

Salud: equidad y desarrollo

La salud de la población, como indicador inequívoco del bienestar de la sociedad, es uno de los objetivos rectores de la acción del Estado democrático social contemporáneo.

Como lo refiere el PNUD, al establecer a la salud como uno de los componentes clave del Índice de Desarrollo Humano (IDH), “la esperanza de vida al nacer refleja la capacidad de llevar una vida larga y saludable” (PNUD, 2017), sobre la que inciden la cobertura de servicios de salud desde el embarazo y la primera infancia, el alcance de las políticas de vacunación y medicina preventiva, las visitas regulares al primer nivel de atención de la salud, así como la garantía efectiva de protección del sistema de salud cuando se presentan enfermedades y accidentes. A lo anterior hay que sumar el acceso a servicios básicos como agua potable y alcantarillado, a vivienda digna, a una alimentación adecuada, a habitar en entornos libres de contaminación y violencia, que son determinantes no estrictamente endógenos al sistema de salud de cada país pero que inciden en la salud de la población.

En México, la esperanza de vida al nacer para 2015, de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, fue de 76.7 años (Global Health Observatory, s.f.), siendo de 73.9 años para los varones y de 79.5 para las mujeres, lo que coloca al país en la octava posición en el continente americano (detrás de Canadá -82.2 años-, Chile -80.5-, Costa Rica -79.6-, Estados Unidos -79.3- y Uruguay -77-).

Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil en México es superior a la de países de desarrollo similar al nuestro (se registran 13 muertes en niños menores de cinco años por cada mil nacidos vivos, mientras que en Costa Rica y Uruguay la incidencia es de 10 por cada 1000) y lo mismo ocurre con la mortalidad materna (38 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en México, por 25 en Costa Rica y 15 en Uruguay)(cuadro 6).

Además, es preciso considerar el escenario social que se desprende de la combinación de dos transiciones no recientes pero en curso acelerado en México: la demográfica –con un ritmo intenso de envejecimiento de la población- y la epidemiológica –que si bien permitió en una primera fase la disminución de la incidencia de las enfermedades infecto contagiosas como las principales causas de morbilidad y mortalidad, desde inicio del siglo registra una expansión de la diabetes como principal problema de salud poblacional, con efectos sobre las finanzas públicas y privadas y con importantes pérdidas de años de vida saludables entre los mexicanos¹.

Así que los indicadores básicos de la salud de la población evidencian que México tiene un rezago en la materia frente a su propio desarrollo económico, pues se trata de un país de desarrollo humano medio alto de acuerdo a la clasificación del PNUD. Lo anterior pone en evidencia que, pese a los avances logrados, persisten problemas que deben ser atendidos desde el propio sector salud y desde la acción amplia del Estado en su conjunto, con la participación de la sociedad, porque los determinantes sociales de la salud son de particular importancia en naciones tan desiguales como la mexicana (Cordera & Murayama, 2012).

Para el propósito de este volumen, a continuación se desarrollan tres propuestas para enderezar una estratégica de desarrollo del sistema de salud en México orientadas a favorecer la equidad social, a saber: i) asegurar la cobertura universal de los servicios de salud, poniendo énfasis en la medicina preventiva a través de un modelo de unidades de atención básica al alcance permanente de toda la población; ii) avanzar hacia la edificación de un genuino sistema nacional de salud, revirtiendo la fragmentación que caracteriza a la oferta de servicios públicos de

¹ Como causa directa de la pandemia de diabetes no puede dejar de señalarse la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Se trata de un serio problema de salud pública. Mientras en la OCDE el promedio de sobrepeso es 34.5% y el de obesidad de 19.4%, en México alcanzan el 39.2% y 33.3% respectivamente entre la población mayor de 15 años de edad.

Cuadro 6. Indicadores de salud y recursos de atención a la salud

Indicador	OCDE	México	Chile	Costa Rica	Brasil	Colombia
Esperanza de vida al nacer	80.6	75	79.1	79.6	74.7	74.2
Esperanza de vida al nacer (varones)	77.9	72.3	76.5	77.2	71	70.7
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	83.1	77.7	81.7	82.1	78.5	77.8
Tasa de mortalidad infantil	3.9	12.5	7.2	8.5	14.6	13.6
*Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por 100,000 nacidos vivos)	ND	38	22	25	44	64
Número de doctores por cada 1000 habitantes	3.4	2.4	2.1	ND	1.8	1.8
Número de enfermeras graduadas por cada 100,000 habitantes	46	12	21.5	ND	ND	ND
Número de consultas al año por médico	2,295	1,147	1,682	ND	1,487	1,071
Número de Visitas al médico al año	6.9	2.7	3.4	ND	2.8	1.9

Fuente: OCDE Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

* Fuente: Banco Mundial, 2017.

salud y, iii) concretar un incremento sostenido de los recursos públicos para la salud, con una política gradual pero consistente de financiamiento, con cargo a los impuestos generales, disminuyendo las aportaciones privadas vía la Seguridad Social –cuotas obrero patronales- y separando al sistema de salud del de protección social.

La atención a la salud: el reto de la cobertura efectiva

En México, de acuerdo a las cifras del Quinto Informe de Gobierno (Presidencia de la República, 2017), la población que utiliza los servicios de salud ascendió a 98 millones de personas, de las cuales 50.8 millones estaban aseguradas por alguna institución de Seguridad Social y 47.18 millones eran población no asegurada. Si se considera que, con base en las proyecciones que realiza el CONAPO, para 2017 había 123.5 millones de habitantes en el país, de las cuales hay 24.5 millones de personas (20% del total) que no son usuarias de servicios de salud. Lo anterior sin considerar aún la calidad del acceso a los servicios de atención que reciben.

Lo anterior evidencia que México no ha alcanzado la cobertura universal de los servicios de salud y que la exclusión del ejercicio de este derecho básico debe de ser reconocida de forma explícita para poder ser, a partir de acciones estatales bien definidas, revertida en el periodo de gobierno 2018-2024.

En México hay 2.4 médicos por cada mil habitantes, mientras que el promedio en la OCDE es de 3.4 médicos por millar de personas, evidenciando una disposición relativa de 50% más facultativos por el número de habitantes respecto a lo que se verifica en nuestro país. La diferencia es mayor si se compara la disposición de enfermeras graduadas, que en promedio son 46 por cada cien mil personas en los países integrantes de la OCDE y solo 12 en México. Lo anterior contribuye a explicar que el número de consultas médicas en nuestro país sea de 2.7 por persona al año, y de 6.9 en la OCDE. Pero no solo es el hecho de que haya más disposición de personal de salud lo que hace que la frecuencia de visita al doctor sea inferior en nuestro caso, sino la accesibilidad, pues mientras un médico mexicano brinda 1,147 consultas al año, en la OCDE cada médico da 2,295 consultas anuales (OCDE, 2017).

La carencia de acceso efectivo a la salud demuestra que hay, por supuesto, un problema de oferta y de infraestructura de servicios de salud, pero también de organización del propio sistema de salud que merece ser revisado. De hecho, distintos grupos de expertos, estudios e instituciones sobre la materia en México han puesto énfasis, desde hace una década, en la necesidad de articular un modelo de atención primaria.

Los ejercicios de análisis comparados permiten conocer que, por ejemplo, en el caso de Costa Rica, se ha integrado un modelo a partir de la existencia de un Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, asistente técnico de atención primaria, un auxiliar de redes y técnico de farmacia. Estos equipos tienen la responsabilidad de ofrecer servicios de salud de forma ágil, dando seguimiento a las familias, a través de dar prioridad a la acción de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación de menor complejidad, a través de la consulta externa o ambulatoria (Sauma, 2016).

Para el caso de México, si hay un déficit de atención de al menos 24.5 millones de personas, sería necesario asegurar servicios de salud y consultas regulares a través de equipos básicos de atención por cada 3,000 personas. Eso implicaría la necesidad de confeccionar alrededor de 8 mil equipos de atención básica a la salud que habrían de involucrar a 40 mil profesionales de la salud, ya sea a través de la contratación, readscripción laboral o modificación de las tareas que tienen asignadas en la actualidad.

Ese esfuerzo, si se suponen remuneraciones brutas de 1.8 millones de pesos anuales por equipo básico de atención,² así como un monto adicional del 40% en los capítulos de gasto 2000 a 5000, implicaría un costo agregado de 2.52 millones de pesos anuales para asegurar atención primaria efectiva y el registro de la

² Suponiendo un salario neto mensual de 30 mil pesos para el médico cabeza del equipo, y de 20 mil pesos para cada uno de los demás integrantes, a lo que debe añadirse un 26% adicional de prestaciones e impuestos.

condición de salud de 3,000 habitantes del país. En total, solo para revertir el déficit en acceso a la salud de los 24.5 millones de personas que se desprende de las estadísticas oficiales, el esfuerzo sería de 20 mil millones de pesos al año. Esa cifra, equivalente a mil millones de dólares, significa sólo el 0.37% del PEF aprobado para el año 2018, es decir, 37 centavos por cada cien pesos de gasto. Se trata de un monto asequible y razonable tomando en cuenta el efecto que tendría en términos de mejora del bienestar y garantía de un derecho humano para la quinta parte de la población mexicana que aún no lo ejerce.

Esta conclusión revela que debe combinarse tanto una estrategia de rediseño de los servicios de salud como incrementarse los recursos para que el acceso a estos servicios no dependa de la capacidad económica de los individuos, pues ello implica que un derecho fundamental establecido en la Constitución devenga en una mercancía.

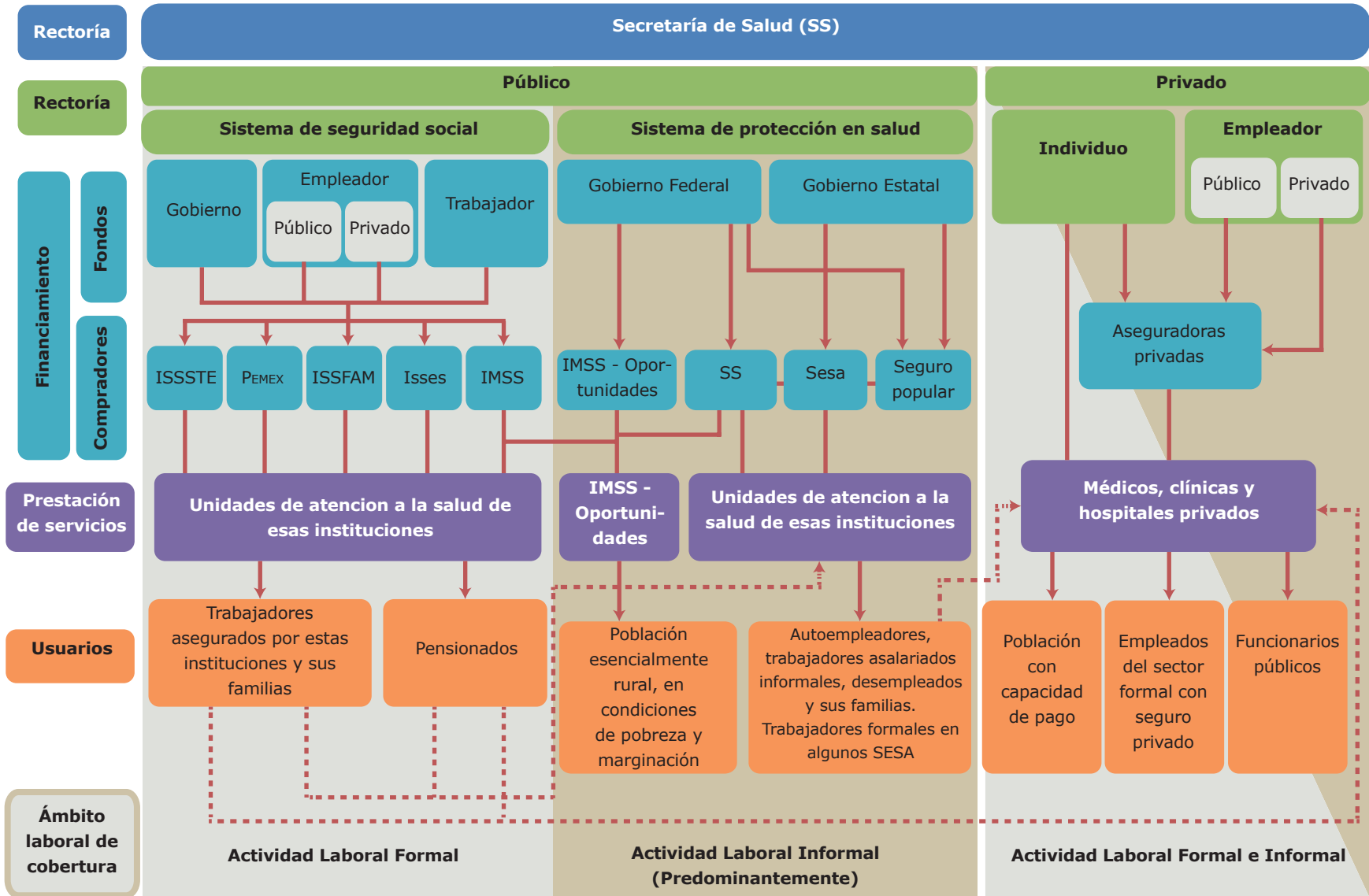
Hacia un Sistema Público Nacional de Salud

Una característica de la oferta de servicios de salud en México es la marcada fragmentación institucional (gráfico 7).

En el sector público, hay dos grandes divisiones, en buena medida determinadas por un elemento exógeno a las necesidades de acceso a la salud, como es la situación laboral.³ Así, en la seguridad social se incluye a los trabajadores asalariados formales y a sus familias, mientras que la Secretaría de Salud federal y las de las entidades federativas atienden a lo que se conoció como “población abierta” no derechohabiente de prestaciones laborales. Pero incluso en la seguridad social hay una subdivisión entre los trabajadores formales del sector público (que

³ En México, de acuerdo a las cifras oficiales, el 60% de los trabajadores son informales, de ahí que la dinámica económica de las últimas cuatro décadas, con un marcado déficit en la generación de empleo formal haya implicado la exclusión de un número cada vez mayor de familias del acceso a servicios de salud de calidad, lo que se conseguía a través de su incorporación al mercado laboral formal.

Gráfico 7. Estructura de los servicios de salud en México



Fuente: Martínez & Murayama, (2016)

a nivel federal están adscritos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y a nivel local en los institutos estatales de seguridad social para los empleados del sector público de las entidades federativas) y los del sector privado (adscritos al IMSS).

Un problema adicional es que las instituciones de la seguridad social en México están avocadas, tanto en la atención a la salud⁴ como en el asegurar pensiones y jubilaciones de los trabajadores⁵ –un número creciente dada la transición demográfica del país–, por lo cual no hay una separación clara de funciones y existen presiones de gasto de diversas fuentes que dificultan tanto la operación institucional como la identificación precisa de los recursos que se requieren para asegurar el ejercicio de los distintos derechos que la seguridad social ha de garantizar. Separar la cobertura a la salud del aseguramiento de las pensiones es una reforma tan pertinente como compleja en su concreción institucional.

Por otra parte se encuentra la población sin vínculo formal al mercado de trabajo, que accede a servicios de salud a partir del Seguro Popular y de programas sociales como IMSS-Oportunidades. Sin embargo, la diferencia no se refiere sólo a qué institución brinda el servicio de salud, sino a la amplitud de los padecimientos que se cubren y la calidad con que se realiza la atención.

Se ha documentado (Durán, 2012) que los padecimientos cubiertos por la seguridad social –ya sea IMSS o ISSSTE a trabajadores formales– llegan a ser hasta 10 veces más que la cobertura que ofrece el Seguro Popular. Baste señalar, por ejemplo, que el tratamiento de hemodiálisis, requerido por pacientes

con diabetes avanzada, está cubierto por la seguridad social pero no por el Seguro Popular. También se identifica que la mortalidad materna muestra tasas de incidencia diferentes en función de la institución pública de salud en la que se atienden los partos.

El sector privado, por su parte, más que un complemento de los servicios de salud pública representa un sustituto a grado tal que prácticamente la mitad del gasto en salud en el país es hecho por particulares. Lo anterior pone de relieve las carencias del sector público –que según recomendaciones internacionales, debería de representar entre tres cuartas partes y cuatro quintas partes del gasto nacional en salud– pero también las del propio sector privado, pues tiene un peso muy alto aún el gasto de bolsillo. Los datos oficiales más recientes permiten conocer que sólo el 10% del gasto privado en salud (el 5% del gasto total en salud) se dirige al pago de primas de seguros médicos.

Un campo de investigación abierto y del todo necesario para la toma de decisiones en materia de salud desde la rectoría del Estado consiste en sistematizar la información acerca de la estructura y calidad de los servicios médicos en el sector privado en México.

Se requiere transitar de un esquema caracterizado por la fragmentación a lo que en otros espacios hemos denominado un Sistema Nacional Público de Salud en México (Murayama & Ruesga, 2016).

Dicho sistema, al incluir el concepto público, buscaría hacer explícito que no será a través del pago de los usuarios del mismo como se financiaría, que habrá de ofrecer un piso común en la calidad y número de intervenciones garantizadas por toda institución de salud al conjunto de la población, sin que ello dependa de la condición de residencia, de ingreso o situación laboral.

La participación de instituciones privadas de salud como proveedores de servicios debe concebirse de manera complementaria a la atención brindada por los servicios públicos y no de forma competitiva.

⁴ Que incluye investigación y desarrollo tecnológico en salud, suministro de claves de medicamento, equidad de género, atención a personas con discapacidad, prevención y control de enfermedades, atención a la salud y prestaciones sociales.

⁵ Las pensiones y jubilaciones abarcan, en el caso del ISSSTE pensiones por riesgo de trabajo, pensiones por invalidez, pensiones por causa de muerte, pensiones por cesantía, pensiones por vejez, jubilaciones, indemnizaciones globales, subsidios y ayudas. Para el IMSS incluyen pensiones en curso de pago, rentas vitalicias, régimen de pensiones y jubilaciones, así como pago de subsidios a asegurados.

Por la dimensión del objetivo, es necesario asumir que la consecución de un Sistema Nacional Público de Salud no será fruto de una mera reforma legislativa o de una sola acción en el tiempo, sino que implica una estrategia gradual y temporal del Estado mexicano que permita la homologación de la calidad de las prestaciones de salud entre instituciones. Para ello, un primer paso ha de consistir en la definición de criterios y protocolos aplicables en todas las instituciones públicas de atención médica de primer nivel, con el uso de guías de práctica clínica, para homologar la calidad de la atención.

Como ya se dijo a partir del apartado previo, es necesario que el primer contacto con el sistema sea a través de una unidad básica de atención a la salud conformada por un equipo multidisciplinario articulado alrededor de un médico referente (médico de familia o médico general).

El sistema, en un país con las dimensiones de México y dadas sus profundas diferencias en desarrollo socioeconómico e institucional entre sus entidades, deberá edificar un modelo de gestión de servicios descentralizado, estableciendo los principios normativos que planteen las responsabilidades y los compromisos específicos a cada nivel de gobierno y aseguren la articulación y cooperación entre estos diversos niveles.

El modelo organizacional requiere basarse en la gestión a nivel estatal, dando cumplimiento a los principios de descentralización política y pleno ejercicio del federalismo, y acompañarse de mecanismos de financiamiento, pero también de transparencia, rendición de cuentas y evaluación, que hagan sostenible y legítima esta descentralización.

Asimismo es necesario consolidar un sistema nacional integrado y homogéneo de información y vigilancia epidemiológica, alimentado desde el nivel local, a través de las unidades médicas de atención primaria, y articulado alrededor de sistemas estatales de información, que permita la detección

oportuna de riesgos a la salud de la población y su atención inmediata.

La atención primaria y la medicina preventiva deben estar en la base de todo el sistema, que en forma piramidal debería ubicar y canalizar la atención de segundo y tercer nivel.

Es necesario que los recursos humanos y la infraestructura del sector salud se correspondan también con un diseño de Sistema Nacional Público que inicia con la atención primaria y el énfasis en la prevención de los padecimientos, lo cual hace indispensable que el Sistema responda a las necesidades de salud de la población antes que a la demanda de salud. La diferencia no es menor, pues las necesidades de atención no se traducen siempre en demanda de servicios, sobre todo en contextos donde tiene alta presencia el gasto privado y de bolsillo como es el caso de México. Dicho de otra forma, la demanda de salud suele concretarse cuando hay presencia de un padecimiento, no de forma preventiva, y además depende de que se cuente con cobertura real o con recursos para sufragar la atención privada, mientras que la necesidad de cuidado de la salud es permanente e incluso es independiente a la disponibilidad de protección efectiva de alguna institución o de la disponibilidad de recursos.

De forma adicional, conviene subrayar que los sistemas de salud orientados por reglas de mercado, entrañan el riesgo de la inducción de la demanda por parte de la oferta, pues se trata de un mercado con clara información asimétrica entre el demandante o consumidor (paciente) respecto al oferente o productor de los servicios (médico u hospital), de tal manera que una lógica propia del mercado, como es la maximización de beneficios, puede no ser la más adecuada si de mejorar la salud poblacional se trata. Un indicador claro de ello, para el caso de México, es el número de cesáreas que se practican (67% más que en el promedio de la OCDE, con 46.8 cesáreas por cada 100 nacidos vivos frente a 27.9 por cada cien en la media de la organización), evidenciando que se siguen procedimientos

más costosos y no óptimos desde el punto de vista de la salud materna y de los recién nacidos.

Es fundamental ampliar el número de profesionales de la salud, empezando por la disponibilidad de médicos generales, sin los cuales un Sistema Nacional que parta de la base de la atención primaria y la salud preventiva no podrá concretarse. Es indispensable el aumento de la infraestructura médica y reducir las brechas regionales que se presentan en el país.

Aumentar los recursos y la calidad del gasto en salud

Las propuestas anteriores no podrán concretarse si se continúa destinando recursos insuficientes para la atención a la salud. El cuadro 7 permite ver que, en una comparación con el promedio de los países miembros de la OCDE, México canaliza en total un porcentaje menor al que en la Organización se dedica sólo de gasto público. Más aún, se aprecia que en contraste con países latinoamericanos de desarrollo similar, tenemos el menor porcentaje de gasto en salud respecto al PIB y, también, el gasto público más bajo en salud.

Los países que han conseguido sistemas universales de cobertura a la salud, en ningún caso destinan menos del 8 por ciento del PIB al sector salud y al menos el 6% es público. Es preciso reconocer que con la actual estructura de gasto y con el volumen de recursos que se canalizan a la atención a la salud, seguirá sin garantizarse el derecho efectivo de acceso a la protección en salud.

Las cifras anteriores muestran un claro problema de insuficiencia de recursos públicos. México tendría que destinar otro 3% del PIB como gasto público en salud en los próximos seis años si se pretende asegurar el acceso a la atención médica, medicamentos y tratamientos –sobre todo ante la expansión de las enfermedades crónico degenerativas, en especial la diabetes, que se han convertido en

la principal causa de morbilidad y mortalidad de la población-. Ello implicaría un incremento promedio al año de medio punto porcentual del PIB, lo que implicaría en un periodo de seis años una canalización adicional del gasto en salud cercana a los 700 mil millones de pesos⁶.

Cuadro 7. Porcentaje de Gasto en Salud respecto del PIB (datos 2016)

	Total	Gasto de Gobierno	Gasto personal o voluntario
OCDE	9.0	6.5	2.5
Mexico	5.8	3.0	2.8
Chile	8.5	5.1	3.3
Colombia (2014)	7.2	5.4	1.8
Brasil (2013)	6.2	3.4	2.8
Costa Rica (2014)	9.1	6.6	2.5

Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE y OMS.

Sin embargo, un análisis más detallado de las fuentes de financiamiento del gasto público en salud permite reconocer que el reto es aún mayor. Como ya se dijo, buena parte del gasto en salud se ejerce a través de las instituciones de seguridad social, pero éstas no sólo se financian con recursos provenientes de impuestos generales sino a través de las cuotas obrero patronales.

El cuadro 8 –que muestra ciertas diferencias con la información del cuadro 7, lo cual se explica no solo por el año sino por la fuente estadística de referencia-, da cuenta de que en 2014 –dato disponible más reciente a ese nivel de desagregación- el componente público del gasto en salud es muy cercano al del sector privado (el primero representa el 52% del total), el 1.7% del gasto sobre el PIB se hace a través de las instituciones que

⁶ El último dato del PIB de INEGI, correspondiente a 2016, señala un valor agregado nacional de 20 mil millones de millones de pesos. Con esa base y a partir de un supuesto de crecimiento de la economía de 3% en promedio anual, se tendrían que destinar más de cien mil millones de pesos adicionales cada ejercicio fiscal para conseguir una expansión al año de medio punto porcentual del PIB como gasto en salud.

atienden a la población derechohabiente en función de la condición laboral de las personas usuarias de los servicios de salud. Esto implica que el 55% de gasto público en salud lo hacen el ISSSTE, IMSS, PEMEX e institutos de seguridad social de las entidades federativas (cuadro 8).

Ahora bien, de los recursos canalizados para la atención a la salud por el IMSS y el ISSSTE en 2014, como se muestra en los cuadros 9 y 10, \$207 mil millones de pesos y \$15,207 millones de pesos, respectivamente, tuvieron origen en cuotas obrero patronales. Los ingresos totales de ambos institutos en el ejercicio fiscal de análisis sumaron \$277.5 mil millones de pesos, de los cuales \$222.8 mil millones. Es decir, el 80% del gasto en salud en el IMSS y el ISSSTE no se financia con impuestos generales o aportaciones de la federación, sino que tiene un origen particular, las cuotas que por ley aportan los derechohabientes y los empleadores privados.

El hallazgo anterior implica que del gasto público en salud hay \$722 mil millones de pesos, que representan 1.36% del PIB, que son financiados con recursos de particulares. Más aún, puede afirmarse que el 51% del gasto público en salud en el país se fondea con los recursos de las cuotas de trabajadores y empleadores. Lo anterior pone de manifiesto que no sólo se requeriría de 3% adicional del PIB para llegar a una meta de gasto público del 6% del producto, sino que se trata de un esfuerzo de 4.36 puntos porcentuales más.

Lo anterior es relevante porque la cobertura universal de salud implica que no haya trato diferenciado ni exclusión por la condición laboral de la población, esto es, que el derecho de acceso sea indistinto para las personas en tanto poseedoras de un derecho fundamental no negociable. La garantía del ejercicio de un derecho humano debe ser asegurada por el Estado gracias a un financiamiento proveniente de impuestos generales.

La transición hacia un Sistema Nacional Público de Salud requiere entonces de un esfuerzo financiero, desde el sector

público, significativamente mayor al que se ha identificado en otros momentos. Sin una reforma fiscal profunda, progresiva, el derecho de acceso a la salud seguirá siendo un postulado programático de la Constitución mexicana y no una realidad tangible para la población.

Poner énfasis en la atención primaria y asegurar la cobertura universal, trascender la fragmentación de los servicios de salud, así como ampliar en cuatro puntos porcentuales del PIB los recursos a la salud son retos y objetivos que, genuinamente, debería proponerse el país para el gobierno de 2018 a 2024.

*Autor principal:
Ciro Murayama*



Cuadro 8. Análisis del Gasto en Salud 2014 (cifras de la SS)

	Monto	Proporción del PIB
PIB (millones de pesos)	17,209,663.28	
Gasto Total en Salud (mdp)	1,046,908.00	6.1%
Gasto Público en Salud	543,502.82	3.2%
Gasto en Salud de población no derechohabiente	243,975.75	1.4%
Gasto en Salud de población derechohabiente	299,527.07	1.7%
ISSSTE	47,308.19	0.3%
IMSS	219,242.88	1.3%
PEMEX	12,903.64	0.1%
OTROS	20,072.37	0.1%
Gasto Privado en Salud	503,405.18	2.9%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015.

Cuadro 9. Ingresos y Gastos del IMSS (para servicios médicos)

Concepto	Para servicios de enfermedad y maternidad	
Ingresos de la gestión	Monto (millones de pesos)	Observaciones
Ingresos por cuotas	207,581.9	
Cuotas y aportaciones de seguridad social	206,253.0	Proviene de Cuotas Obrero Patronales
Ingresos por venta de bienes y servicios	1,328.9	Proviene de Cuotas Obrero Patronales
Otros ingresos y beneficios	22,466.2	
Ingresos financieros	3,339.5	
Otros ingresos y beneficios varios	19,126.7	Subsidios o transferencias del Gobierno Federal
Total de ingresos y otros beneficios	230,048.1	

Fuente: Libro Blanco del IMSS, 2014

Cuadro 10. Ingresos y Gastos del ISSSTE (para servicios médicos)

Concepto	Para servicios de enfermedad y maternidad
Ingresos de la gestión	Monto (millones de pesos)
Cuotas de trabajadores al ISSSTE	15,207.4
APF (dependencias y entidades)	14,024.4
Administración pública estatal y municipal (dependencias y entidades)	1,183.0
Aportaciones federales para el ISSSTE	32,263.4
APF (dependencias y entidades)	29,590.5
Administración pública estatal y municipal (dependencias y entidades)	2,672.9
Total	47,470.8

Fuente: SHCP, 2015.

Referencias

- Alba, F. & Potter, J.E. (1986). Población y desarrollo en México. Una síntesis de la experiencia reciente. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 1(1), 7-37.
- Alba, F., Giorguli, S. & Pascua, M. (2014). Cambios demográficos y desarrollo: acomodados azarosos. En C. Rabell (Ed.), *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Anzaldo, C., Hernández, J. C. & Prado, M. (2004). Distribución territorial de los adultos mayores. En Conapo (Ed.), *La situación demográfica de México 2004*. Distrito Federal: CONAPO.
- ASF. (2017). *Informe General de Cuenta Pública 2015*. Disponible en: <http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/InformeGeneral/ig2015.pdf>
- ASF. (2017a). *Programa de actividades 2017-2018*. Disponible en: http://www.asf.gob.mx/uploads/254_Programa_Anuual_de_Actividades/Programa_de_Actividades_2017.pdf
- Bensusán, G. (2016). *Nuevas tendencias en el empleo: retos y opciones para las regulaciones y políticas del mercado de trabajo*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bird, K. (2007). *The intergenerational transmission of poverty: An overview*. (Working Paper No. 99). Londres: Overseas Development Institute (ODI)-CPRC. Disponible en: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/885.pdf>
- Blanco, E. (2011). *Los límites de la escuela. Educación, desigualdad y aprendizajes en México*. México: El Colegio de México.
- BM. (2017). *World Development Indicators* [Archivo de datos]. Disponible en: <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>
- Carbonell, M. & Salazar, P. (Coords.). (2011). *La reforma constitucional de Derechos Humanos: un nuevo paradigma*. México: UNAM–Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- CEPAL. (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Chávez, J., Hernández, F., & López-Calva, L. (2012). *El México del 2012, reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social*. México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY).
- Colchero, M., Rivera, J., Popkin, B. & Wen, S. (2017). In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened Beverage Tax. *Health Affairs*, 36(3), 564-571. doi:10.1377/hlthaff.2016.1231. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2016.1231?journalCode=hlthaff>
- CONAPO. (s.f.). *Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas* [Archivo de datos]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

- CONAPO. (2015). *Proyecciones de la población 2010-2050. Datos de proyecciones* [Archivo de datos]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- CONASAMI. (2016). *Salarios Mínimos Generales por Áreas Geográficas 1992-2016*. México: Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS). Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/106028/Salarios_Minimos_por_area_geografica_1992_-_2016.pdf
- CONEVAL. (s.f.). *Medición por ingresos 1992-2012*. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Medicion-por-ingresos-1990-2012.aspx>
- CONEVAL. (2013). *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf
- CONEVAL. (2016). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2016*. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/IEPDS_2016.pdf
- CONEVAL. (2017a). *Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2016*. México: CONEVAL. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx
- CONEVAL. (agosto, 2017). CONEVAL informa la evolución de la pobreza 2010-2016. En *Comunicado de prensa No. 09*. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/Comunicado-09-medicion-pobreza-2016.pdf>
- Cordera, R. (Coord.). (2015). *Más allá de la crisis. El reclamo del desarrollo*. México: FCE.
- Cordera, R. & Murayama, C. (coords.) (2012). *Los determinantes sociales de la salud en México*. México: FCE.
- Cordera, R. & Provencio, E. (Coords.). (2017). *Informe del desarrollo en México: Vol. Perspectivas del Desarrollo a 2030*. México: UNAM-PUED. Disponible en: http://www.pued.unam.mx/export/sites/default/publicaciones/34/Perspectivas_del_desarrollo.pdf
- Cortés, F. (2017). La relación entre el gasto social y la pobreza a debate. En F. Cortés (Coord.), *Temas de política social en México y América Latina*. México: COLMEX, PUED-UNAM.
- Cortés, F. & Escobar, A. (abril, 2005). Movilidad social intergeneracional en el México urbano. *Revista de la CEPAL*, 85. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11005/085149167_es.pdf?sequence=1
- CPRC. (2004). *The chronic poverty report 2004-2005*. Manchester: Institute for Development Policy and Management (IDPM) & CPRC.
- Cuervo, L. (2010). *El desarrollo leído en clave de planeación: piezas para la reinención del concepto*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), CEPAL, ONU.

Cuevas, L., Shamah-Levy, T., Hernández, S., González, D., Méndez, I., Ávila, M. & Rivera, J., (en prensa). *Tendencias de la mala nutrición en menores de cinco años de edad en México de 1988 a 2016: Análisis de cinco encuestas nacionales.*

DOF. (5 de febrero de 1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.* Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

DOF. (29 de diciembre de 1976). *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.* Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_190517.pdf

DOF. (5 de enero de 1983). *Ley de Planeación.* Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/59_281116.pdf

DOF. (30 de mayo de 2001). *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.* Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

DOF. (7 de diciembre de 2001). *Ley de Desarrollo Rural Sustentable.* Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldrs/LDRS_orig_07dic01.pdf

DOF. (23 de mayo de 2002). *Decreto por el que se reforman los artículos 2, párrafo primero y fracción III; 3; 8, párrafo segundo; 9, párrafo primero; 16, fracciones I y III; 17, fracciones I y II; 21, párrafo segundo; 27; 40, párrafo primero y 41 de la Ley de Planeación.* Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=751938&fecha=23/05/2002

DOF. (31 de mayo de 2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.* Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

DOF. (31 de diciembre de 2008). *Ley General de Contabilidad Gubernamental.* Disponible en: http://www.amerieiaf.mx/sites/default/files/Contabilidad_gubernamental.pdf

DOF. (27 de enero de 2012). *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley de Planeación.* Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5231351&fecha=27/01/2012

DOF. (20 mayo de 2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.* Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013

DOF. (5 de junio de 2013). *Decreto por el que se reforman los párrafos primero y último del artículo 25, así como el párrafo primero y tercero del apartado A del artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.* Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5301381&fecha=05/06/2013

DOF. (10 de febrero de 2014). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia política-electoral.* Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5332025&fecha=10/02/2014

DOF. (30 de abril de 2014). *Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018.* Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343071&fecha=30/04/2014

- DOF. (18 de julio de 2016). *Decreto por el que se expide la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación; y se reforman el artículo 49 de la Ley de Coordinación Fiscal, y el artículo 70 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental*. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5445046&fecha=18/07/2016
- DOF. (30 de noviembre de 2016). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2017*. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2017.pdf
- DOF. (29 de diciembre de 2016). *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2017*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/177672/Reglas_de_Operaci_n_2017.pdf
- DOF. (26 de abril de 2017). *Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480759&fecha=26/04/2017
- Drèze, J. & Sen, A. (1989). *Hunger and public action*. Oxford: Clarendon Press.
- Durán, L. (2012). Modelo institucional de atención a la salud en México. En R. Cordera & C. Murayama (coords.), *Los determinantes sociales de la salud en México*. México: FCE.
- Enríquez, R. (2014). Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cuadernos de Pesquisa*, 44(152), 378-399.
- FAO. (2011). *Indicadores de la Seguridad Alimentaria* [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/indicadores-de-la-seguridad-alimentaria/es/#.WULdCslw98Q>
- FAO. (2013). *Food Balance Sheets* [Archivo de Datos]. Disponible en: <http://www.fao.org/faostat/en/#data/FBS>
- Filgueira, C. (2001). *Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social. Aproximaciones conceptuales recientes. Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Ponencia llevada a cabo en el seminario de la CEPAL, Santiago de Chile.
- Fleury, S., Faria, M., Durán, J., Sandoval, H., Yanes, P., Penchszadeh, V. & Abramovich, V. (2013). Right to health in Latin America: beyond universalization. *Financing for Development series*, (249). Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/35953>
- Flores, M. (en prensa). *Hambre cero, colección objetivos de desarrollo sostenible*.
- Fuentes, M. (2015) Los derechos humanos y la arquitectura institucional en México. En R. Cordera (Coord.), *Más allá de la crisis. El reclamo del Desarrollo*. México: FCE.
- Fuentes, O. (2003). *Por una nueva política para la educación básica*. México: Mimeo.
- FUNSALUD. (2012). *Proyecto para la universalidad de los servicios de salud: Propuesta de FUNSALUD*. México: FUNSALUD.

- GNCD. (2012). *México frente a la crisis. Hacia un nuevo curso de desarrollo. Manifiesto: Lineamientos de política para el crecimiento sustentable y la protección social universal*. México: UNAM.
- Global Health Observatory. (s.f). *Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by country*. [Archivo de Datos]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>
- Gómez de León, J. (2000). Retos y oportunidades demográficas del futuro de la población. En J. A. Millán, & A. Alonso (coords.), *México 2030. Nuevo siglo, nuevo país*. México: FCE.
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. En CONAPO (Ed.), *La situación demográfica de México* (pp. 113-119). Ciudad de México: CONAPO.
- Habermas, J. (mayo, 2010). El Concepto de la dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Diánoia*, 55(64), 3-25. Disponible en: http://dianoia.filosoficas.unam.mx/files/7513/5846/7650/DIA64_Habermas.pdf
- Ham, R. (2010). Envejecimiento demográfico. En García B., & Ordorica, M. (coords.), *Los grandes problemas de México: I Población* (pp. 53-78). México: COLMEX.
- Hickey, S. & Du Toit, A. (2007). *Adverse incorporation, social exclusion and chronic poverty* (CPRC Working Paper No. 81). Manchester: CPRC.
- Ibarra, D. (2012). Mercado de trabajo y protección social. Con referencia especial a México. *EconomíaUNAM*, 9(25), 3-13.
- IFPRI. (2017). *Global Food Policy Report 2017*. doi:10.2499/9780896292529. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-bs201e.pdf>
- INEE. (2017). *Principales cifras: Educación básica y media superior. Inicio del ciclo escolar 2015-2016*. Disponible en: <http://www.inee.edu.mx/mapa2017/pdfestados/00.%20Nacional.pdf>
- INEGI. (s.f.). *Sistema de Cuentas Nacionales* [Archivo de datos]. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/scn/>
- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. México. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/>
- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental 2015*. México. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/encig/2015/>
- INEGI. (2017). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) Primer trimestre 2017*. México. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/>
- INEGI. (junio, 2017). Nota técnica: Módulo de movilidad social intergeneracional. En *Comunicado de prensa No. 261/17*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/mmsi/mmsi2017_06.pdf

- INSP. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales (ENSANUT)*. México: INSP. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- INSP. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC)*. México. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- Levy, S. (2008). *Buenas intenciones, malos resultados: política social, informalidad y crecimiento económico en México*. Washington D.C.: Brookings Institution Press.
- Levy, S. (noviembre, 2012). Seguridad social universal: un camino para México. *Nexos*. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=15047>
- Lomelí, L. (2007). Los sistemas públicos de salud en México: necesidad social y viabilidad económica de transitar de la segmentación a la cobertura universal. *Revista de Seguridad Social*, (48).
- Lomelí, L. (2015). La reforma inconclusa de la seguridad social. En J. Martínez (Coord.), *Situación actual y reforma de la seguridad social en México* (pp. 97-110). México: Instituto Belisario Domínguez (IBD), Senado de la República.
- Lomelí, L. & Murayama, C. (2009). México frente a la crisis: hacia un nuevo curso de desarrollo. *EconomíaUNAM*, 6(18), 7-60.
- Lopes, N. (1973). Transición demográfica: ¿resumen histórico o teoría de población?. *Demografía y economía*, 7(1), 86-95.
- Martínez, J. (Coord.). (2015). *Situación actual y reforma de la seguridad social en México*. México: IBD, Senado de la República. Disponible en: http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/2928/seguridad_social.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez, J. & Murayama, C. (2017). Perspectivas del desarrollo en la atención de la salud en México. En R. Cordera & E. Provencio (Coords.) *Informe del desarrollo en México: Vol. Perspectivas del Desarrollo a 2030*. México: UNAM-PUED.
- Martínez, J., Rosales, M. & Cabestany, G. (2015). La seguridad social y su relación con el mercado de trabajo. En J. Martínez (Coord.), *Situación actual y reforma de la seguridad social en México* (pp. 33-80). México: IBD, Senado de la República.
- Méndez, C. (18 de septiembre de 2016). *Impuesto a refrescos, productivo pero opaco*. México: El Universal. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-dedatos/2016/09/18/impuesto-refrescos-productivo-pero-opaco>
- Moore, K. (2001). *Frameworks for understanding the inter-generational transmission of poverty and well-being in developing countries* (CPRC Working Paper No. 8). Manchester: CPRC.

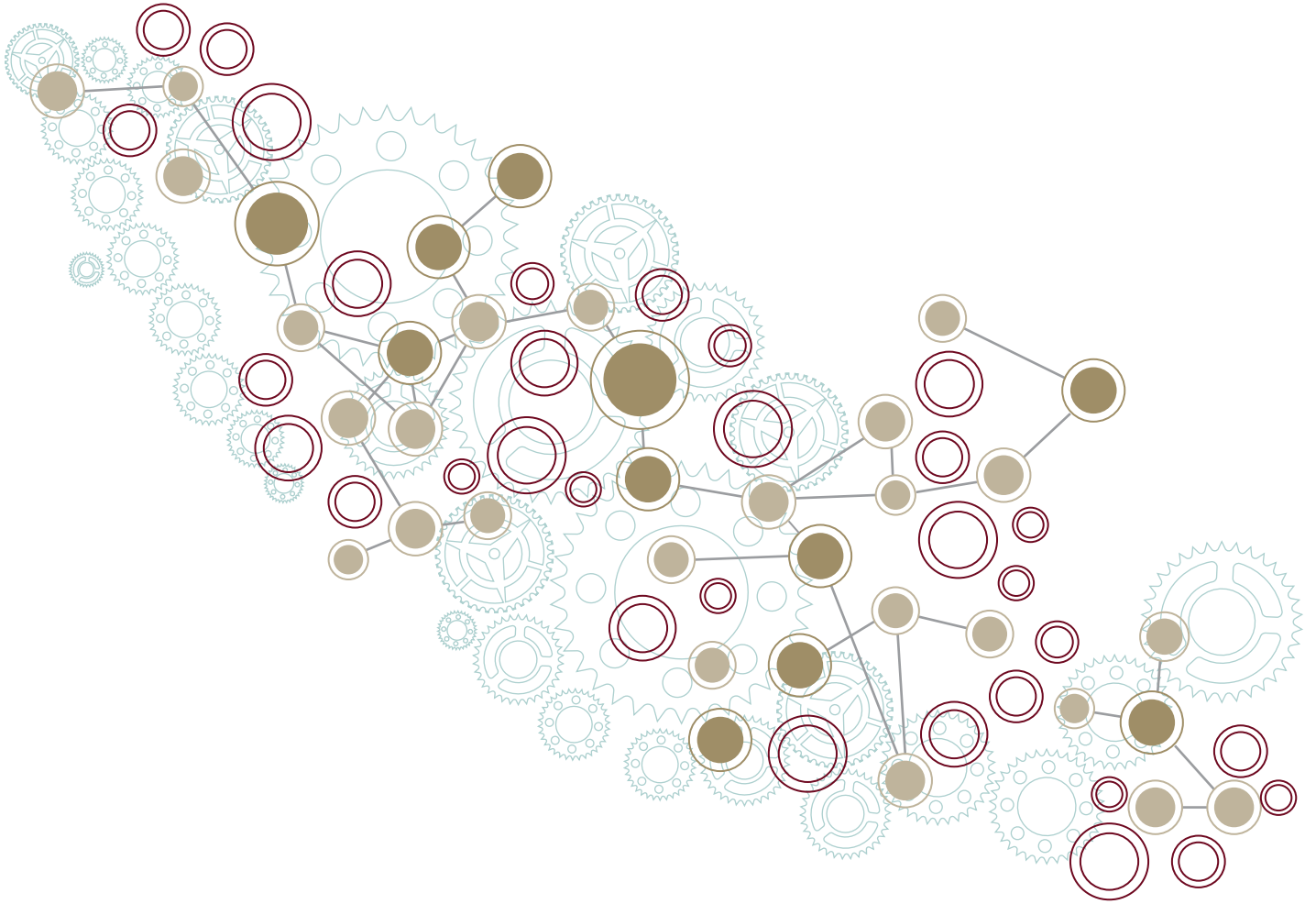
- Moore, K. (2005). *Thinking about youth poverty through the lenses of chronic poverty, life-course poverty and intergenerational poverty* (CPRC Working Paper No. 57). Manchester: CPRC.
- Muradás, M. (2010). *Las causas de muerte de los adultos mayores en México: expresión de la desigualdad social* (Tesis doctoral, COLMEX). Disponible en: https://colmex.userservices.exlibrisgroupcom/view/delivery/52COLMEX_INST/1264937910002716
- Murayama, C. & Ruesga, S. (2016). *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*. México: UNAM-PUED - IBD. Disponible en: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf
- Narro, J., Moctezuma, D. & Orozco, L. (2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social. *EconomíaUNAM*, 7(20). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ecu/article/view/18122>
- Notestein, F. (1945). Population: The Long View. En T.W. Shultz (Ed.), *Food in the World* (pp. 36-57). Chicago: University of Chicago Press.
- OCDE & FAO. (2017). *Agricultural Outlook 2017-2026*. Paris: OCDE. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/agr_outlook-2017-en
- OCDE (2010), *Perspectivas Económicas de América Latina 2011: En qué medida es clase media América Latina*. Paris: OCDE Publishing.
- OCDE. (2012). *Getting It Right: Una agenda estratégica para las reformas en México*. México: OECD Publishing. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/Getting%20It%20Right%20EBOOK.pdf>
- OCDE. (2015). *Estudios Económicos de la OCDE*. México.
- OEA. (15 de junio del 2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ONU. (1986). *Declaración sobre el Derecho al Desarrollo*. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RightToDevelopment.aspx>
- ONU. (25 de septiembre de 2015). *Resolución aprobada por la Asamblea General (A/RES/70/1)*. Disponible en: http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

- ONU. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una propuesta para América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
- OPS. (2013). *Cobertura Universal en Salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México: OPS/OMS.
- Partida, V. (2010). Migración interna. En B. García & M. Ordorica (Coord.), *Los grandes problemas de México. I Población*, (pp. 325-362). México: El Colegio de México.
- PNUD. (2004). *La Democracia en América Latina. Hacia una Democracia de Ciudadanas y Ciudadanos*. Nueva York: PNUD. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/issues/democracy/costarica/docs/PNUD-seminario.pdf>
- PNUD. (2017). *Informe sobre Desarrollo Humano 2016*. Nueva York: PNUD.
- Presidencia de la República. (2017). *Quinto Informe de Gobierno*. México: Presidencia de la República.
- Ramírez, R. (2017). La satisfacción del derecho a la educación para la niñez mexicana: evolución reciente y perspectivas a 2030. En R. Cordera & E. Provencio (Coords.) *Informe del desarrollo en México: Vol. Perspectivas del Desarrollo a 2030* (pp. 135-163). México: UNAM-PUED. Disponible en: http://www.pued.unam.mx/export/sites/default/publicaciones/34/Perspectivas_del_desarrollo.pdf
- Rivera, E. (2013). Treinta años de política tributaria en Chile: una reorientación necesaria. En G. Martner & E. Rivera (Eds.), *Radiografía crítica al "modelo chileno": balance y propuestas*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Rosado, J. (2014). Una aproximación a los instrumentos de coordinación y articulación de la política de protección y desarrollo social en México. En H. Schwarzer, L. Tessier & S. Gammage (Coords.), *Extensión de la seguridad social. Coordinación institucional y pisos de protección social* (pp.121-150). ESS Documento No. 40. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Sáenz, R. (2015). *Articulación solidaria de los regímenes contributivos y no contributivos de salud y pensiones en Costa Rica. Los desafíos de la institucionalidad social en el desarrollo de una protección universal bajo el enfoque de derechos*. Ponencia llevada a cabo en el seminario técnico de la CEPAL. Santiago de Chile.
- SAGARPA & FAO. (2012). *Diagnóstico del sector rural y pesquero: identificación de la problemática del sector agropecuario y pesquero de México*. Disponible en: <http://www.sagarpa.gob.mx/programas2/evaluacionesExternas/Lists/Otros%20Estudios/Attachments/47/1%20Diagn%C3%B3stico%20del%20sector%20rural%20y%20pesquero.pdf>
- Samaniego, N. (2012). Empleo y precariedad laboral en México. En Cordera, R & Murayama, C. (Coords), *Los determinantes sociales de la salud en México*. México: FCE, UNAM-PUED.

- Sauma, P. (2016). El sistema de atención a la salud en Costa Rica. En Murayama & Ruesga (coords.), *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*. México: IBD, UNAM-PUED.
- Scott, J. (2005). Seguridad social y desigualdad en México: de la polarización a la universalidad. *Bienestar y política social*, 1(1), 59-82.
- Secretaria de Salud. (2010). *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología en México*. México: Instituto de Geriatria. Disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/perspectivas_web.pdf
- Secretaria de Salud. (2015). *SICUENTAS-Subsistema de cuentas en salud* [Archivo de datos]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sicuentas.html
- Sen, A. (1981). *Poverty and famines. An essay on entitlement and deprivation*. Oxford: Clarendon Press.
- SEP. (2017). *Aprendizajes clave para la educación integral. Plan y programas de estudio para la educación básica*. México: SEP.
- Shamah-Levy, T., Mundo, V., Flores, M. & Luiselli, C. (septiembre, 2017). Food security governance in Mexico: How can it be improved?. *Global Food Security*, 14, 73-78. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211912417300135#!>
- Shepherd, A. (2007). *Understanding and explaining chronic poverty* (CPRC Working Paper No. 80). Manchester: CPRC.
- SIAP. (2016). *Atlas agroalimentario 2016. México*. Disponible en: http://nube.siap.gob.mx/gobmx_publicaciones_siap/pag/2016/Atlas-Agroalimentario-2016
- SHCP. (2012). *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2013*. Disponible en: <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/ppef/2013/exposicion/em002.pdf>
- SHCP. (2015). *Cuenta pública 2014. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. [Archivo de Datos]. Disponible en: <http://cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2014/tomo/VII/html/GYN.html>
- Silva, J. (2012). El impacto de la reforma constitucional en materia de derechos humanos en la labor jurisdiccional en México. En C. Steiner (Ed.), *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano* (pp. 151-172). Colombia: Konrad-Adenauer. Disponible en: http://www.kas.de/wf/doc/kas_32507-1522-4-30.pdf?121119215205
- Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Valencia, E., Foust, D. & Tetreault, D. (2012). *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI*. Santiago de Chile: CEPAL.

- Vaquero, A. (octubre, 2002). Incentivos y desincentivos a la búsqueda de empleo. *Colección de estudios (126)*. España: Consejo Económico y Social.
- Yaschine, I. (2015). ¿Oportunidades? Política social y movilidad intergeneracional en México. México: COLMEX, UNAM.
- Zavala, M. (1992). *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*. México: FCE, COLMEX.
- Zúñiga, E. & García, J. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. En Conapo (Ed.), *La situación demográfica de México 2008* (pp. 93-100). México: CONAPO. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2008

Informe del Desarrollo en México



Propuestas estratégicas para el desarrollo 2019 - 2024



Propuestas estratégicas para el desarrollo 2019-2024 / Rolando Cordera Campos, Enrique Provencio Durazo (coordinadores).
páginas. 280 (Colección informe del desarrollo en México).

ISBN de la colección: 978-607-02-9557-7

ISBN de la obra: 978-607-30-0477-0

1. Desarrollo económico -- México -- Siglo XXI. 2. México -- Política económica -- Siglo XXI.
3. México -- Condiciones económicas -- Siglo XXI. I. Cordera, Rolando, editor. II. Provencio Durazo, Enrique, editor. III. Serie.

Primera edición: 11 de abril de 2018

D.R. © 2018 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, c.p. 04510,
Ciudad de México.

Coordinación de Humanidades
www.humanidades.unam.mx

ISBN de la colección: 978-607-02-9557-7
ISBN de la obra: 978-607-30-0477-0

Programa Universitario de Estudios del Desarrollo
Planta baja del antiguo edificio Unidad de Posgrado,
costado sur de la Torre II Humanidades, campus central
de Ciudad Universitaria, Ciudad de México, Coyoacán,
04510
www.pued.unam.mx

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México
Prohibida la reproducción parcial o total por cualquier medio, sin autorización escrita del titular de
los derechos patrimoniales.
Impreso y hecho en México.

Créditos y reconocimientos

Coordinadores

Rolando Cordera*
Enrique Provencio*

Autores

Rolando Cordera*
Mario Luis Fuentes*
Enrique Provencio*
Alejandro Mohar - Centro GEO.
Alberto Carramiñana - Instituto Nacional de Astrofísica, Óptica y Electrónica.
Armando Sánchez - Instituto de Investigaciones Económicas.
Cassio Luiselli*
Ciro Murayama - Facultad de Economía de la UNAM.
Curtis Huffman - Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM, becario*
Delfino Vargas*
Enrique Del Val - Dirección General de Planeación de la UNAM.
Fernando Cortés*
Francisco Javier Alejo - UNAM.
Iliana Yaschine*
Israel Banegas*
Jacqueline Peschard - Seminario Universitario de Transparencia.
Jesuswaldo Martínez - Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
Jorge Eduardo Navarrete*
José Casar*
José Woldenberg - Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Juan Carlos Moreno-Brid - Facultad de Economía de la UNAM.
Julia Carabias - Facultad de Ciencias de la UNAM.
Manuel Aguilera*
Margarita Flores - UNAM.
Maritza Rosales - Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
Mauricio de María y Campos - Centro de Estudios Económicos del COLMEX.
Norma Samaniego - Grupo Nuevo Curso del Desarrollo de la UNAM.
Olac Fuentes - UNAM.
Ramón Carlos Torres*
Ricardo Becerra - Instituto de Estudios para la Transición Democrática.
Ricardo Regules*
Rodolfo Ramírez - Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
Sergio Carrera - Centro de Investigación e Innovación en Tecnologías de la Información y Comunicación.

Colaboradores

Alejandro Burgos*
Cristina Hernández*
Omar Escalante*
Servando Valdés*

Diseño, edición, formación y corrección

Nayatzin Garrido*

*Programa Universitario de Estudios del Desarrollo

Becarios

Carlos Amaya
Claudia Herrera
Erika Cruz
Jocelyn Sánchez
Juan de Dios De la Rosa
Maleni Águila
Rodrigo García

(UAM-X), Rocío Enríquez (ITESO), Rodrigo Flores (ITESO), Luis Huesca (CIAD), Silvia López (COLEF), Miguel López (Observatorio de Salarios IBERO), Gerardo Ordóñez (COLEF), José Manuel Rangel (IIS-UANL), Miguel Reyes (Observatorio de Salarios IBERO), Héctor Rubio (Acción Ciudadana Frente a la Pobreza) y Nancy Villanueva (CEDEI), cuyos comentarios escritos fueron considerados por los autores de este volumen. La responsabilidad final por los contenidos corresponde a los autores de los textos.

Agradecimientos especiales a

Armando Sánchez Vargas, por las contribuciones con la aplicación de su modelo macroeconómico prospectivo. Los escenarios inerciales a 2024-2030 y otros ejercicios permitieron fundamentar diversas consideraciones clave de este Informe.

Francisco Gómez, por su atenta lectura y revisión de contenidos.

Enrique del Val, Director General de Planeación – UNAM.

Carlo Panico, por la lectura minuciosa y sugerencia a los textos iniciales de diversas colaboraciones.

A David Ibarra y Carlos Tello Macías, por sus aportaciones en el seminario realizado el 29 y 30 de agosto de 2017, en la Unidad Dr. Ignacio Chávez de la UNAM.

La Red Mexicana de Investigación en Política Social (REMIPSO), que discutió los textos preliminares en su XVII Seminario de Política Social, realizado en Guadalajara, Jal., los días 9 y 10 de noviembre de 2017 en el CUCSH de la Universidad de Guadalajara. Se agradece en particular a Israel Banegas, coordinador de REMIPSO, y a Enrique Valencia, anfitrión del XVII Seminario de Política Social. Se reconocen los comentarios específicos de los siguientes integrantes de REMIPSO: Jorge Arzate (FCPyS-UAEM), Miguel Bazdresch (ITESO), Joaquín Bracamontes (CIAD), Miguel Calderón (Observatorio de Salarios IBERO), Manuel Canto



Contenido

Presentación	12
--------------------	----

EJE I. DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO

La desigualdad en el ingreso, un flagelo persistente	18
Redistribución, desigualdad y pobreza: ¿Qué podemos esperar de una nueva política de redistribución del ingreso?	27
Distribución funcional del ingreso	35

EJE II. LA POBREZA EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

El Desarrollo centrado en los Derechos Humanos	51
Políticas para la reducción de la pobreza monetaria	60
Propuestas estratégicas en alimentación	67
Una nueva política hacia la educación obligatoria	76
Decisiones estratégicas para la reforma de la seguridad social	82
Salud: equidad y desarrollo	94
La perspectiva demográfica	103

EJE III. CRECIMIENTO INCLUSIVO Y SOSTENIDO

El reto macroeconómico: un crecimiento elevado, incluyente y sostenido	122
La trayectoria de bajo crecimiento de la economía mexicana al 2024	128
Reforma hacendaria: para aprovechar el espacio fiscal y mejorar la gestión del gasto público	130
Decisiones de política pública para elevar la calidad del empleo	139
Recuperación gradual y sostenida de los salarios, partiendo del Salario Mínimo	155
Una nueva estrategia nacional para el desarrollo de la industria y los servicios de alto valor agregado y de la innovación para competir en la globalización	161
Ciencia, tecnología e innovación en las propuestas estratégicas para el desarrollo	166
Política digital, conectividad e información	173
Nueva ruralidad en México: territorios, instituciones y estrategias para incrementar la producción	182

EJE IV. DESARROLLO TERRITORIAL Y SUSTENTABILIDAD

Servicios ecosistémicos y desarrollo sustentable	200
Cambio climático y transición energética	207
Estrategia territorial y urbana	218
Una política nacional de alta intensidad para el desarrollo regional	231

EJE V. POLÍTICA Y GEOPOLÍTICA EN LAS RELACIONES GLOBALES DE MÉXICO

Entorno global e inserción internacional: Un decenio sin relieve y una perspectiva no auspiciosa	239
Política y geopolítica en las relaciones globales de México, con énfasis en Centroamérica y el Caribe	248

EJE VI. REFORMAS INSTITUCIONALES PARA EL DESARROLLO INCLUSIVO

La perspectiva de la democracia	264
Sistema nacional anticorrupción. Balance y desafíos	273
Gobierno Abierto	281
Planeación y gestión pública	285