre en función de este objetivo. Las transferencias analizadas en este trabajo incluyen 14 programas que representan en conjunto 0.7% del PIB en 2012, pero cerca de 60% de estos recursos se concentran en un sólo programa (*Oportunidades*), y 90% en los tres principales programas: *Oportunidades*, *Procampo* y *70 y Más* (a partir de 2013, *65 y Más*).

El total del gasto público en protección social analizado en este trabajo representa 6.8% del PIB, y casi 60% del gasto social (el resto es principalmente gasto educativo). De esto, los sistemas de SSC absorben 4.5% del PIB (3.4% si consideramos únicamente los subsidios a estos sistemas, excluyendo financiamiento por medio de contribuciones obrero-patronales). Los programas de PSNC representan 2.3% del PIB si incluimos las principales transferencias monetarias y programas alimentarios.

El desbalance mayor entre estos dos grupos se observa en el gasto en pensiones. En contraste con la convergencia que el SP ha logrado en el financiamiento de la salud, en el caso de las pensiones los programas NC tienen un impacto marginal frente a las pensiones de la SSC. A pesar de su crecimiento en años recientes, las pensiones NC federales y estatales representan apenas 0.2% del PIB, y un monto por beneficiario de 8.4 mil pesos (USD\$ 645) al año, mientras que las pensiones de los sistemas contributivos representan 2.8% del PIB, con pensiones medias de 56 mil (IMSS, USD\$ 4,3 mil) a 141 mil pesos (ISSSTE, USD\$ 10.8 mil). Aún si clasificamos las principales transferencias dirigidas como programas de PSNC, estos recursos sumados a las pensiones NC alcanzan apenas 1% del PIB en 2012.

Los principales programas de transferencias, *Oportunidades*, los programas alimentarios, y el PET aplican mecanismos de focalización, tanto territorial cómo por

beneficiarios finales. El mecanismo de Oportunidades identifica primero localidades con altos grados de pobreza y aplica un sistema de puntaje basado en las características observables no monetarias de los hogares como aproximación al ingreso (proxy means test). Este mecanismo se ha verificado como el más efectivo para identificar a la población más pobre en México. Los principales programas de PSNC, el SP y 70/65 y Más, focalizaron territorialmente únicamente en las primeras fases de expansión, ya que buscan una cobertura universal de la PNA.

Los principales programas de protección social en México carecen de componentes relevantes de participación comunitaria. Sólo en el caso de algunos de los programas más pequeños de apoyos productivos y empleo temporal promueven la organización comunitaria. Esto refleja en parte una decisión política de minimizar riesgos de captura por grupos organizados y privilegiar la transparencia y equidad en la asignación de los recursos, que a su vez se explica por la experiencia controversial del *Programa Nacional de Solidaridad* (Pronasol) de 1988-1994, basado en un modelo altamente participativo, pero opaco y vulnerable a manipulación política y captura.

La administración federal 2012-2018 ha adoptado entre sus principales compromisos dos reformas en el ámbito social que responden a las limitaciones de los programas de PSNC existentes: a) la transición hacia un *Sistema de Seguridad Social Universal* (SSU), que incluye un proyecto de una pensión básica NC universal, y la *Cruzada Nacional Contra el Hambre* (CNCH) o *México Sin Hambre*, que plantea la eliminación de la pobreza extrema alimentaria por medio de una estrategia de coordinación y focalización de un conjunto amplio de programas, incluyendo programas de desarrollo productivo. Esta última estrategia, aún en una fase piloto de implementación, incluye un fuerte componente participativo.

5. EFECTOS (CAPACIDAD DE LOS PROGRAMAS PARA EL CIERRE DE BRECHAS)

Los efectos de los programas de protección social sobre las brechas territoriales se analizan a partir de cuatro tipos de evidencia: a) la evolución de la distribución territorial de la población con acceso a salud y seguridad social en las últimas dos décadas, b.1) la evolución de la distribución territorial de la población en condiciones de PEI, y b.2) el efecto contable de las transferencias en la distribución territorial de las *brechas* de PEI, y c) la evolución de las brechas territoriales en tasas de mortalidad infantil, como proxy de resultados en salud, y d) la evolución de los índices multi-dimensionales: el promedio de carencias por hogar en la medida oficial multidimensional de pobreza extrema y el Índice de Oportunidades Humanas del Banco Mundial.

a) Cambios en el acceso a servicios de salud y seguridad social. Sin duda la evidencia más contundente de impacto territorial de las políticas de protección social es la fuerte reducción de las brechas territoriales en el acceso a servicios de salud en la última década, asociada a la creación y acelerada expansión del Seguro Popular. Esta evolución contrasta con la persistencia de brechas amplias en el acceso a la seguridad social. Esto refleja la prácticamente nula expansión en la cobertura de los sistemas de SSC en esta década, y la incidencia global relativamente marginal de los programas de pensiones no contributivos en este indicador, a pesar de su acelerado crecimiento, dada la proporción aún pequeña de la población de adultos mayores en la población nacional. Sin embargo,

hemos documentado un efecto importante de estos programas en el caso de la población de adultos mayores: en 2010 ya se había reducido significativamente la CSS en esta población y con la ampliación de cobertura que se ha dado entre 2010 y 2013 esta carencia se habrá reducido aún más en esta población.

b.1) Cambios en incidencia de PEI. En contraste con el aumento de la PEI observado en 1990-2000, esta tendencia se ha revertido en la última década, cuando la PEI se redujo más en los estados y municipio más rurales y con mayores tasas de pobreza. La crisis financiera global afectó más a los estados con mayor población urbana y menores tasas de pobreza, vinculada a los mercados formales, que a los estados más rurales, por lo que la brecha entre estos grupos se redujo ligeramente. Esta evolución diferenciada de la PEI en el tiempo y el espacio se explica en gran parte por factores económicos como el grado de vinculación a los mercados formales de los distintos territorios en función de su localización geográfica (centro-norte vs. sur) y el grado de urbanización/formalidad, pero también responde claramente a la evolución de las transferencias monetarias directas. Como se ha visto, estas se han fortalecido sustancialmente en la última década en relación a la década anterior, y su distribución y efectividad para beneficiar a la población más pobre se ha concentrado principalmente en zonas rurales. En contraste, la población urbana en PEI, preponderantemente informal, carece actualmente de acceso a programas de protección social en esta dimensión.

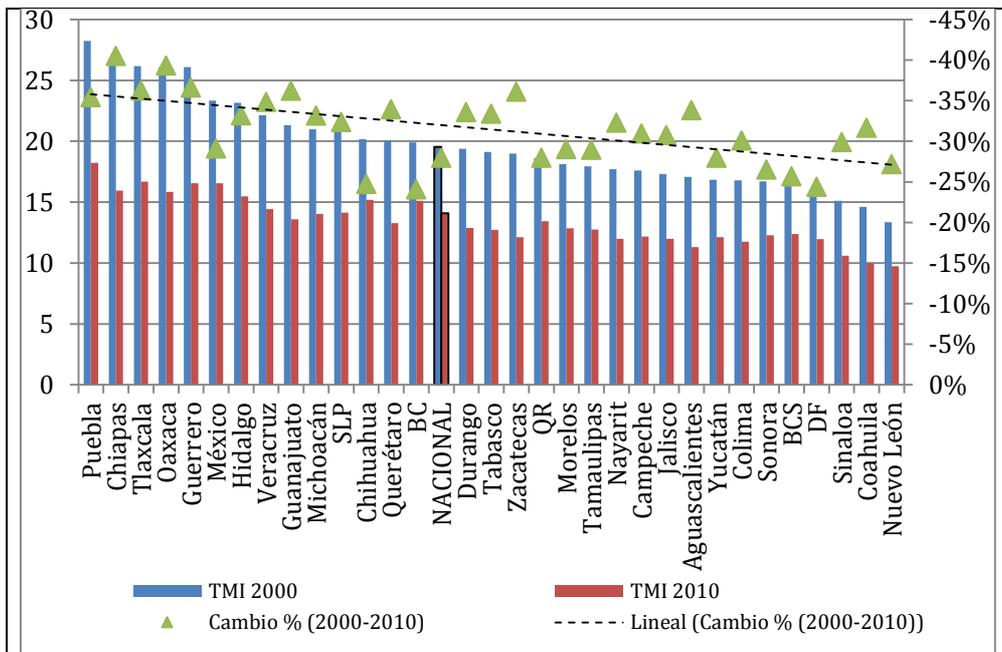
b.2) Efectos en brecha de PEI. Se estima la brecha de pobreza (BP) a nivel estatal como la suma de las BP de las poblaciones respectivas. Para el caso municipal se asume una BP media fija para todos los municipios. Dada la distribución progresiva de las transferencias monetarias en México, estas reducen las distancias territoriales entre las BP de la población en los municipios más y menos pobres. Aún después de estas transferencias el déficit de ingresos (calculado respecto a la distribución que aseguraría a toda la población un ingreso no menor a la LBM, suponiendo una capacidad de focalizar 50% de las transferencias en la PEI) se concentra en los deciles municipales más pobres. Es decir, los montos y progresividad de las transferencias son insuficientes para eliminar las desigualdades territoriales en la distribución de las BP.

En todos los estados las transferencias ejercidas en 2012 son suficientes para cubrir una fracción (cercana a un tercio) de las brechas de pobreza existentes (asumiendo que 50% de las transferencias ejercidas llegan a la población en PEI). Las transferencias claramente no han sido suficientes para proteger a la población contra los efectos de la crisis reciente (que implicó una caída del 6% en el PIB de México en 2009), ya que entre 2008 y 2012 se observa un crecimiento de la BP en todos los estados. Sin embargo, una comparación con los efectos de la crisis de 1995 (que implicó una caída similar en el PIB pero un aumento de la PEI de 21% a 37%) sugiere que el incremento y focalización de las transferencias sí contribuyó a evitar un incremento abrupto de la PEI (que aumentó de 16.8% a 19.4% en 2008-2010).

c) Distribución territorial de estados de salud: tasas de mortalidad infantil (TMI).

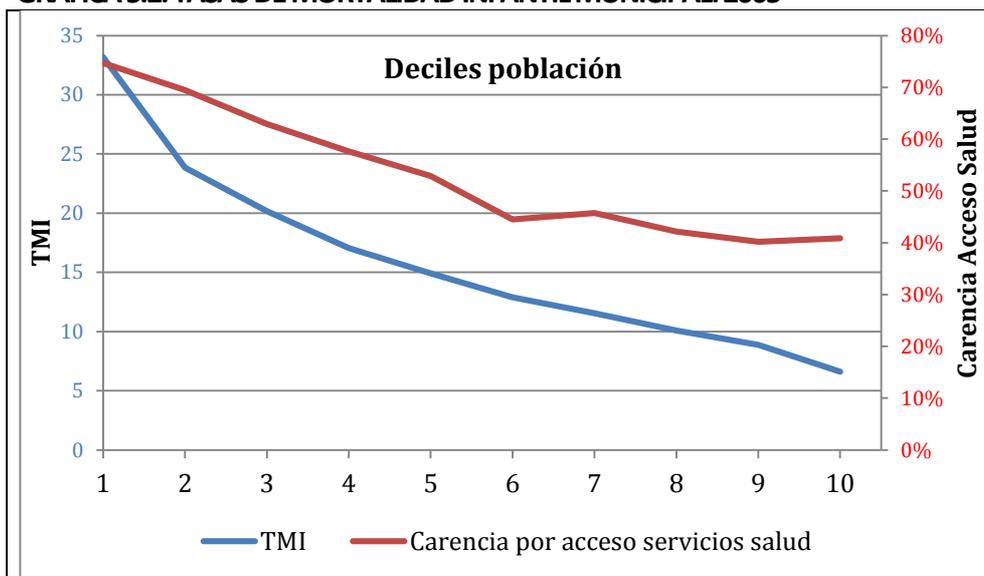
Como se documenta en este trabajo, se ha dado un crecimiento importante del gasto público en salud para la PNA en la última década y una expansión progresiva del acceso a servicios, que ha reducido significativamente las brechas territorial en este acceso. Desafortunadamente la disponibilidad de información de la evolución de estados de salud confiable a nivel municipal es limitada. Sin embargo, la evolución de TMI a nivel estatal en la última década muestra una reducción importante y progresiva: los municipios con mayores TMI en 2000 presentan las mayores reducciones tanto en el nivel de la TMI como en el cambio porcentual de estas tasas (GR. 5.1). A pesar de ello, la distribución de las TMI a nivel municipal presenta una varianza territorial mucho más amplia y claramente correlacionada tanto con el nivel de PEI como con el acceso a servicios de salud (GR. 5.2).

Gráfica 5.1. Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa: 2000-2010 (por mil nacidos vivos)



FUENTE: INEGI

GRÁFICA 5.2. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL MUNICIPAL: 2005

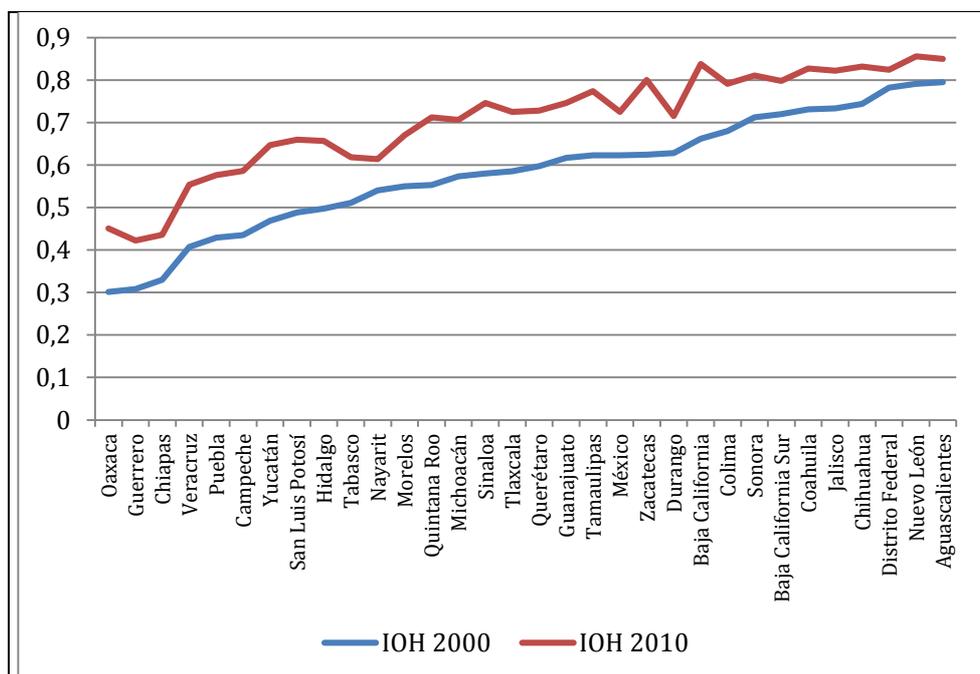


FUENTE: CÁLCULOS DEL AUTORA A PARTIR DE BASE DE DATOS DE CONAPO.

d) Cambios en índices multidimensionales: número de carencias sociales e Índice de Oportunidad Humana (IOH). Prácticamente en todos los municipios se ha dado una reducción importante en el número promedio de carencias sociales (de un máximo de 8 considerados: rezago educativo, carencia por material de pisos en la vivienda, carencia por material de techos en la vivienda, carencia por material de muros en la vivienda, indicador de carencia por hacinamiento, indicador de carencia por acceso al agua, indicador de carencia por servicio de drenaje, indicador de carencia por servicio de electricidad), pasando de 6 a 4 entre 1990 y 2010 en los municipios con mayores carencias, con lo que se ha reducido fuertemente la brecha entre los municipios en este indicador. La brecha entre los municipios con mayores y menores carencias se reduce notablemente cuando los ponderamos por población: en el decil con mayores carencias estas se han reducido de 4.2 a 2.3 entre 1990 y 2010. Gracias a estos avances, la separación entre el decil con mayores y menores carencias en 2010 es de apenas 1 carencia.

En el caso del IOH, desarrollado por el Banco Mundial, se observa convergencia territorial en la última década, con un avance mayor para la mayoría de los estados con menor nivel del índice en 2000 (GR. 5.3).

Gráfica 5.3. evolución del Índice de oportunidad humana por estado: 2000-2010



Fuente: Eduardo Ortiz-Juárez, María Jesús Pérez-García 2014, *Desigualdad, pobreza, y política social en México: una perspectiva de largo plazo. Basado en la metodología de Barros et al. (2009). Refleja el nivel de acceso o “ventajas” que tienen los niños y niñas en edad escolar (5-15) en relación con un conjunto de bienes y servicios (inexistencia de hacinamiento; material de piso en la vivienda distinto a tierra; disponibilidad de electricidad, de agua potable dentro de la vivienda, de sanitario con descarga directa de agua, de drenaje; y asistencia escolar), y qué tan equitativamente se distribuyen tales ventajas entre este grupo de población, condicionadas a “circunstancias”² que escapan a su control (sexo del individuo en edad escolar; sexo del jefe o jefa de hogar; ubicación rural o urbana; padecimiento de algún tipo de discapacidad; y educación del jefe o jefa de hogar —secundaria completa o más versus secundaria incompleta o menos)*

6. IMPLICACIONES DE POLÍTICA

En esta sección se presentan las principales implicaciones para la creación de un sistema de PSU que se derivan del análisis presentado en las secciones anteriores.

La progresividad de los principales programas de transferencias y PSNC (Oportunidades, Procampo, IMSS-Oportunidades, Seguro Popular, 70 y más) y la regresividad absoluta (y en algunos casos relativa) de los programas de SSC, reflejan en gran medida la

² Sexo del individuo en edad escolar; sexo del jefe o jefa de hogar; ubicación rural o urbana; padecimiento de algún tipo de discapacidad; y educación del jefe o jefa de hogar —secundaria completa o más versus secundaria incompleta o menos—.

distribución inter-territorial de estos recursos, más que su distribución intra-territorial. Las transferencias y programas de SSNC concentran una parte importante de sus recursos en los municipios más rurales y pobres, mientras que la SSC se concentra principalmente en municipios más urbanizados, de mayores ingresos y trabajo formal. Dentro de sus respectivos ámbitos la cobertura que logran estos programas en conjunto es relativamente amplia. Sin embargo, esto no quiere decir que los dos grupos de programas trabajen en forma complementaria y coordinada para lograr una cobertura adecuada a nivel territorial, o al interior de los territorios. Por el contrario, existen brechas territoriales importantes en la cobertura que los programas de protección social logran en la población pobre, especialmente en los municipios con mayor densidad poblacional. Por otro lado, aunque se ha logrado una cobertura amplia en los municipios con menor densidad poblacional por medio de la expansión de los programas de TC y SSC en la última década, los beneficios y niveles de protección que ofrecen estos programas tienden a ser significativamente menores a los beneficios que obtienen los hogares en los municipios más urbanos que tienen acceso a la SSC además de generosos subsidios al consumo.

Hay dos grupos que deben ser foco prioritario de atención en una reforma de las políticas de protección social diseñada para lograr cobertura universal *efectiva*:

a) hogares sin cobertura de la SSC y con acceso limitado a beneficios monetarios directos o indirectos en los municipios más poblados, con números importantes de poblaciones pobres, a pesar de tener tasas de pobreza relativamente pequeñas, que limitan la viabilidad de instrumentos efectivos de identificación, y

b) hogares en municipios con menor densidad poblacional sin acceso a programas de protección social, o con beneficios inciertos, limitados e incompletos de programas de SSNC y las TC.

A partir de las brechas estimadas en este estudio y los costos de los instrumentos disponibles actualmente, calculamos que una cobertura completa de las carencias supondría un gasto público mínimo del orden de 5.6% del PIB. La CSS (pensiones) implicaría el rubro de mayor costo (2.5%), por tratarse de la dimensión con la brecha de cobertura más amplia pero también por los costos medios que implican los subsidios públicos relativamente altos de los actuales sistemas contributivos. La estimación de los recursos requeridos para cerrar la BP por ingresos puede variar considerablemente dependiendo de los supuestos de capacidad de focalización, con un cota superior de 3.7% del PIB. Finalmente, el gasto requerido para lograr un acceso *efectivo* a los servicios de salud podría ser muy superior al estimado (1.3%), y en todo caso sería el rubro de mayor crecimiento asociado al envejecimiento de la población en las próximas décadas.

Los resultados presentados en este estudio implican que para extender y consolidar los avances implementados en las últimas dos décadas en la cobertura de los programas de protección social dirigidos las poblaciones más pobres en las zonas rurales del país, el reto hoy es ampliar la cobertura de la protección social hacia la población pobre que actualmente no cuenta con acceso a los sistemas de seguridad social contributiva en los municipios urbanos del país. Este proyecto enfrenta algunos retos importantes: a) debe lograrse sin poner en riesgo los instrumentos de protección social que actualmente benefician a los municipios rurales más pobres del país, es decir, se requiere ampliar el gasto actual en protección social, que es comparativamente bajo en relación a países

similares de la región, b) se requiere generar nuevos mecanismos de identificación de beneficiarios para llegar a la población en pobreza extrema en municipios urbanos con alta densidad poblacional pero bajas tasas de pobreza (20% de municipios que incluyen 20-30% de la población pobre, pero con tasas de 10% (PEI), 4.2% (PE) y 3.7% (PE/CA)). Esto puede lograrse mediante a) mejores sistemas de focalización administrativa, b) diseños de focalización por auto-selección, o c) programas universales.

La distribución municipal de las cuatro carencias de protección social analizadas se resumen en la GR. 6.1, con deciles de municipios y de población. Como se estableció en la sección anterior, las carencias a cubrir se concentran mayormente en los municipios con menores tasas de PE, pero más urbanos y con mayor población, por lo que en términos de deciles poblacionales la concentración de carencias aumenta con la tasa de PE, presentando una pendiente especialmente empinada en el caso de caso de la BP por ingresos.

Presentamos un análisis de la distribución municipal de recursos requeridos para subsanar estas carencias de protección social. Estos resultados se obtienen a partir de la BP por ingresos estimada en la sección anterior (suponiendo líneas de pobreza media variables en función de la composición urbano/rural de los municipios, pero una BP promedio y capacidad de focalización constante entre municipios), las carencias sociales reportadas de acceso alimentación, servicios de salud y seguridad social, y costos medios per cápita derivados del gasto y cobertura actual de los programas analizados en estas dimensiones. La tabla 6.1 presenta los montos globales de recursos existentes y adicionales requeridos en cada dimensión, y la GR. 6.2 muestra su distribución municipal. Los costos mayores se observan en la dimensión de la seguridad social (pensiones), que se explica por tratarse de la dimensión con la brecha de cobertura más amplia pero también por los subsidios públicos relativamente altos que absorben los actuales sistemas contributivos. Como se mencionó en el capítulo anterior, la estimación de los recursos totales requeridos para cerrar la BP por ingresos puede variar considerablemente dependiendo de los supuestos de capacidad de focalización, etc.

La distribución de los recursos requeridos en las dos decilizaciones es naturalmente similar a la distribución de las carencias, e implica asignaciones de recursos a los municipios más urbanos (deciles 9-10) de 2 a 5 veces mayores que al resto de los municipios.

Las asignaciones que se realizan actualmente por medio de los instrumentos analizados aquí se resumen en la gráfica 6.3. En términos de deciles de municipios, las asignaciones de las transferencias y los apoyos alimentarios son prácticamente planos. Esto es consistente con la distribución de la PE, pero como se puede apreciar la asignación requerida para cerrar la BP y la carencia alimentaria tendría implica una mayor concentración en los municipios en los dos deciles superiores. Por otro lado, comparando las distribuciones por deciles de población, es claro que los recursos dirigidos a los sistemas de pensiones tendrían que tener una fuerte concentración en los deciles con mayores tasas de pobreza para ser congruente con la distribución de esta carencia, en contraste con la concentración inversa que presentan los instrumentos actuales.

Se han citado en los antecedentes de este estudio los avances notables implementados en las últimas dos décadas en la cobertura de los programas de protección social

dirigidos a las poblaciones más pobres en las zonas rurales del país. Los resultados presentados en este estudio implican que para extender y consolidar estos logros el reto hoy es ampliar la cobertura de la protección social hacia la población pobre que actualmente no cuentan con acceso a los sistemas de seguridad social contributiva en los municipios urbanos del país. Este proyecto enfrenta los siguientes retos principales.

Primero, la ampliación de cobertura debe lograrse sin poner en riesgo los instrumentos de protección social que actualmente benefician a los municipios rurales más pobres del país. Por ello no se deriva de estos resultados, de ninguna manera, una recomendación de reasignación territorial de los recursos en protección social ejercidos actualmente a favor de las poblaciones rurales pobres, que son comparativamente bajos en relación a países similares de la región como Brasil o Argentina (Lustig, Pessino and Scott, 2013), y más aún en relación a los países de la OECD. Se requiere más bien de un crecimiento significativo de estos recursos enfocado en su parte principal hacia poblaciones pobres amplias dentro de los municipios con mayor densidad poblacional, sin descuidar desde luego los municipios más aislados y de baja densidad poblacional.

Segundo, es importante reconocer que lograr una cobertura efectiva de la población en pobreza extrema por parte de los programas de protección social en los municipios urbanos con alta densidad poblacional pero bajas tasas de pobreza resulta un reto importante dadas las capacidades institucionales disponibles en los gobiernos central y locales para la identificación de la población objetivo. Los dos deciles de municipios superiores en la distribución municipal por tasas de PE incluyen a 20.4% de la población en PE, 25.8% de la población en PE/CA y 30.3% de la población en PEI. Sin embargo, para asegurar un acceso efectivo a programas de protección social para esta población es necesario identificar una población objetivo que representa apenas 10% (PEI), 4.2% (PE) y 3.7% (PE/CA) de la población total de estos municipios (gráfica 5.6).

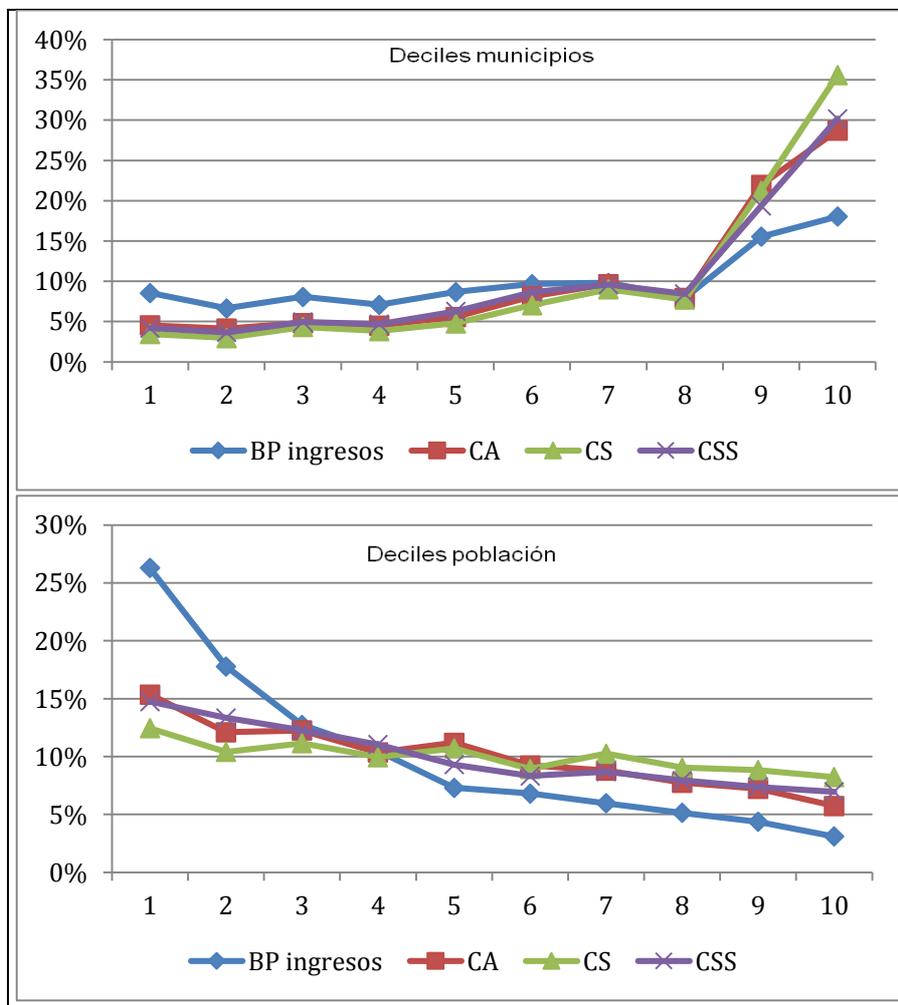
Como se ha mencionado antes, la transferencia que cuenta con el sistema de identificación más riguroso disponible en México actualmente, *Oportunidades*, logra transferir cerca de 80% de sus recursos a los PE en zonas rurales donde la tasa de PE es de 26.5% (2010), pero apenas 40% a los PE en zonas urbanas con una tasa media de PE de 6.7%.

Existen tres estrategias posibles de identificación para lograr una cobertura efectiva de la población pobre en municipios de alta densidad poblacional que hay que evaluar cuidadosamente:

- a) **Focalización administrativa** a partir de levantamientos de información socioeconómica a nivel de hogares. Difícilmente factible en municipios de alta densidad poblacional.
- b) **Focalización por auto-selección.** Se definen y comunican derechos sociales claros en función de características específicas observables de los hogares, se ofrecen los beneficios de la protección social por auto-identificación de los hogares.
- c) **Programas universales.** Se ofrecen los beneficios universalmente, eliminando en principio todo error de exclusión de los hogares pobres. La universalidad puede justificarse desde luego como un valor intrínseco asociado al concepto de derechos sociales, pero también, tal vez contra-intuitivamente, como una solución desde una perspectiva de bienestar al problema de identificación

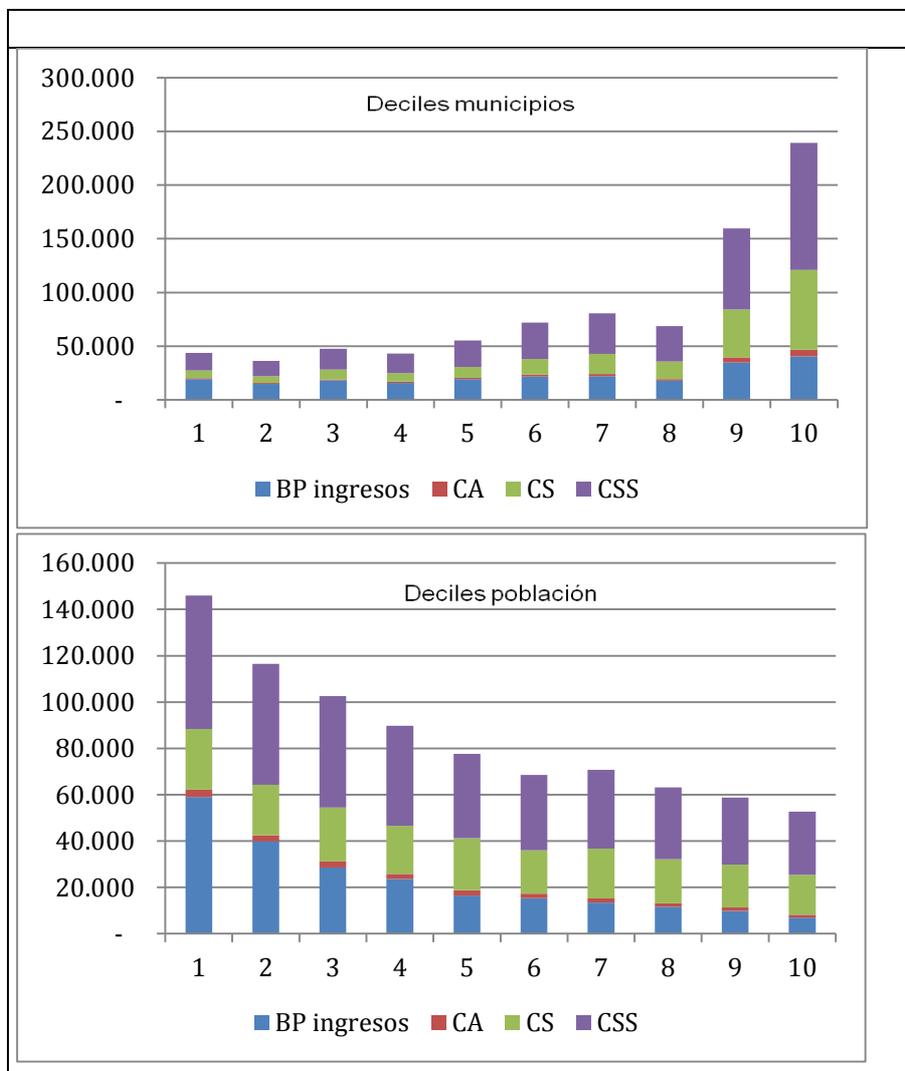
eficiente de la población pobre. Cuando la tasa de pobreza es relativamente alta y los instrumentos de identificación administrativos generan costos y errores de focalización significativos, la universalidad puede resultar una solución más costo-efectiva para llegar a la población pobre que la focalización, aún cuando se asume que las transferencias a población no pobre carecen de valor social. Por otro lado, una asignación universal resulta evidentemente superior como instrumento para llegar a la población pobre cuando la alternativa no es una asignación focalizada sobre esta población, sino una asignación regresiva con mayor concentración sobre los estratos de mayores ingresos. Este sería por ejemplo el caso de una reforma que sustituye subsidios generalizados al consumo por una transferencia universal.

Gráfica 6.1 Distribución de carencias de protección social: deciles de municipios y de población ordenados por PE, 2010



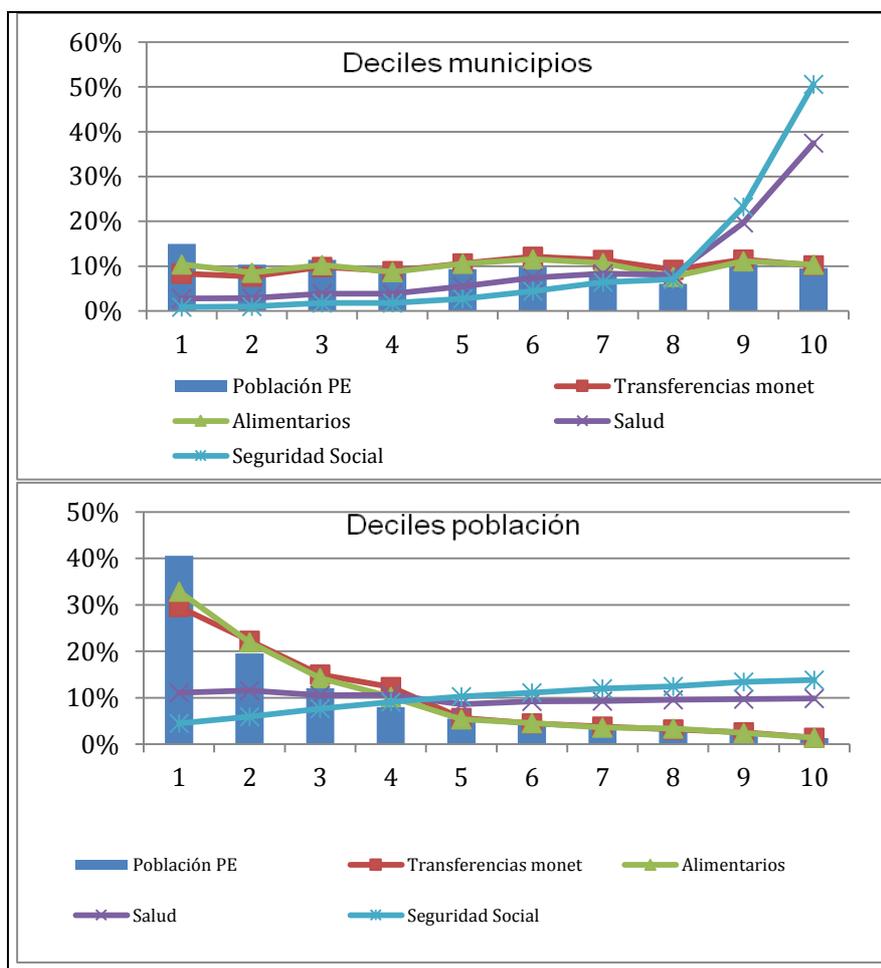
FUENTE:

Gráfica 6.2 Distribución de recursos adicionales estimados para cerrar la brecha de pobreza por ingresos (Ibm) y carencias de protección social: deciles de municipios y de población ordenados por pe, 2010 (millones de pesos).



FUENTE:

Gráfica 6.3 Distribución municipal del gasto público en protección social: 2010 (participación porcentual en el gasto por deciles poblacionales ordenados por PE)



FUENTE:

Tabla 6.1

	Transferencias actuales	Transferencias requeridas	adicionales
	Mill. pesos	Mill. pesos	%PIB
BP ingresos	108,517	237,760	1.5%
CA*	5,103	42,065	0.3%
CS	459,333	209,568	1.3%
CSS	262,352	391,201	2.5%
Total	835,305	880,594	5.6%

**Para evitar contabilidad dos veces Oportunidades se contabiliza como transferencia alimentaria.*