



reddemujeres sindicalistas



*La Seguridad Social
Universal que queremos las
y los trabajadores*



INSTITUTO DE ESTUDIOS OBREROS
RAFAEL GALVÁN



La Seguridad Social Universal que queremos

**Una propuesta desde la mirada de
las y los trabajadores**

Elaborado por:

Rosario Ortiz Magallón
Carmen Ramona Ponce Meléndez
Luis Manuel Pérez H. Pantoja
Norma Malagón Serrano
Inés González Nicolás
Ma. Magdalena Salcido Mancha
Héctor Reyes Álvarez
Gabino Jiménez Velasco

Suscriben esta propuesta:

Sindicato de Telefonistas de la República Mexicana
Sindicato de Trabajadores de la UNAM
Confederación Regional Obrera Mexicana
Red de Mujeres Sindicalistas
Instituto de Estudios Obreros Rafael Galván
Centro de Reflexión y Acción Laboral, CEREAL

La Seguridad Social Universal que Queremos

- I. El Sistema de seguridad social que queremos los y las trabajadoras
- II. Mercado laboral y su impacto en la Seguridad Social
- III. Creación de un Sistema Único de Salud
- IV. Hacía un nuevo esquema de administración de pensiones. Creación del Instituto Nacional de Pensiones.
- V. Seguro de desempleo
- VI. Derecho a la vivienda
- VII. Financiamiento

Anexo: Posicionamiento frente a otras propuestas

INDICE

LA SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL QUE QUEREMOS.	5
I. El sistema de Seguridad Social que Queremos los y las Trabajadoras.....	5
Introducción	5
Situación actual de la Seguridad Social en México	6
Situación de las mujeres ante el trabajo y la seguridad social.....	8
La Seguridad Social como derecho humano.....	12
II. Mercado Laboral y su Impacto en la Seguridad Social.....	15
Informalidad laboral.....	17
Salarios	17
Desempleo	19
Perfil sociodemográfico de la población trabajadora sin acceso a instituciones de salud	21
III. Creación de un Sistema Único de Salud.....	27
<i>“La salud no lo es todo, pero sin salud no hay nada”</i>	27
Situación actual de la salud en México	27
La atención de la salud en México	29
Acceso a los servicios de salud	30
Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).	30
Programas y acciones de salud.....	32
Gasto público en salud.....	32
Cuadro 1	33
Las y los trabajadores de la salud.....	34
Fundamento Jurídico.....	35
Acciones inmediatas.	38
Ejes conceptuales rectores.....	39
Principios rectores.....	39

IV. Hacia un nuevo Esquema de Administración de Pensiones. creación del Instituto Nacional de Pensiones	41
Pensiones: Solidaridad y desigualdades.....	41
Diagnóstico de la Seguridad Social y las Afores. Balance de las reformas a la seguridad social en sistemas de pensiones IMSS 95-97, ISSSTE 2007.....	41
Instituto Nacional de Pensiones	45
V. Seguro de Desempleo	47
Fundamentación jurídica.....	47
Situación Laboral	47
Propuesta	48
VI. Derecho a la Vivienda	50
Fundamentación Jurídica.....	52
PROPUESTAS:	53
VII. Financiamiento.....	54
Propuesta.....	54
Seguridad Social Universal con aportación exclusiva del Estado.....	56

LA SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL QUE QUEREMOS.

I. El sistema de Seguridad Social que Queremos los y las Trabajadoras

Introducción

Actualmente la Seguridad Social es uno de los desafíos pendientes que enfrentan las sociedades a nivel mundial. Los cambios en la política económica y laboral; la crisis económica mundial; así como las transformaciones demográficas que se han suscitado en el marco de la globalización han mermado y retrasado el objetivo de cumplir con el derecho de la seguridad social.

Producto del desempleo masivo y del incremento de la informalidad laboral, los fondos destinados a la seguridad social han ido a la baja por la creciente disminución de las cotizaciones obrero patronales, propiciando en gran medida la incapacidad de una respuesta estatal para garantizar la cobertura universal. Consecuencia de ello, se ha profundizado el deterioro en la atención a la salud, así como su acceso; extendiéndose esta situación a las prestaciones económicas y sociales profundizando la fractura en la solidaridad y en la igualdad de oportunidades.

Estudios realizados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), señalan que “la crisis ha generado un notable incremento del desempleo -se predice entre 3 y 4 millones de desocupados más en América Latina y el Caribe-, encima de los 16 millones existentes en 2008”.

Por otra parte, el incremento de la informalidad laboral caracterizado por su carencia de seguridad social, prevé que 7 millones de trabajadoras y trabajadores caerán en la pobreza extrema (Cox, 2009; CEPAL, 2009b; OIT, 2009).

Las sociedades enfrentan cambios demográficos y epidemiológicos importantes, así como un incremento en la esperanza de vida, realidades que demandan nuevas políticas públicas y recursos financieros.

Para algunas naciones, la crisis económica representa un grave riesgo para cumplir con la cobertura universal y solidaria de acceso y disfrute de uno de los derechos humanos fundamentales como lo es la seguridad social. Asimismo, algunas sociedades de América Latina retrasan la implementación del sistema de seguridad social universal, con lo que se provoca la exclusión y el empobrecimiento de grandes sectores de la población.

Ante este escenario, OIT-ONU lanzan la iniciativa del Piso de Protección Social, como una respuesta a la crisis y con el fin de garantizar el disfrute del derecho a la seguridad social universal.

Bajo esta premisa diversos Estados y actores sociales han elaborado propuestas tendientes a la creación de un nuevo modelo de seguridad social, que considere las necesidades sociales actuales y busque alternativas para contrarrestar las crecientes desigualdades, así como generar nuevas vías de financiamiento que hagan posible la cobertura para acceder a este derecho humano.

En este contexto, en México han surgido diversas propuestas que plantean cambios al paradigma de la seguridad social. Si bien todas provienen de instituciones y actores políticos diferentes, encuentran coincidencias en la necesidad de trascender a la universalidad y en los planteamientos del financiamiento, que consiste en el incremento del IVA y el gravamen para alimentos y medicinas, tema en que nuestra propuesta difiere.

Otro aspecto relevante es la administración de las cuentas individuales en las AORES que a más de una década, se han puesto de manifiesto las graves dificultades para que los trabajadores y trabajadoras puedan acceder a su pensión al final de su vida laboral, las constantes pérdidas en las inversiones en la Bolsa de Valores de las SIFORES, son muestra de que este sistema requiere de cambios sustanciales.

La crisis ha provocado una caída drástica en el valor de los fondos de pensiones (pérdida de US\$12,800 millones en la región a fines de 2008), así como en su rentabilidad (-1 por ciento).

La presente propuesta representa una vía tendiente a la construcción de un modelo de seguridad social desde la mirada y la reflexión de un equipo de trabajadoras y trabajadores.

Considerando la situación que actualmente se enfrenta en materia de seguridad social, la propuesta está sustentada en un enfoque de clase y de derechos humanos, así como en los principios de la universalidad, integralidad, solidaridad y de igualdad, con perspectiva de género.

A través de esta propuesta pretendemos transitar hacia la construcción de una sociedad más justa, en consideración a que las desigualdades sociales son producto de los desigualdades en la atención a la salud, del ingreso, la educación y el empleo; demandando una política de seguridad social incluyente, universal, transversal y de calidad por parte del Estado.

Situación actual de la Seguridad Social en México

La crisis que enfrenta el país en materia de seguridad social obedece a varios factores: bien puede explicarse como un problema en la capacidad de la cobertura a la población en su conjunto, -debido entre otros factores a la deslaboralización de las cotizaciones-, al aumento de la esperanza de vida, cambios epidemiológicos, incremento de la población desempleada y al crecimiento de la informalidad laboral.

La carencia de una visión integral en las reformas a la seguridad social en nuestro país y la cobertura cada vez más limitada, han contribuido a profundizar las desigualdades y el empobrecimiento de una proporción muy importante de la población que carece de acceso a la seguridad social o alguna forma de servicios de atención a la salud de calidad.

En un lapso de 14 años (2000-2013) el número de trabajadoras y trabajadores sin acceso a instituciones de salud -presumiblemente sin seguridad social-, paso de 24.5 millones a 30.5, un incremento de 5.9 millones de personas.

Estos datos comprenden trabajadores subordinados y remunerados y trabajadoras y trabajadores por su cuenta. Su incremento se acentuó más en las áreas urbanas del país, afectando sobre todo a mujeres y jóvenes ubicados entre trabajadoras y trabajadoras subordinadas y remuneradas (con patrón y regidos por la Ley Federal del Trabajo). Datos ENOE-INEGI, II Trimestre 2000, y I de 2013.

La falta de acceso a derechos laborales, vinculado al incremento del desempleo y de la informalidad laboral han propiciado entre la población la idea de que la seguridad social es "un privilegio" del cual solo goza un sector de la población, el que cuenta con un empleo formal y con contratos colectivos de trabajo.

La ausencia de una política de progresividad y de universalidad de la seguridad social explica en parte esta situación, ya que desde sus orígenes, en la década de los cuarentas, el derecho a contar con un sistema de protección social se orientó casi en forma exclusiva a la población asalariada del sector formal, que se concentraba en las grandes ciudades o zonas

industriales, dejando de lado a trabajadores y trabajadoras del campo que se ubicaban en zonas rurales, así como a todas las personas de los centros urbanos que se ubican en la informalidad laboral, lo que en su momento Teresa Rendón denominó Sistema Informal Urbano (SIU).

Con la crisis económica del 2008 la informalidad y desempleo se desbordaron en el país. En diciembre del 2012, INEGI dio a conocer los datos sobre informalidad laboral, para el III trimestre del 2012, representó 29.3 millones de personas en la informalidad, por lo consiguiente sin seguridad social.

Si bien las tasa de desempleo que reporta INEGI son bajas y ameritan una seria revisión, en especial en el rubro de "PEA disponible", aun así tomándolas como referente se aprecia que en el período 2000-2013 el número de personas desempleadas creció en 1 millón 470 mil 836; considerando otras metodologías de medición la tasa de desempleo aumenta exponencialmente.

La precarización del mercado laboral -que desde luego incluye al salario- genera pobreza y tiene efectos bidireccionales en la seguridad social, hay un círculo vicioso, a mayor carencia de seguridad social mayor pobreza y viceversa.

Es innegable que ante esta situación la evasión o elusión fiscal en que incurre el sector laboral informal afecta gravemente la capacidad de cobertura tan solo en el acceso a la salud, lo cual hace necesario buscar vías efectivas para crear un sistema de seguridad social sostenible.

Pero el crecimiento del sector informal debe mirarse como el producto de cambios en la política económica y su concreción en lo laboral, orientados a abaratar el costo de la mano de obra y que han dejado sin oportunidades de empleo estable y digno a más del 50 por ciento de la población del país, afectando fundamentalmente a mujeres y jóvenes.

En los últimos 15 años (1997-2012), el número de trabajadores y trabajadoras asegurados PERMANENTES creció anualmente a una tasa de 1.2 en contraste, los EVENTUALES (ajenos a la industria de la construcción) crecieron a una tasa anual de 11.8, (datos del IMSS).

Es un hecho que más de la mitad de los empleos de México se generan en PYMES y Mini PYMES, donde lo "normal" son las condiciones precarias y sin seguridad social.

Para su informe 2013 Banco Mundial hace referencia a que en México 95 de cada 100 trabajadores y trabajadoras cuentan con seguridad social en las grandes empresas. En contraparte, en las empresas pequeñas solo 7 de cada 100 trabajadores y trabajadoras tienen acceso a la seguridad social.

No hay que olvidar que durante el sexenio foxista se priorizó una política tendiente a la changarrización de la economía y justamente eso es lo que ha sucedido, lejos de representar una alternativa viable para el problema del empleo, favoreció el aumento del ambulante y de un problema social mayor, sin seguridad social.

Se carece de una política económica orientada a la generación de más empleos dignos. Esta política tendría que ser una prioridad para que el país compita con menor asimetría a nivel global, que a su vez ataje la desigualdad y pobreza, que según datos del informe 2012 del CONEVAL ha aumentado México.

Aún ahora, existe una tendencia a la promoción y creación de “emprendimientos económicos”, los cuales no han logrado consolidarse como una alternativa para generar empleo, debido a la incapacidad de competir frente a los monopolios o ante las exigencias de un mercado global.

Mientras no se eliminen los obstáculos comerciales y las barreras financieras, los emprendimientos de mujeres, jóvenes y adultos mayores seguirán representando buenas iniciativas, pero sin capacidad para contribuir a un sistema de seguridad social que garantice este derecho a sus trabajadoras y trabajadores.

Por otra parte, la flexibilización de las relaciones laborales en México (donde la informalidad representa una clara muestra), han traído consigo el surgimiento de nuevas formas de contratación tendientes a precarizar las condiciones de trabajo, al no garantizar ni estabilidad laboral, ni el acceso a derechos laborales tales como la seguridad social.

Con la reforma laboral aprobada en noviembre de 2012, esta situación de precariedad tiende a ampliarse y generalizarse. La contratación sin estabilidad laboral; a prueba, por hora, por honorarios, la subcontratación no garantizan el acceso a los derechos fundamentales incluida la seguridad social.

Situación de las mujeres ante el trabajo y la seguridad social

Es un hecho que la discriminación hacia las mujeres en el ámbito laboral favorece condiciones de alta precariedad, precariedad que se manifiesta en la asignación de puestos de trabajo, salarios más bajos; contrataciones flexibles y por tanto de continua inestabilidad laboral.

Situación que se explica en parte por las responsabilidades familiares asignadas socialmente, pero también porque en épocas de crisis las primeras en ser despedidas son las mujeres.

La presencia predominante de las mujeres en el ámbito laboral no ha dado como resultado la creación de políticas empresariales, sindicales y públicas para conciliar el trabajo de las familias para hombres y mujeres que trabajan, como lo establece el Convenio 156 de la OIT de trabajadoras y trabajadores con responsabilidades familiares, conciliación con corresponsabilidad es un cambio esencial para la promoción de la igualdad y la erradicación de la discriminación hacia las mujeres en el mercado laboral y ante la seguridad social¹.

Las distintas formas de discriminación de que son objeto las mujeres explican su acceso a la seguridad social de una forma irregular, afectando su capacidad de ahorro para el retiro y el ejercicio de su derecho a la salud.

Frente a la inestabilidad laboral sus cotizaciones son menos años en promedio que los hombres, además de que su esperanza de vida se ha elevado, el ahorro que logren acumular en sus cuentas de retiro será insuficiente para garantizar una vida digna en su vejez.

Según la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2012 (ENIGH), el 51.3 por ciento de la población son mujeres, es decir 60.3 millones de población femenina, de las

¹Salazar Rebeca e Hilda Salazar y Maritza Rodríguez, en Análisis Político: Conciliación trabajo y familia: las responsabilidades compartidas de mujeres y hombres en el debate público. Fundación Friedrich Ebert, noviembre 2011.

cuales 19 millones son población económicamente activa (PEA) y 18 millones población ocupada (PO). ENOE, I trimestre 2013.

Más de la mitad (55.1 por ciento) de estas trabajadoras perciben menos de 2 salarios mínimos y únicamente 6 de cada 100 trabajadoras (6.5 por ciento) ganan más de cinco salarios mínimos. En contraparte, el 38.9 por ciento de los hombres que trabajan perciben 2 salarios mínimos, mientras que 10.1 tiene un nivel salarial por encima de los 6 salarios. Amplia desigualdad de género.

Su dificultad para acceder a trabajos estables, con buenos salarios y con jornadas completas se debe en gran medida a la carga de trabajo doméstico no remunerado y se refleja claramente en la tasa de ocupación parcial y desocupación.

Conforme a la información generada por INEGI (2007-2011), las mujeres dedican 68.3 por ciento de horas a la semana al trabajo doméstico no remunerado (TDNRH), convirtiéndose en una importante limitante para todos los aspectos de su vida, ya que únicamente ocupan 30.3 por ciento de horas semanales al trabajo de mercado remunerado.

A este tipo de trabajo sólo destinan 3 de cada 10 horas. En contraparte, los hombres dedican a este trabajo (remunerado) 74.5 por ciento de horas semanales, mientras que para las labores domésticas y de cuidado sólo únicamente destinan 22.6 por ciento. Con el consiguiente impacto en la seguridad social.

En lo concerniente a la informalidad laboral INEGI (IV trimestre 2012), indica que la tasa femenina es superior a la masculina con 51.05 y 49.11, respectivamente.

Semejante a la situación que enfrentan las mujeres, los y las jóvenes se incorporan a un mercado laboral en condiciones de alta flexibilidad y con el desconocimiento de sus derechos humanos laborales. La población del país es de 117 millones 449 mil 649 personas, de las cuales un tercio (31.8 por ciento) tienen 12 a 29 años, somos un país de jóvenes.

Si bien la Tasa de Desempleo Abierto nacional fue de 4.92 en el I trimestre de 2013, en los y las jóvenes de 14 a 19 años alcanzó 9.77 puntos porcentuales, destacando mujeres con 10.83. La mitad del desempleo femenino se compone de jóvenes de 14 a 29 años.

Estancias de desarrollo infantil. Derecho de los y las trabajadoras con responsabilidades familiares

Las brechas de género son resultado de relaciones que dan lugar a desprotección (por el menor acceso a la seguridad social desde el mercado de trabajo); por asumir de manera casi exclusiva las responsabilidades familiares, y también de exclusión social (por el menor acceso a los recursos y al poder). En esta situación se encuentran las mujeres respecto a los hombres.

Un elemento central en la igualdad efectiva de oportunidades laborales y de vida es el acceso a guarderías o estancias de desarrollo infantil para los y las trabajadoras con responsabilidades familiares, conforma la seguridad social en todos los ciclos de vida cuando incluye la protección a la primera infancia.

Sin duda es un hecho que el gasto público destinado por el Estado a estas estancias mejoran potencialmente las condiciones de vida de las mujeres trabajadoras.

Este derecho forma parte de los cinco seguros² del IMSS en su artículo 201³; cubre a los y las trabajadoras del apartado “A”, en tanto que los del apartado “B” deben recibir este servicio reglamentado por la Ley del ISSSTE.

Como derecho laboral la Ley Federal del Trabajo en su Art. 171 establece: los servicios de guardería infantil se prestarán por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de conformidad con su Ley y disposiciones reglamentarias

Para la población trabajadora que no cuenta con seguridad social cuyo ingreso no rebase la línea de bienestar económico definida por CONEVAL, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) tiene un programa de apoyo y subsidio a guarderías, denominado “Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras” (PEI), creado en 2007.

A nivel internacional este derecho se sustenta en el Convenio 156 de la OIT, para trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares, data de 1981; su espíritu es servir como instrumento sobre igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres.

En su Artículo 3º, dice: Con miras a crear la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras, cada Miembro deberá incluir entre los objetivos de su política nacional el de permitir que las personas con responsabilidades familiares que desempeñen o deseen desempeñar un empleo ejerzan su derecho a hacerlo sin ser objeto de discriminación y, en la medida de lo posible, sin conflicto entre sus responsabilidades familiares y profesionales.....

Adicionalmente, está el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de OIT, define las nueve ramas clásicas de la seguridad social, entre ellas prestaciones familiares.

En lo concerniente a la CEDAW, reconoce el derecho al trabajo como derecho humano, a fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad. Los Estados Parte (como México) deberán alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia, con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo y creación de una red de servicios destinado al cuidado de los niños (Art. 11.2).

Pese a contar con todo este sustento normativo lo cierto es que en materia de estancias infantiles existe un grave problema, son insuficientes y de mala calidad, paulatinamente el Estado se ha desligado de esta obligación y el mejor ejemplo son las guarderías subrogadas por el IMSS.

²Ley del Seguro Social Art. 11

³Ley del Seguro Social, **Artículo 201**. El ramo de guarderías cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados durante la jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia, de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado o de aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos, mediante el otorgamiento de las prestaciones establecidas en este capítulo.

Este beneficio se podrá extender a los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor, siempre y cuando estén vigentes en sus derechos ante el Instituto y no puedan proporcionar la atención y cuidados al menor

El servicio de guardería se proporcionará en el turno matutino y vespertino pudiendo tener acceso a alguno de estos turnos, el hijo del trabajador cuya jornada de labores sea nocturna

La mayoría de las mujeres trabajadoras (72.6 por ciento) son mujeres con hijos. De cada 100 trabajadoras subordinadas y remuneradas 81.4 por ciento carecen de acceso a guardería; esta carencia ha crecido particularmente en el Sector Servicios, un nicho laboral femenino por excelencia, (Enoe-INEGI, 1er trimestre, 2013).

Conforme a los datos de la ENESS 2009 del total de niños menores de siete años y que su mamá trabaja están en las condiciones siguientes:

El 28.1 por ciento se encuentran al cuidado de la abuela, 26.4 por ciento su mamá lo lleva al trabajo, 17 por ciento están en la escuela, 15.7 por ciento están al cuidado por otro familiar, únicamente 9.3 por ciento (9 de cada 100) son asistidos por una guardería (pública o privada), y 3.5 por ciento lo deja con una persona que no es familiar, o bien, lo deja solo.

Prácticamente todas las mujeres trabajadoras (97.9 por ciento) combinan sus actividades extra domésticas con los quehaceres domésticos. Información de la cuenta satélite de INEGI sobre el trabajo doméstico no remunerado indica que en los hogares nucleares con hijos menores de seis años la carga de este trabajo no remunerado crece en promedio en un 82 por ciento. Es uno de los efectos que ocasiona no contar con estancias infantiles.

Muchas mujeres se ven obligadas a abandonar sus empleos para poder cuidar a sus hijas e hijos pequeños o en su defecto, aceptar trabajos con jornadas parciales y por tanto con salarios más bajos.

Sedesol reconoce que tanto la oferta pública como privada de estos servicios es insuficiente, además la mayoría de la población trabajadora tiene una incapacidad económica para el pago de estancias, debido a los salarios tan bajos que privan en el mercado laboral.

El resultado es que tanto para trabajadores como trabajadoras con responsabilidades familiares el no contar con esos servicios les crea círculos de pobreza y mayor carencia de seguridad social, en especial a las mujeres que se ven obligadas a interrumpir su trayectoria laboral, con menos oportunidades de lograr una jubilación digna.

La situación más crítica está en las Jefas de familias, las mujeres de 12 años y más que declararon tener al menos un hijo sobreviviente y con una situación conyugal de no unión, 45.9 por ciento se encuentran en situación de pobreza multidimensional y de éstas 20.2 por ciento presentan pobreza extrema (INEGI, 2013).

Igual de grave son los efectos negativos que tienen en la primera infancia la falta de cuidados, el mejor ejemplo de esta situación es el modelo maquilador en Ciudad Juárez, Chihuahua; entidad que de acuerdo a datos de OCDE tiene el índice más alto de muertes infantiles en menores de 4 años.

Carecer de servicios de estancias infantiles priva a trabajadores y trabajadoras de un derecho laboral, indirectamente es una fuente de sometimiento para las mujeres, en una sociedad donde el cuidado es una responsabilidad “natural y exclusiva” de las mujeres. Ante esta grave problemática es urgente que el Estado retome sus responsabilidades en materia de estancias de desarrollo infantil, incrementando sustancialmente (en un 100 por ciento) la oferta de estos servicios en las Instituciones del IMSS e ISSSTE.

Dentro de esta propuesta de Seguridad Social Universal se considera que las trabajadoras y trabajadores que se encuentran en la informalidad laboral y demandan este servicio deberán ser cubiertos por la seguridad social, previo pago de su aportación del 6 por ciento.

En el caso de que sus ingresos sean menores a dos salarios mínimos generales el acceso a las estancias infantiles será gratuito.

Los recursos que actualmente destina SEDESOL al programa de estancias infantiles -y que forman parte de un esquema privatizador de estos servicios-, deberán transferirse al programa respectivo del IMSS, el modelo normativo de estos servicios será el del propio Instituto.

Dado los cambios que tienen las familias en el SXXI estos servicios también deberán cubrir a los trabajadores y trabajadoras de hogares monoparentales y a mujeres que demuestren estar estudiando, con el propósito de apoyar a las madres adolescentes.

Las instituciones públicas o privadas que en la actualidad proporcionan este servicio a sus trabajadores y trabajadoras deberán sujetarse a la normatividad que en esta materia emita el IMSS.

La Seguridad Social como derecho humano

Para quienes suscribimos esta propuesta, la Seguridad Social representa una conquista laboral de las y los trabajadores, derecho humano fundamental inalienable.

Asumimos a la seguridad social en su dimensión más amplia de universalidad, integralidad, de calidad y con perspectiva de género, con derechos que contribuyen a la distribución de la riqueza para una justicia social inclusiva.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, reconoce este derecho en su artículo 22 donde establece que:

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

El artículo 22 debe ser leído e interpretado de manera integral e interdependiente con lo señalado por los artículos 1, 2, 4 y 7 de la propia Declaración, en el sentido de que todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, en consecuencia deben acceder a los derechos y libertades proclamados por la Declaración.

Sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, no pueden ser sometidos a esclavitud ni a servidumbre, y tienen derecho a ser protegidos por la ley.

Dentro del mismo sistema, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴ (PIDESC) en vigor desde el 3 de enero 1976, reconoce en su artículo 9° el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

La interpretación de los derechos reconocidos por estos artículos debe realizarse considerando lo señalado en el artículo 2° del Pacto, el cual establece:

..... el compromiso que adquieren los Estados de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas.

⁴ Pacto Internacional

La plena efectividad de los derechos que en él se reconocen, obligándose a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica nacimiento o cualquier otra condición social.

Aunado a los Pactos Internacionales, el Sistema Universal ha desarrollado una serie de Convenios enfocados a los derechos de grupos específicos como mujeres, infancia, migrantes y personas con discapacidad, documentos que por su contenido son fundamentales para establecer el estándar de protección del derecho a la seguridad social.

En este sentido, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁵ (CEDAW), vigente desde septiembre de 1981, reconoce el derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar. Asimismo reconoce el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce a la Seguridad Social como una vía para abatir “prevenir y reducir la pobreza y la desigualdad, y promover la inclusión social y la dignidad.

Los sistemas nacionales de seguridad social, son una inversión importante en el bienestar de los trabajadores y la población en su conjunto, en particular porque garantizan el acceso a la atención de la salud y proporcionan una seguridad de ingreso; de esta manera con lo cual facilitan el acceso a la educación y reducen el trabajo infantil, en particular eliminan sus peores formas.

La seguridad social fortalece la cohesión social, contribuyendo a construir paz social, sociedades incluyentes y una globalización equitativa con niveles de vida dignos para todos”⁶

El Convenio 102 de la OIT, señala que la Seguridad Social representa la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica.

Reconociendo además a la Seguridad Social como derecho humano fundamental y como uno de los pilares esenciales para garantizar un trabajo digno a las y los trabajadores.

Nuestro país ha suscrito el Convenio 102 de la OIT sobre norma mínima en seguridad social, la Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujeres CEDAW, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC y la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El 6 y 10 de junio de 2011, se publicaron dos importantes reformas a la Constitución Política de lo Estados Unidos Mexicano que impactan directamente en la administración de justicia federal.

Una de ellas evidencia el reconocimiento de la progresividad de los derechos humanos, mediante la expresión clara del principio *pro persona* como rector de la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, en aquellas que favorezcan y brinden mayor protección a

⁵Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981, de conformidad con el artículo 27 (1), disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

⁶ OIT, Seguridad Social para todos. Pág. 14

las personas. Así, la ampliación de los derechos que significa la concreción de algunas cláusulas constitucionales, como aquella relativa a los migrantes o a la suspensión de garantías, aunada a la obligación expresa de observar los tratados internacionales firmados por el Estado mexicano, miran hacia la *justiciabilidad* y eficacia de los derechos que, a la postre, tiende al mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad y al desarrollo de cada persona en lo individual. (Suprema Corte de Justicia de la Nación).

Nuestra propuesta retoma los principios de la universalidad, progresividad, la solidaridad y la igualdad, desde un enfoque de género.

Para avanzar en la construcción de una sociedad sin exclusión social, el derecho a la seguridad social debe contemplar el principio de la universalidad en la cobertura a la población en su conjunto y frente a las distintas contingencias que pueda enfrentar en las diferentes etapas de su ciclo de vida.

Al hablar de una cobertura universal en materia de seguridad social planteamos la necesidad de garantizar atención salud integral y de calidad, para toda la población, a fin de generar las condiciones que incorporen al desarrollo económico a los sectores más desprotegidos.

En el contexto actual, el principio de la solidaridad se vuelve insoslayable en el sistema de seguridad social, de los jóvenes con los adultos mayores y de los sanos con los enfermos e incapacitados, reconstruir la solidaridad entre todos los trabajadores y trabajadoras de zonas urbanas y del campo.

La privatización e individualización de las pensiones ha dejado al descubierto la ineficacia de un sistema donde los únicos beneficiados han sido los dueños de los bancos y los promotores de dichas reformas.

El derecho humano a la seguridad social no puede entenderse sin el derecho a un trato igual en la cobertura y en la atención, es imprescindible el enfoque de género en la nueva política de seguridad social en México.

- I. Desde nuestra mirada, la seguridad social no debe ser vista como un costo laboral sino como un derecho humano. Esta propuesta se deslinda de la visión de quienes ven en la seguridad social un costo laboral que hay que abatir. En esta propuesta planteamos un fortalecimiento de los tres pilares de la seguridad social, aportaciones obreras, patronales y del Estado.

II. Mercado Laboral y su Impacto en la Seguridad Social

Con la finalidad de dimensionar las condiciones del mercado laboral del país y su impacto en la seguridad social se analiza la informalidad laboral y sus efectos; las variables salario y desempleo, así como un perfil sociodemográfico de la población trabajadora sin acceso a instituciones de salud.

En principio, es factible afirmar que existe una relación bidireccional entre mercado laboral, seguridad social y pobreza.

Un mercado laboral precario sin seguridad social y sin acceso a la salud genera más pobreza y puede determinar patrones epidemiológicos; a su vez esta precariedad es causal directa e indirecta de mayor pobreza y desigualdad, creándose un círculo vicioso, con pobreza intergeneracional.

El acceso a la seguridad social universal es una herramienta poderosa que puede crear un círculo virtuoso, siempre y cuando esté acompañada de una política económica y social que ponga en el centro la generación de empleos dignos, con salarios dignos.

En este contexto los sindicatos y demás organizaciones gremiales juegan un papel estratégico en la defensa de sus intereses de clase; pero la condición sin ecua no es el crecimiento económico, cosa que en México no se ha logrado, por lo menos no en los niveles que se requiere.

Para los últimos 30 años (de 1980 a 2012), el crecimiento promedio del PIB fue de tan sólo 4.2; para 2013 la Secretaría de Hacienda prevé un crecimiento de la economía muy reducido 1.7 por ciento, representa una caída de 2.2 por ciento respecto a 2013, donde el incremento fue de 3.9.

Situación que pone en riesgo la generación de empleos, incluso provocar la pérdida de más empleos.

En esencia precarización significa desigualdad y eso es lo que caracteriza al mercado laboral y a la sociedad mexicana. Se expresa en bajos salarios, desempleo, informalidad, carencia de derechos laborales y de seguridad social universal.

Información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (ENOE-INEGI), indican que en 2012 (IV trimestre), 56.4 por ciento de la población trabajadora no cuenta con prestaciones laborales, son 27.2 millones de personas, la mayoría están en el sector Servicios (33.4 por ciento), y Agricultura (23.5 por ciento).

No hay que perder de vista que el Sector Servicios es el que absorbe la mayor cantidad de mano de obra, muy en especial mano de obra femenina.

Prácticamente la mitad (49.3 por ciento) de esta población a la que se le conculcan sus derechos laborales son trabajadores y trabajadoras subordinadas y remuneradas, la cifra es

13.4 millones de personas; esta población tiene patrón y se rige por la Ley Federal del Trabajo, supuestamente.

La cifra de población trabajadora sin pleno ejercicio a sus derechos laborales crece a 30.5 millones cuando se considera a todos los trabajadores y trabajadoras que no tiene acceso a instituciones de salud, representa 64 por ciento de la población ocupada, 6 de cada 10 personas que laboran no tienen acceso a la salud, (datos ENOE-INEGI, 1er trimestre 2013).

De alguna forma esta precariedad se debe a la proliferación de los contratos de protección patronal (CCPP), que la empresa y el seudorepresentante de las y los trabajadores firman sin el conocimiento.

En los hechos los CCPP no sólo han pervertido, el derecho laboral, sino que han flexibilizado al máximo las relaciones laborales, disminuyendo las prestaciones y anulando en la práctica la bilateralidad laboral; un instrumento sustantivo de los sindicatos ante la empresa.

Según estudios de especialistas del trabajo, los CCPP en México ascienden a una tasa del 90 por ciento⁷.

Aunado a los contratos de protección patronal está la baja tasa de sindicalización. Según algunos estudios la evalúan en 10 por ciento⁸.

Cabe mencionar que la informalidad laboral, ha hecho que el derecho colectivo se vea prácticamente anulado. Los sindicatos con la negociación colectiva tienen la posibilidad de mejorar los salarios y el piso de derechos que establece la Ley Federal del Trabajo (LFT); sin embargo con el incremento de los CCPP y la baja tasa de sindicalización se reducen sustancialmente estas posibilidades, cuando de sindicatos representativos se trata.

La política económica ha puesto en el centro de la política laboral reducir costos laborales. El no contar con prestaciones laborales y seguridad social indirectamente empobrece más; porque reduce salarios, al tener que realizar gastos que podrían cubrirse con las prestaciones laborales o con la cobertura de la seguridad social, pero los salarios son muy bajos y cada vez alcanzan para menos.

Otro efecto destructivo de esta situación es que genera una segmentación o desigualdad entre la clase trabajadora, lo pocos que tienen prestaciones y los muchos que carecen de éstas.

Creando –equivocadamente- la idea de que los derechos laborales y la seguridad social son “privilegios” para una reducida población. Por supuesto “deslaborizan” el acceso a la seguridad social.

⁷Bouzas Ortiz, Alfonso. Informe para la ORIT de la Contratación Colectiva en México. Fundación Friedrich Ebert, México 2006

⁸Aguilar, Javier. Tasa de Sindicalización en México. Fundación Friedrich Ebert, México 2010.

La informalidad laboral, su desbordamiento y la desigualdad que crea abonan a lograr este efecto tan nocivo.

Informalidad laboral

Conforme al reporte de INEGI sobre este tema, publicado en diciembre de 2012, al tercer trimestre de 2012 hay 29.3 millones de personas en la informalidad laboral, una tasa de 60.1 puntos.

En este reporte se informa que la Institución asume la metodología para medir la informalidad recomendada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, Measuring Informality: a new statistical manual on the informal sector and informal employment).

Los 29.3 millones de personas en la informalidad y sin seguridad social se componen de:

1. Sector Informal, con 48.6 por ciento (personas que laboran en unidades económicas sin registros contables).
2. Trabajadores y trabajadoras domésticas remuneradas (7.3 por ciento)
3. Empresas gobierno e instituciones (23.1 por ciento)
4. Ámbito agropecuario, cuya participación es del 21.0 por ciento.

La mayoría, 51.9 por ciento son trabajadores y trabajadoras subordinadas y remuneradas, y 33.8 por ciento por cuenta propia.

Las tasas más altas de informalidad se registran en las Entidades Federativas de: Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Tlaxcala e Hidalgo. Donde los índices de pobreza son muy altos y el nivel de desarrollo económico es bajo; la mortalidad materna e infantil supera la media nacional y se reduce la esperanza de vida.

También son estas entidades las que presentan la mayor proporción de personas trabajadoras sin acceso a instituciones de salud.

En lo concerniente a los ingresos laborales INEGI estimó que una persona ocupada formalmente obtuvo en promedio 38.4 pesos por hora trabajada, en tanto que un ocupado en el empleo informal percibió 24.8 pesos por una hora de trabajo, un ingreso 54.8 por ciento menor, por tanto mayor pobreza.

Salarios

Los resultados de la Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH 2010-2012), INEGI refieren que durante los últimos seis años (2006-2012), los ingresos de las familias sin transferencias se contrajeron 15.8 por ciento.

Los hogares, con 3.7 integrantes en promedio, son agrupados conforme a los ingresos que perciben y a cada grupo se le denomina décil. Los de menores ingresos pertenecen al primer décil y en el último están los hogares con mayores ingresos.

El principal ingreso –más de la mitad-, son remuneraciones al trabajo subordinado, para este mismo período éstos disminuyeron 14.1 por ciento; para el último bienio también cayeron 4.9 por ciento, a precios de 2010.

Se ha acelerado la pérdida del poder adquisitivo de los salarios y ha crecido la pobreza, como producto de la crisis económica del 2008 y de una política económica que mantiene a la política salarial con muy bajo perfil, diseñada como un componente de la inflación, su meta define los topes salariales, mecanismo que ha permanecido por más de 30 años.

Y justamente es la población de más bajos salarios la que tiene las mayores carencias de seguridad social y en particular de salud.

De cada 100 trabajadoras y trabajadores 58 ganan de 1 a 3 salarios mínimos (58.4 por ciento); en las mujeres esta proporción alcanza 63.4 por ciento. Las tres cuartas partes de esta población trabajadora (71.6 por ciento) no tienen acceso a instituciones de salud.

Para el caso de las personas que perciben un salario mínimo las mujeres superan a los hombres con una participación de 18.2 y 10.0 por ciento, respectivamente. Prácticamente el 100 por ciento de la población que está en este nivel de ingreso no tiene acceso a instituciones de salud.

Pero la caída de los salarios es de viejo cuño. En 1976, hace 38 años la participación de las remuneraciones para asalariados (masa salarial) en el Ingreso Nacional era de 43.5 puntos porcentuales, para 2011 disminuyó a 30.3 por ciento.

Mientras que la participación de las ganancias (utilidad bruta de las empresas), para ese mismo lapso de tiempo pasó de 52.9 a 68.7 por ciento (INEGI). Luego entonces si hay ganancias y si ha crecido la productividad.

No es de extrañar que actualmente las instituciones públicas de seguridad social (IMSS e ISSSTE) plantean aumentar las cuotas obrero-patronales, argumentando que los ingresos por estos conceptos son bajos, debido a lo reducido de los salarios, aunque también al subregistro que existe.

Es una práctica común que los patrones registren a sus trabajadores y trabajadoras con un salario menor al que perciben, con el objeto de pagar una cuota obrero patronal menor, esto provoca que las prestaciones de la población trabajadora disminuyan (préstamos de vivienda y pensión, entre otras).

Durante los últimos años, especialmente a partir de 2008 los aumentos en los precios de los alimentos han sido un factor determinante en la pérdida del poder adquisitivo de los salarios.

Durante 2006-2012 sus precios crecieron en promedio 53.58 por ciento (Observatorio de Salarios, Ibero Puebla), frente a un crecimiento medio anual de 4.3 en los salarios nominales.

El efecto es notorio en los hogares más pobres (Décil I), destinan 46 por ciento de sus ingresos a la compra de alimentos; algo similar sucede en el Décil V (con un ingreso mensual de 7 mil 971 pesos) de cada 100 pesos que perciben 35 son para la compra de alimentos (ENIGH 2012).

En el rubro destinado a “cuidados de la salud” los hogares más pobres gastan 1 de cada 100 pesos. Por el contrario los de mejores ingresos (Décil X) destinan a este renglón el triple. Cabe hacer notar que en los últimos seis años este gasto se redujo 65.5 por ciento, en promedio.

La combinación entre bajos salarios y aumento en los precios de los alimentos es desastrosa, se refleja claramente en el crecimiento del índice de la tendencia laboral de la pobreza (ITLP) que estima el Consejo Nacional de Evaluación para la Política Social (CONEVAL).

Este índice mide la proporción de personas que no pueden adquirir la canasta alimentaria con el ingreso del trabajo. Para los últimos 9 años (2005-2013), el indicador creció 25 por ciento a nivel nacional, pero es mayor en el ámbito urbano con 35.9 puntos.

Los Estados que registran el incremento más alto de ITLP son: Nuevo León, Baja California, Distrito Federal, Tlaxcala y Quintana Roo.

Bajo estas circunstancias un impuesto en alimentos y medicinas no es recomendable, no sólo porque empobrecería radicalmente a la población, sino que además causaría un efecto negativo en la salud, por mayor desnutrición y porque limitaría todavía más el acceso a medicamentos.

El empobrecimiento masivo que ha provocado la política salarial debe resolverse, es indispensable, urgente, que el salario recupere su poder adquisitivo; con incrementos sustantivos, la actual política social solo administra la pobreza pero no la resuelve, la verdadera solución está en los empleos dignos, con salarios dignos.

Desempleo

La crisis económica de 2008 y las malas políticas contra cíclicas que desprotegeron el empleo dispararon sus cifras y cambiaron el mapa regional de este grave problema.

Actualmente son los Estados del norte del país –ligados al modelo de desarrollo exportador-, los que registran las cifras más altas de desempleo, en especial de jóvenes y mujeres.

Según información de INEGI para los últimos cinco años el promedio de la tasa de desempleo abierto (TDA) es de 5.1, cuando de 2000 a 2008 fue de 2.8, para las mujeres creció de 3.6 a 5.1.

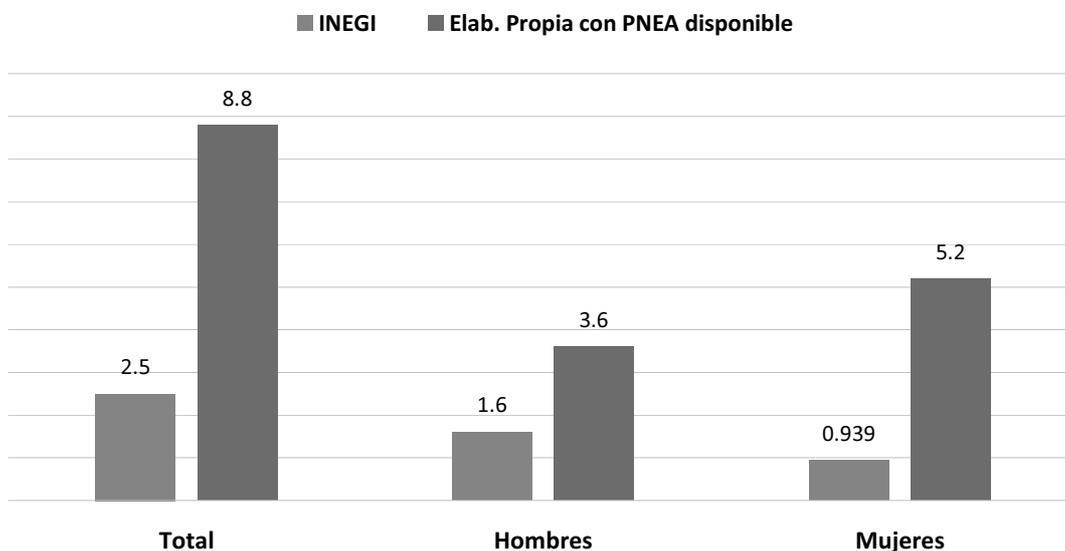
Estas cifras tienen un comportamiento diferente por grupos de edades, en los jóvenes de 14 a 19 años la TDA es de 9.3 en los hombres y 10.8 para las mujeres. De hecho las TDA más altas se ubican en el rango de 14 a 29 años y esta feminizada.

Con el desempleo juvenil México está desperdiciando el bono demográfico, situación donde todavía es positiva la relación entre personas en edad de trabajar y personas fuera del mercado laboral por edad.

Para junio de 2013 INEGI reporta 2 millones 469 mil 728 personas desempleadas. Respecto a la metodología oficial para medir el desempleo existen serios cuestionamientos, las cifras que difunde el INEGI generan divergencias, muy en particular en el medio académico.

El volumen de lo que este Organismo llama “población disponible”, dentro de la categoría de “población no económicamente activa (PNEA) es muy alto; incluso OCDE hizo una observación, justamente cuestionando el por qué había tanta población económicamente activa “disponible”, que en realidad está desempleada.

POBLACIÓN DESEMPLEADA: INEGI Y ELABORACIÓN PROPIA
(Millones de personas)
Datos al 1er. trimestre 2013)
ENOE - INEGI



Cabe señalar que INEGI clasifica a la PNEA en disponible y no disponible definidas de la siguiente manera:

Población No Económicamente Activa Disponibles. Este grupo de inactivos está constituido por las personas de 12 y más años que no trabajaron ni tenían empleo y no buscaron activamente uno, por desaliento o porque piensan que no se los darían por la edad, porque no tienen estudios, etc.; pero estarían dispuestas a aceptar un trabajo si se les ofreciera, sin embargo no buscan activamente uno.

Población No Económicamente Activa No Disponibles. Está formado por la población de 12 y más años que en la semana de referencia no trabajó ni tenía empleo, tampoco buscó activamente uno y no estaría dispuesta a aceptar un trabajo aunque se lo ofrecieran, es decir es la población no disponible para ingresar al mercado de trabajo por dedicarse a: los quehaceres del hogar, estudios o ser jubilados o pensionados, estar incapacitados para trabajar o pertenecer al grupo de otros inactivos, como: ociosos voluntarios, alcohólicos, etcétera.

Bajo esta premisa y utilizando la metodología de Berenice Ramírez, investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM los datos sobre desocupación serían los siguientes:

Con datos del 1er trimestre ENOE 2013, el número de personas desempleadas crecería de 2.5 a 8.8 millones y la TDA se incrementa de 4.9 a 17.4. Para las mujeres el número de desempleadas aumentaría de 939 mil 479 a 5.2 millones, su TDA pasaría de 4.9 a 27.3, ya que el volumen de población económicamente activa “disponible” femenina es el doble que la masculina.

En los hombres el desempleo es de 3.6 millones, su tasa crece de 4.9 a 11.4 puntos.

Significa que hay 8.8 millones de personas desempleadas y sin seguridad social, de las cuales 59.1 por ciento son mujeres desempleadas.

Considerando los 30.5 millones de población trabajadora sin acceso a instituciones de salud –por tanto también carecen de seguridad social-, el universo de personas que requieren una cobertura en salud y seguridad social es de 39.3 millones de personas y sus familias.

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 refiere que existen 38.0 millones de personas que no son “derechohabientes” de los servicios de salud, de los cuales 19.5 son hombres y 18.5 millones son mujeres.

Considera como derechohabientes a las personas que tienen acceso a: IMSS; ISSSTE; Servicio para los y las trabajadoras de los gobiernos de los Estados; PEMEX, Defensa o Marina; Seguro Popular o para una nueva generación, así como instituciones privadas.

Adicionalmente datos del Informe sobre Pobreza 2010-2012, Coneval reporta que el número de personas sin seguridad social es de 71.8 millones, representa el 61.2 por ciento del total de la población del país. En 2010 eran 69.6 millones, implica un crecimiento de 2.2 millones de personas sin seguridad social en tan sólo 2 años.

Perfil sociodemográfico de la población trabajadora sin acceso a instituciones de salud

Actualmente en México el acceso al trabajo o al empleo no significa necesariamente contar con seguridad social, ni siquiera poder acceder a Instituciones de Salud, como parte sustantiva de sus derechos laborales.

Para 2013 existen 30 millones 475 mil 947 trabajadores y trabajadoras y sus familias sin acceso a la salud, representan el 63.8 por ciento de la población ocupada del país, una proporción superior a la que reconoce INEGI como empleos informales.

En los hombres la cifra asciende a 19 millones 115 mil 105, significan 64.3 por ciento de la población ocupada (PO); las mujeres son el 62.9 por ciento con 11 millones 360 mil 842. Datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del INEGI, 1er. Trimestre 2013.

Significa que por cada 100 personas ocupadas 63.8 -con sus ascendientes y descendientes-, no pueden acceder a la salud.

Esta población se compone de trabajadores y trabajadoras subordinadas y remuneradas (con un empleador) y el llamado autoempleo.

Con el fin de delinear un perfil sociodemográfico de esta población se analizaron los seis factores siguientes: panorama regional, nivel de ingresos, rangos de edad, nivel de instrucción, situación conyugal y número de hijos.

1. Panorama Regional

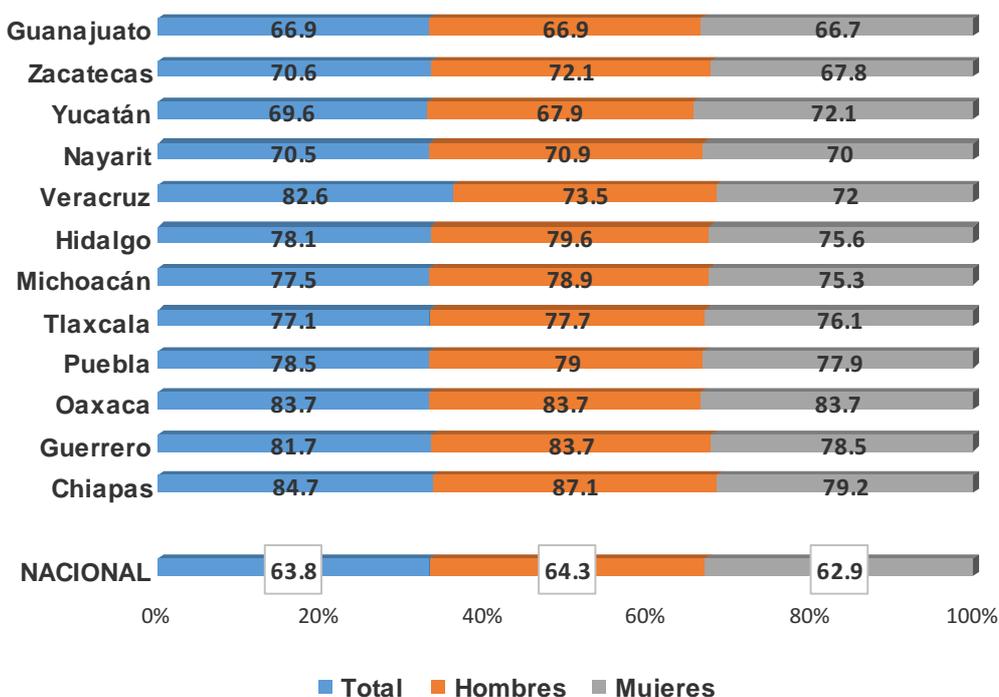
Si bien es cierto que el promedio nacional de población trabajadora sin acceso a Instituciones de salud es del 63.8 por ciento, en los Estados este porcentaje crece en forma significativa (Gráfica 1).

Los Estados donde la situación es más crítica son: Chiapas (84.7 por ciento); Oaxaca (83.7); Veracruz (82.6) y, Guerrero (81.7 por ciento). En estas entidades por cada 100 personas ocupadas más de 80 no cuentan con acceso a instituciones de salud.

Para las mujeres la proporción más alta se registra en: Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Puebla y Tlaxcala. Todas con una alta población indígena.

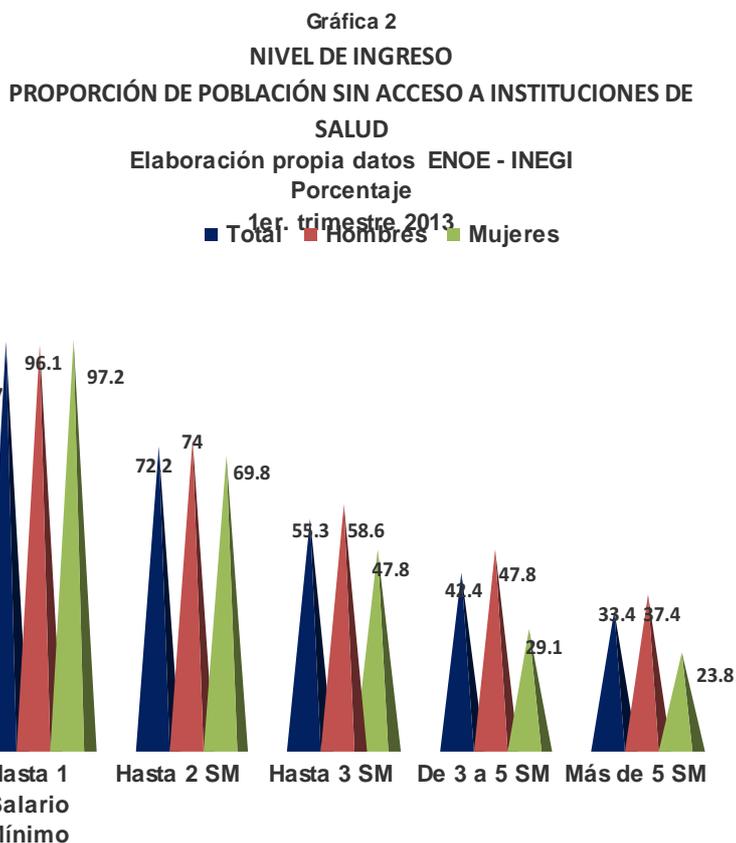
En términos generales son los Estados del centro y sur del país los que cuentan con el mayor número de informalidad laboral, con una actividad agrícola importante, por lo subsecuente carentes de seguridad social.

Gráfica 1
POBLACIÓN TRABAJADORA SIN ACCESO A INSTITUCIONES DE SALUD POR SEXO Y ENTIDAD
 Elaboración propia datos ENOE - INEGI
 Porcentaje
 (1er trimestre 2013)



2. Nivel de ingreso

El análisis de la información sobre esta población se hizo con base al desagregado de ingresos que hace la ENOE, va de un salario mínimo hasta más de 5 salarios mínimos.



La evidencia empírica permite concluir que a medida que disminuye el salario aumenta la proporción de trabajadores y trabajadoras sin acceso a salud. Como se puede apreciar en la gráfica 2 en el nivel de 1 salario mínimo por cada 100 personas, 96.7 están sin acceso a salud, en tanto que para “más de 5 salarios mínimos”, la proporción disminuye hasta el 33.4 por ciento.

En todos los niveles salariales el porcentaje masculino supera al femenino, excepto en el nivel de 1 salario.

El problema se vuelve más complejo cuando se considera que más de la mitad de la población trabajadora (58.3 por ciento) gana de 1 a 3 salarios mínimos, son 27.9 millones; en el rango de más de 5 salarios mínimos el porcentaje es de 7.4 puntos, una absoluta minoría. A la desigualdad económica se suma la desigualdad social

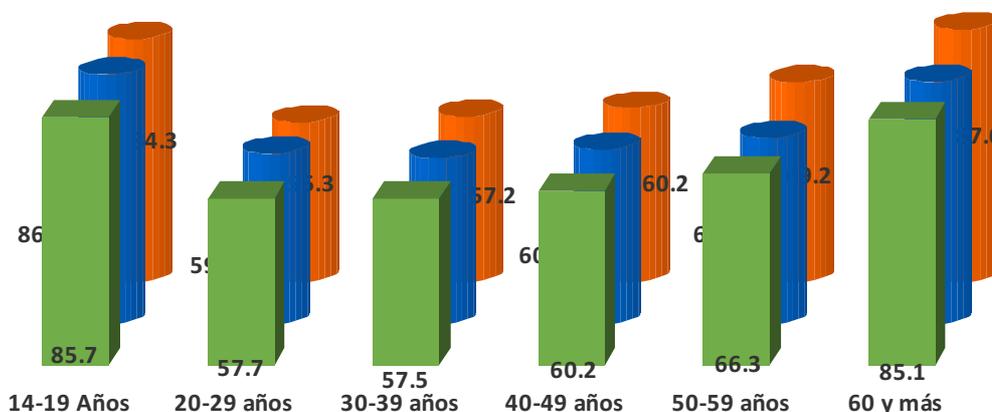
3. Grupos Etarios

En este apartado se consideraron seis rangos de edad que van de 14 años a 60 y más, desagregando la información por sexo (Gráfica 3).

La mayor carencia de salud se acentúa en dos pilares: 14 a 19 años, los y las más jóvenes y por supuesto para los adultos mayores (60 y más), justo cuando más se requiere contar con seguridad social.

En un principio pareciera que al aumentar la edad crece la posibilidad de acceder a la salud ya que en el rango de 20-29 años las personas disminuye el porcentaje de personas sin acceso a la salud a 57.7 puntos porcentuales y 55.3 en las mujeres, la proporción más baja registrado en este campo de análisis.

Gráfica 3
GRUPO ETARIO
POBLACIÓN SIN ACCESO A INSTITUCIONES DE SALUD
Elaboración propia datos ENOE - INEGI
Porcentaje
(1er. trimestre 2013)
■ Total ■ Hombres ■ Mujeres

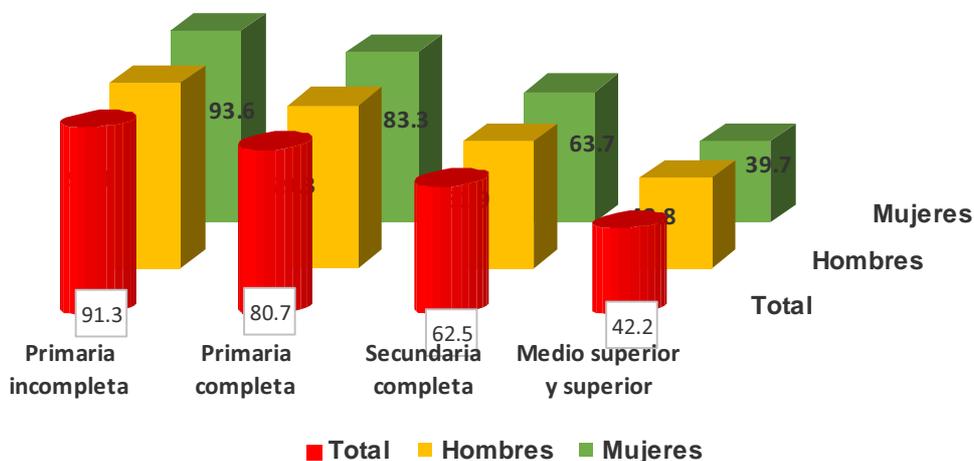


Sin embargo, al pasar al siguiente grupo etario (30-39 años) se vuelve a incrementar la proporción de personas y sigue con una tendencia creciente. Para las mujeres la carencia más alta está en el grupo de 60 y más años.

El volumen más importante de esta población sin acceso están en el rango de 20 a 49 años, en las mujeres representa más de la mitad, 66 por ciento. En contraste, las mujeres de 60 y más años únicamente representan 10 puntos porcentuales, similar a la proporción de jóvenes de 14 a 19 años.

4. Nivel de instrucción

Gráfica 4
NIVEL DE INSTRUCCIÓN
POBLACIÓN TRABAJADORA SIN ACCESO A INSTITUCIONES
DE SALUD
 Elaboración propia datos ENOE - INEGI
 Porcentaje
 (1er. trimestre 2013)



Del análisis de la información disponible sobre el nivel de instrucción de la población trabajadora se desprende que a menor nivel de educación menor acceso a Instituciones de salud; de tal forma que las mejores condiciones se encuentran en el nivel medio superior y superior, especialmente para las mujeres donde la diferencia entre secundaria completa y media superior y superior es muy amplia, va de 63.7 a 39.7 por ciento. (Gráfica 4).

En el caso del primer nivel (primaria incompleta) las más afectadas son las mujeres, al igual que en lo relativo a los ingresos, donde en el primer nivel (1 salario mínimo), también eran ellas las de mayor carencia.

Primaria y secundaria completa son los niveles educativos donde se concentra más de la mitad de la población sin acceso, son 17.8 millones de personas, 59.2 por ciento para las mujeres. En el nivel “medio superior y superior se ubica 20 de cada 100 hombres y 21.8 por ciento en las mujeres, para este nivel el número de personas sin acceso es de 6.5 millones.

5. Situación Conyugal

Más de la mitad de esta población sin acceso (61.8 por ciento) se registran como “actualmente unidas (os)”, con un índice de carencia de salud de 62.6 para los hombres y 65.9 en las mujeres; lo que los vuelve más dependientes de los servicios públicos de salud.

Los índices más altos de carencia están en las personas “alguna vez unidas (os)”, 68.2 para los hombres y 68 para las mujeres. El porcentaje más bajo corresponde a las mujeres en el grupo de soltera, con 50 de cada 100 personas.

Cabe señalar que estos porcentajes son muy similares al promedio nacional global.

6. Número de hijos

El número de mujeres con hijos sin acceso a Instituciones de Salud son 8 millones 593 mil 008, representan el 48.0 por ciento de la población femenina ocupada.

La carencia más significativa es del orden de 92.5 puntos porcentuales, se presenta en 6 y más hijos, aunque son minoritarias, también son las que presentan mayores requerimientos de salud.

En el caso de 1 a 2 hijos, por cada 100 mujeres 55 no tienen acceso (ver cuadro).

CONCEPTO	PO TOTAL	S / ACCESO	%
Sin hijos	4,940,668	2,767,834	56.0
1 a 2 hijos	6,641,940	3,673,300	55.3
3 a 5 hijos	5,325,734	3,863,202	72.5
6 y más hijos	1,141,255	1,056,506	92.5
Total	18,049,597	11,360,842	63.0

La población sin acceso se concentra en los rangos correspondientes a 1 a 5 hijos.

III. Creación de un Sistema Único de Salud.

“La salud no lo es todo, pero sin salud no hay nada”

Anónimo

Situación actual de la salud en México

La salud no es resultado solo de la interacción de las personas con agentes patógenos biológicos, sino que es resultado fundamentalmente de las condiciones de vida y de trabajo en las que se desarrolla la vida cotidiana, en decir del empleo, el nivel de ingreso, la alimentación, condiciones de la vivienda, nivel educativo y acceso a servicios de salud entre algunos de los factores relevantes, en este sentido analizaremos las condiciones socioeconómicas de la población mexicana.

Bajo esta premisa es importante considerar que entre los años 2010 y 2012 aumentó la pobreza en México, al pasar de 52.8 millones a 53.3 millones de personas, de un total de 117 millones de habitantes. Con lo que respecta a la población que se encuentra en pobreza extrema se reportaron 11.5 millones de personas, lo que significa una disminución del 9.8 por ciento que hace dos años, cuando había 11.3 por ciento y sumaban 13 millones de personas.

Lo anterior, de acuerdo al reporte Medición de la Pobreza presentado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Además, 45.5 por ciento de los mexicanos son pobres y 40.7 millones más (es decir 34.7 por ciento) son vulnerables y podrían caer en pobreza, ya sea por tener ingresos bajos o por no tener acceso a la educación, salud, vivienda o seguridad social.

Las desigualdades de género se expresan en que, comparadas con los hombres, 2,5 millones más de mujeres viven en condiciones de pobreza, 8 millones más de mujeres trabajan y no cuentan con seguro médico ni tienen derecho a una pensión y 7,6 por ciento de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas (hombres analfabetos: 4,8 por ciento).

Por otro lado, la población indígena mayor de 15 años que es analfabeta alcanza 32,5 por ciento; en algunos casos el analfabetismo de la mujer indígena duplica o triplica al del hombre indígena.

La población indígena concentra los indicadores más agudos de pobreza y marginación y los índices más desfavorables de desarrollo humano y pobreza. En México, cerca de 7 millones de personas son indígenas, están distribuidas en 28 de las 32 entidades de la federación y con presencia en 98 por ciento de los municipios del país; en 2010, cerca de 25 por ciento residía en ciudades, como población minoritaria y excluida socialmente.

Estas condiciones de precariedad se manifiestan en un perfil de salud-enfermedad de la población. Este perfil se detalla ampliamente en la publicación científica y técnica No. 636, edición 2012, Organización Panamericana de la Salud OPS):

Diariamente, por la violencia, 50 personas mueren, 1.250 reciben tratamiento médico y 100 sufren algún tipo de discapacidad. Los asesinatos relacionados con el tráfico de drogas han aumentado drásticamente. El costo económico de la inseguridad en México se estimó en 8,9 por ciento del PIB en 2009.

La mortalidad materna presenta un importante rezago. Entre 2006 y 2008 registró 12,3 por ciento de aumento en los 40 municipios con menor IDH. Si bien la mortalidad infantil ha disminuido, en estos municipios con menor IDH es 2,2 veces mayor que el promedio nacional. Estos datos muestran que no se han cumplido con los objetivos del milenio.

La mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años y más muestra una tendencia al aumento, alcanzando una tasa de 16,9 defunciones por 100.000 mujeres en 2009.

El subregistro de mortalidad se estima en 1,5 por ciento. Las causas mal definidas constituyen 1,9 por ciento de las muertes totales. Entre 2006 y 2008, las enfermedades no transmisibles y lesiones fueron responsables de 84 por ciento de las muertes. Los adolescentes concentran el 34,1 por ciento de las defunciones por accidentes de tránsito.

La tuberculosis representa una prioridad de salud pública; se registraron 18.850 nuevos casos en 2010 y 2.222 defunciones en 2009. En 2009, 59 por ciento de las personas que vivían con VIH no lo sabía y 14 por ciento había sido diagnosticado como portador, pero se encontraba aún sin tratamiento.

La diabetes, cuya prevalencia aumentó entre 2000 y 2009, es un problema emergente que hay que enfrentar; causó 78.121 muertes en 2009, constituyéndose en la primera causa de muerte a nivel nacional. La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón presenta diferencias importantes según entidad federativa: la más alta es en Sonora (26,3 defunciones por 100.000 habitantes) y la más baja (7,3 por 100.000) en Quintana Roo.

El tabaco es responsable de unas 60.000 muertes anuales. Catorce millones de mexicanos de entre 12 y 65 años fuman. El consumo de alcohol es la principal causa de muerte en jóvenes y la cuarta en la población general.

Las enfermedades y accidentes de trabajo así como los impactos en la salud derivados de la contaminación ambiental son desconocidos en su exacta dimensión, por lo que dar datos sobre lo que se reporta no da un panorama real de lo que sucede en el país.

Además de las insuficiencias en materia de salud mencionadas con anterioridad hay que decir que las metas del milenio acordadas en el seno de la Organización de las Naciones Unidas no serán alcanzadas en particular la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años, la mortalidad materna y las relativas al combate al VIH/SIDA.

Si comparamos algunos de los indicadores de salud enfermedad de la población mexicana en el 2009, con los promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) las diferencias son enormes.

Tal es el caso de la expectativa de vida tanto al nacimiento como a las 65 años; las cifras de bajo peso al nacer, mortalidad neonatal, infantil, materna y por cáncer cervical los de nuestro país son muy superiores; el número de muertes por accidentes automovilísticos casi se ha duplicado mientras que en los países de la OCDE se han reducido a la mitad. (datos del Coneval, Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, Coord. Onofre Muñoz Hernández, octubre 2012).

Los datos presentados nos muestran que la mayoría de los problemas de salud de la población mexicana son prevenibles y por lo que revelan la ineficacia e ineficiencia del SNS.

La atención de la salud en México

Existen en el país múltiples instituciones que prestan servicios de atención a la salud de la población en general, a saber IMSS, ISSSTE, instituciones de seguridad social para trabajadores al servicio de gobiernos estatales, DIF, Secretaría de Salud, servicios médicos de Pemex, Sedena, Semar y al menos 32 Servicios Estatales de Salud, los cuales constituyen el llamado SNS.

Esta elevada fragmentación que lleva consigo diferencias en su organización, financiamiento, capacidad de producción de servicios, en la calidad de estos y en sus sistemas de información resta calidad, eficiencia, eficacia y cobertura al SNS.

Por otro lado no se tiene un diagnóstico del SNS objetivo y fiable, en donde hayan participado todos los sectores involucrados, autoridades, trabajadoras(es) y usuarios de los servicios que den elementos para su reforma, por lo su realización debe ser una condición para el replanteamiento del sistema sanitario en el país.

El Consejo General de Salubridad es la entidad que tiene la responsabilidad de dictar las políticas públicas en materia de salud y salubridad. Este órgano se ha caracterizado durante su operación a lo largo de los años por no ser funcional; si bien la salud pública no depende solo de las políticas de la Secretaría de Salud sino de que deben coordinarse diversas dependencias la experiencia ha demostrado que no ejerce esa función por lo que resulta de suma importancia reestructurarlo para recuperar la rectoría del sector salud por parte del Estado.

Con lo que respecta a la regulación, control y fomento sanitario en la actualidad se ejerce por medio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, a partir del 2003, este órgano desconcentrado carece de los recursos humanos y materiales para hacer frente a las necesidades que se tienen en la materia, por lo que debe replantearse su estructura y fortalecer las competencias de las autoridades sanitarias estatales.

La heterogénea normativa de las instituciones de salud, así como sus reglas de operación, son otros de los problemas, además de los mencionados con anterioridad, más importantes a resolver para lograr un sistema sanitario nacional integral, universal y de calidad.

Esta fragmentación del SNS genera diferencias en las condiciones de acceso de la población a los servicios de atención y le resta costo-eficiencia. En este contexto, se debe tener como objetivo el armonizar la provisión de servicios entre las diferentes entidades alrededor de las secretarías de salud estatales, con los organismos públicos descentralizados y los actores de la seguridad social, como el paso previo a la constitución de un Sistema Único de Salud.

Otra deficiencia es que se han creado políticas de recursos humanos por institución de salud descoordinadas, con insuficiente presupuesto que no responden a las necesidades de la salud de la población; así mismo no existe un plan regulador nacional que oriente la formación de profesionales de la salud.

Actualmente se tiene 0.45 médicos(as), 2.5 enfermeras(os) en los tres niveles de atención y 0.71 camas censables por cada 1000 habitantes los países de la OCDE, tienen un promedio de 0.8 médicos(as) y 9.6 enfermeras y enfermeros por cada 1000 habitantes, es evidente que tenemos un déficit de recursos humanos, es necesario hacer un censo nacional para conocer las necesidades de todo el sector incluyendo la rama técnica y paramédica. (Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, CEESES del Hospital Infantil de México Federico Gómez, octubre de 2012).

Acceso a los servicios de salud

En la actualidad el SNS no proporciona cobertura universal, con beneficios y calidad homogénea y acceso efectivo en particular los sectores rurales, campesinos e indígenas; así como a todos y todas las trabajadoras informales.

La infraestructura material es insuficiente, solo por mencionar un dato el 30.9 por ciento de las localidades rurales entre 1,500 y 2,500 habitantes carecen de algún establecimiento médico en su comunidad.

Se considera que una persona no tiene acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatales, Pemex, Defensa, Marina u otros) o los servicios médicos privados.

El 33.8 por ciento de la población total del país presentaba carencia en el acceso a los servicios de salud en 2010, lo que equivale a casi 38 millones de personas. En 420 municipios (17.1 por ciento de los municipios de México) la carencia por acceso a los servicios de salud afecta a más del 50 por ciento de sus habitantes. Mientras que solo en el 32.1 por ciento de todos los municipios del país la carencia es inferior al 25 por ciento de la población (datos del Coneval, Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, Coord. Onofre Muñoz Hernández, octubre 2012).

La estrategia que se implementó para superar los rezagos en materia de salud fue la creación del Seguro popular, el que a continuación se describe.

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

El 15 mayo de 2003 se modificó la Ley General de Salud (LGS), adicionando el Título Tercero Bis, para crear el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular (SP) para otorgar servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios sin costo, a la población sin seguridad social, inició operaciones en el 2004.

El Seguro Popular solo atiende 285 intervenciones que incluyen 1 mil 534 diagnósticos de su Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUCES; así mismo, por medio del **Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)** el Seguro Popular aporta los recursos económicos para la cobertura de 59 intervenciones de alta especialidad (tercer nivel de atención) agrupadas en 19 enfermedades.

A este esquema le agregan el denominado Programa de Seguro Médico Siglo XXI, que son intervenciones médicas para menores de cinco años, no consideradas en el Causas ni en el FPCG. A partir de la presente administración incorporan el denominado Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que además de la atención a la salud tiene elementos de promoción a la salud y provisión de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad y a mujeres embarazadas y en lactancia.

Es decir el SP da cobertura para aproximadamente 1,553 enfermedades y en contraparte el IMSS atiende 12 mil 487 diagnósticos, lo cual implica un abanico de cobertura muy reducido por parte del Seguro Popular, con complejo esquema burocrático-administrativo que obstruye y en algunos casos prácticamente imposibilita el acceso a los servicios para sus afiliados.

Al instituirse el SP y no aumentar la infraestructura material y humana de las instituciones de salud, el incremento en el número de usuarios ha saturado sus servicios y con ello ha contribuido a un mayor deterioro de la calidad del servicio. Todo ello se traduce en una pésima atención médica para la población usuaria de este Seguro.

En el capítulo relativo al gasto público en salud (GPS), se analiza el incremento significativo de 81.7 por ciento durante 2004 a 2011 el Seguro Popular. Aun así en relación a los gastos de bolsillo el SP no ha logrado la protección financiera para sus afiliados, entre 2003 y 2010 el gasto de bolsillo se redujo solo del 52.9 por ciento a 49.0 por ciento, lo que demuestra que el gran incremento en recursos públicos a la población sin seguridad social no ha reducido significativamente este gasto.

Otro de los factores que determinan esta insuficiencia del gasto, es el desmesurado crecimiento de la población trabajadora que está en la informalidad laboral y que demanda la atención del SP.

Los datos oficiales sobre su cobertura son contradictorios. Según el Censo Nacional de Población 2010 de los 112 millones de habitantes, 43.7 M (38.9 por ciento) están afiliados a la seguridad social, 26.2 M (23.4 por ciento) están afiliados al SP, y 38.0 M (33.8 por ciento) no están afiliados a ninguna institución pública.

Por otro lado según las cifras de las instituciones para el mismo año y en el mismo periodo de levantamiento del Censo 65.4 M estaban afiliados a la seguridad social, 36.8 M al SP y solo 10.1 M no estaban afiliadas. Esto arroja una diferencia de 11.7 millones de personas afiliadas a la seguridad social y aparentemente no registradas por el Censo.

En la actualidad según el informe de resultados enero-junio 2013 el SP registra una afiliación acumulada de 53.3 millones de personas.

Estar afiliado no significa tener cobertura o atención real esta depende de varios factores como la accesibilidad física de las instalaciones de salud, barreras culturales entre otros.

Hay que hacer énfasis en que la atención efectiva de los servicios de salud, se entiende por acceso efectivo no sólo la posibilidad de acudir y recibir atención en una unidad médica sino también la disponibilidad de los servicios médicos, así como la suficiencia, calidez y oportunidad de éstos.

Con respecto al impacto del SP en la mejora de la situación de salud de la población no hay datos, sin embargo podemos conocer por los datos que arroja la Encuesta Nacional de Afiliados al Seguro Popular realizada por el CIDE, que este es prácticamente nulo en las poblaciones que históricamente han sido excluidas en particular de la atención médica. A continuación se presentan algunos datos:

- El 98.4 por ciento de los afiliados cuentan con servicios de electricidad en sus viviendas.
- El 70.6 por ciento de los afiliados de 18 años y mayores alcanzaron a estudiar primaria y secundaria.
- Lengua indígena únicamente y lengua indígena y español lo hablaban el 9.1 por ciento de los afiliados.

Estos resultados nos muestran que la cobertura del SP no está incluyendo mayoritariamente a poblaciones rurales e indígenas ya que este tipo de población no tiene las características descritas.

Programas y acciones de salud

La atomización, duplicidad del gasto y baja eficiencia y eficacia del SNS se evidencia en que el Gobierno Federal cuenta con un total de 40 Programas y Acciones relacionados con la atención, el acceso y los servicios de salud en 2010 (64 por ciento de los recursos aprobados en 2010 para la función de salud de desarrollo social, es decir, 227mil 646 millones de pesos). Estos programas representan 15 por ciento del universo de 273 programas de desarrollo social reunidos en el *Inventario CONEVAL 2010*.

Gasto público en salud

Del análisis del Gasto Público en Salud (GPS), destacamos su estructura y crecimiento durante los últimos 21 años (1990-2011), así como su participación en el PIB; la información disponible proviene del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), obteniendo los resultados que a continuación se indican:

- En 2011 el Gasto Público Total en Salud ascendió a 436.9 millones de pesos, en los últimos 21 años muestra una Tasa Media de Crecimiento Anual (TMCA) del 6.6. Este gasto se compone de dos grandes vertientes:
 - 1) El destinado a la población con seguridad social, ahí se agrupan los recursos del IMSS, ISSSTE y PEMEX, asciende a 243.3 millones de pesos y creció 4.6 en el período analizado. IMSS absorbe 75.5 por ciento de estos recursos, sin embargo, el crecimiento de sus gastos para el periodo referido es muy bajo 3.9.
 - 2) El destinado a la población sin seguridad social comprende: gasto Estatal en Salud, Ramo 12, IMSS Oportunidades y Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), incluida en el Ramo 33 con un monto de 193.7 millones y una TMCA de 11.4, crecimiento muy superior al del gasto destinado a la población con seguridad social. La mitad de este gasto es para el Ramo 12 (Secretaría de Salud).

Comparando 1990-2011 se aprecia un cambio sustantivo en la estructura del gasto, en 1990 el destinado a la población con seguridad social representaba el 81.7 por ciento de total de GPS, para 2011 esta proporción disminuye a 55.7 puntos porcentuales y crece significativamente la participación del gasto destinado a la población **sin seguridad social**, alcanzando 44.3 puntos porcentuales, cuando en 1990 su participación en el GPS era únicamente de 18.3 por ciento.

Este crecimiento del GPS destinado a la población sin seguridad social es un efecto de la precariedad laboral, por el crecimiento de la población informal que carece de seguridad social.

Situación que se confirma con la altísima TMCA de los recursos destinados al Seguro Popular, de 2004 a 2011 que aumentaron anualmente 43.2 por ciento.

- Los niveles más bajos en el crecimiento del gasto corresponden a Gasto Estatal, que corresponde al gasto en salud efectuado con recursos propios de las estados (1999-2011) con 1.6 y el IMSS con 3.9 (1990-2011). La TMCA más alta está en Seguro Popular (2004-2011).
- La participación del GPS en el PIB en los últimos 19 años es muy baja, 2.4 en promedio, 2003 es el año más crítico con 1.9, para 2012 crece a 3.1, este crecimiento se explica por el incremento a los recursos destinados a la población sin seguridad social, seguro popular e IMSS Oportunidades (ver cuadro 1).

Cuadro 1

GASTO PÚBLICO TOTAL EN SALUD (GPS) Y SU PARTICIPACIÓN EN EL PIB 1993 - 2012

AÑO	GPS / PIB	AÑO	GPS / PIB
1993	2.5	2004	2.7
1994	2.6	2005	2.6
1995	2.4	2006	2.6
1996	2.1	2007	2.6
1997	2.4	2008	2.6
1998	2.5	2007	2.7
1999	2.7	2009	3.1
2000	2.6	2010	2.1
2001	2.7	2011	3.0
2002	2.7	2012	3.1
2003	1.9	Promedio 1993-2012	2.4

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información en Salud.

Como se puede apreciar un factor que explica la problemática de salud que se vive en el país está asociada directa e indirectamente con los recursos del gasto público destinados a este rubro.

Las y los trabajadores de la salud.

La calidad de los servicios de salud que se brindan a la población esta correlacionada con las condiciones de trabajo en las que los trabajadores sanitarios se ven obligados a prestar sus servicios, por ejemplo la duración de la jornada de trabajo, el número de pacientes bajo su responsabilidad y estabilidad en el empleo.

Las acciones que se tomen en materia de salud pública deben partir del conocimiento de las principales características de este grupo de trabajadores, a continuación se mencionan algunas.

Las más importantes instituciones de salud, Secretaria de Salud, (SSA), Instituto Mexicanos del Seguro Social, (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, ISSSTE, concentran en conjunto 91.4 por ciento de los trabajadores y trabajadoras de la salud.

En conjunto reportan un total de 685,296 trabajadores y trabajadoras aproximadamente, distribuidos en más de 38,800 unidades. Estos datos incluyen instituciones de salud locales de los estados de la república y medicina privada; es importante mencionar que una proporción, no cuantificada de trabajadores de la salud que laboran en instituciones públicas lo hacen también en el sector privado.

Las condiciones laborales, de los trabajadores de la salud (TS), específicamente las relacionadas con la salud en el trabajo son un tema que no figura en la agenda de las políticas públicas.

Las cargas de trabajo han aumentado a causa de “recortes de personal” desde hace por lo menos 15 años, aunque no se ha asumido como tal por las instituciones, se implementó como *congelamiento de plazas*, es decir que las bajas del personal, por diversas causas, defunción, jubilación e incapacidad permanente, no se autoriza que se ocupe con personal de nuevo ingreso mientras que la población usuaria se incrementa continuamente.

Se ha dado una privatización del sector salud enmascarada y parcial. Lo anterior se afirma porque en las dos últimas décadas se ha privilegiado en todo el Sector Público, incluyendo las universidades, la contratación de los llamados seguros de *gastos médicos mayores*, los cuales se ejercen en hospitales privados, subrogando de manera indirecta estos servicios. Esto se ha sustentado en el marco de la Ley de Inversión Público Privada.

No hay normas protectoras específicas para los trabajadores de la salud en general, solo existe en la Ley Federal del Trabajo un apartado llamado “Trabajos de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad”.

Las tres instituciones mencionadas tienen diferentes reglamentos y manuales para los movimientos de escalafón, para médicos, paramédicos y administrativos.

En el sector privado no se da la situación arriba mencionada en muchos de los casos ni sindicatos tienen estos trabajadores y por lo general los salarios llegan a ser más bajos que en el sector público.

Intersectorialmente existe un acuerdo para fijar los salarios de los trabajadores de la salud el cual es homogéneo en todo el sector público, no así las prestaciones que son diferentes en cada institución.

El llamado Sistema Nacional de Salud no cumple con los objetivos que todo sistema sanitario debe de tener; por el contrario tiene características que impiden la que el derecho a la salud sea efectivo en nuestro país, algunas de estas son:

- Duplicidades en el financiamiento de los servicios de salud.
- Cotizaciones múltiples y traslapes de la demanda.
- Crisis financiera de las instituciones de seguridad social.
- Desabasto de medicamentos.
- Insuficiencia y falta de mantenimiento de equipo médico.
- Baja oportunidad en la atención, diferimiento de la resolución de problemas de salud.
- Inequidad, diferencias en cobertura de intervenciones.
- Diferencias en la calidad de la atención médica.
- Esfuerzos hacia la universalidad a todas luces insuficiente

Es por lo tanto imprescindible para avanzar hacia la protección a la salud plena de toda la población del país una reforma sanitaria que corrija todas las deficiencias que se han venido enumerando.

Fundamento Jurídico

El Artículo cuarto de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho a la salud.

La normatividad relativa señalada en la Ley General de Salud (LGS) mandata la incorporación de todos los mexicanos que al Sistema de Protección Social en Salud (Artículo 77 bis 1).

El referido artículo establece que: *“La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.*

Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.”

Lo anterior difiere de lo establecido en el 4° Constitucional que determina: “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución*” el cual no establece limitaciones en el ejercicio de este derecho explícitamente, aunque abre esta posibilidad al condicionarla a lo establecido en la Ley.

Para lograr el ejercicio de este derecho humano, que además se encuentra establecido en los instrumentos internacionales firmados por México, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, se requiere reformar el sistema sanitario del país ya que hasta el presente está demostrado es incapaz de lograr llegar a de este fin.

Antes de plantear las características que debe tener el Sistema Único de Salud, modelo que ha demostrado a nivel mundial que es la forma más eficiente y eficaz de lograr la cobertura universal de la atención a la salud de calidad, integral y equitativa, se hará una descripción de la situación de la atención en salud en nuestro país.

2. Hacia un Sistema Único de Salud.

De acuerdo a las condiciones anteriormente expuestas, se formula una propuesta para creación de un sistema único de salud público que otorgue una atención integral, multicultural, universal, de calidad y calidez, efectiva y eficiente. Eliminada las desigualdades en la atención existentes, la fragmentación, la multiplicidad de programas; y estableciendo una rectoría real por parte del Estado, en algo fundamental como lo es el derecho a la salud.

La magnitud y complejidad para tener un sistema de salud acorde a las necesidades de salud de la población y a las condiciones sociales, políticas, financieras y laborales del sector, implica un acuerdo nacional de todos los actores que en el participan y debe ser un proceso objetivamente planificado, por lo que plantearemos las etapas para lograrlo.

1. Etapa de normalización de la reforma.

- a) El Congreso de la Unión previa consulta con las entidades sanitarias federal y estatales, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Defensa y Marina), del DIF, de representantes de los trabajadores de estas instituciones, de los usuarios de los servicios de salud, asesorados por expertos nacionales y de la OPS-OMS en sistemas únicos de salud, emitirá la Ley de la Reforma Sanitaria (LRS), en un término no mayor de tres meses.
- b) La referida Ley creará la Comisión Nacional para la Reforma Sanitaria (CNRS), que se integrará con los mismos actores mencionados en el inciso anterior y cuyas facultades serán establecer la ruta crítica para instaurar en el país un Sistema Único de Salud y darle seguimiento a la misma. Dicha Comisión tendrá carácter de autoridad sanitaria y sus disposiciones serán obligatorias en el país. Le serán delegadas todas las facultades y atribuciones del Consejo General de Salubridad establecidas en el artículo 17 de la Ley General de Salud.

- c) La Comisión nombrara con Comité de Expertos para que en un término no mayor de trescientos sesenta y cinco días le presente la propuesta para la creación del Sistema Único de Salud.

La CNRS elaborará el plan para que en un término no mayor de 1,095 días inicie la operación del Sistema Único de Salud, con una sola institución prestadora de la atención en salud, donde todas(os) las(os) habitantes del territorio nacional podrán acceder a la atención en salud con las mismas prestaciones en especie y dinero independientemente de su forma de incorporación.

2. Etapa diagnóstica.

No existe hasta el momento una evaluación objetiva desde una mirada crítica y con la opinión de trabajadores y usuarios de los servicios, por lo que es necesario hacer este diagnóstico para superar deficiencias en el corto plazo y no reiterar errores en el nuevo modelo.

- a) La Secretaria de Salud, las Secretarías Estatales de Salud, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Defensa y Marina) y el DIF, instalaran en cada institución comités de diagnóstico de fortalezas y debilidades de sus respectivos ámbitos de competencia, incluyendo representantes de los usuarios de los servicios y de los sindicatos. El cual deberá estar en un término no mayor de seis meses.
- b) Cada institución de las mencionadas en el inciso anterior elaborara un inventario de sus políticas, programas, reglamentos, procedimientos y normatividad general interna. Durante el mismo lapso de tiempo. Con el objetivo de analizarlos y pasar a la etapa de homologación.

3. Etapa de homologación de la calidad.

- a) Con base en el diagnóstico elaborado en la etapa anterior cada institución definirá e implementará un programa de calidad de la atención en salud para su población usuaria, con el objetivo de superar deficiencias y rezagos. (quien lo hará) Dicho programa será aplicado por lo menos durante doce meses para posteriormente ser evaluado y mejorado.
- b) Se formara un Comité de Calidad de la Atención en Salud Nacional, al interior de la Comisión Nacional para la Reforma Sanitaria, que establecerá las Normas Oficiales Mexicanas de Calidad en la Atención Médica y definirá los criterios e indicadores para dar seguimiento de la mejora en la atención.

4. Etapa de homogenización normativa.

- a) La CNRS convocara a dos mesas de homologación laboral, una de los sindicatos nacionales de instituciones prestadoras de atención en salud y otra de los sindicatos de las entidades federativas, con el objetivo de homologar los Contratos Colectivos de Trabajo y Condiciones Generales de Trabajo vigentes.
- b) La CNRS establecerá los cuadros básicos y catálogos de medicamentos, instrumental y equipo médico, osteosíntesis y endoprótesis, material de curación, auxiliares de diagnóstico y genéricos.

- c) Con base a los programas de salud vigentes por institución y sus mecanismos de operación establecerá un catálogo único de programas incluyendo la salud ambiental y del trabajo, a implementar durante la etapa de transición al sistema único de salud.

Acciones inmediatas.

- a) En un plazo no mayor de 365 días a partir de la entrada en vigor de la Ley de la Reforma Sanitaria toda la población afiliada al Seguro Popular y la que ingrese posteriormente tendrán la misma cobertura de prestaciones en especie y en dinero a las establecidas en el régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social vigente.
- b) En un plazo no mayor a 365 días posteriores a la entrada en vigor de la Ley de la Reforma Sanitaria, la CNRS establecerá los lineamientos para homologar las condiciones de trabajo de los trabajadores de salud de todas las instituciones del SNS y regularizará la situación laboral de todo el personal eventual médico, paramédico, de laboratorio y administrativo que tenga 6 meses o más de trabajar en algunas de las instituciones del sistema y se encuentre activo al promulgarse la LRS.
- c) Establecer un padrón único de afiliados.
- d) Establecer un sistema nacional de evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- e) Levantar un censo nacional del personal sanitario (incluye todas las personas que llevan a cabo tareas y tienen como principal finalidad la atención la salud).
- f) Construcción de Unidades Médicas Rurales en todas las localidades de 2,000 a 5,000 habitantes y su equipamiento.
- g) Construcción de Hospitales Generales, de 30 camas en el área rural y urbana de 144 camas y su equipamiento.
- h) Elaboración de Guías de Práctica Clínica para los principales problemas de salud del primer nivel de atención.
- i) Establecer un sistema generalizado de referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de atención.
- j) Establecer el expediente clínico electrónico en todas las instituciones prestadoras de servicios públicas y privadas, en todos los niveles de atención.
- k) Disminuir los tiempos de espera en todos los niveles de atención.
- l) Crear un sistema de contraloría social donde participen los usuarios del servicio en la evaluación y vigilancia del funcionamiento del sistema.
- m) Elaborar un plan de desarrollo del personal sanitario concertado con la ANUIES salud, con énfasis en médicos(as) generales o familiares y enfermeras(os) para tener uno de cada profesión por cada 2000 habitantes.
- n) Identificar las prioridades nacionales para la investigación en salud en México en el corto y mediano plazo.
- o) Homologar y mejorar las condiciones de trabajo, prestaciones y salarios del personal sanitario de todas las instituciones, antes de implantar el sistema único de salud.

- p) Homologar las estructuras organizacionales y procesos de todas las instituciones de salud.
- q) Implantar el expediente clínico electrónico en todas las instituciones.(vincular ley teleco)
- r) Levantar el padrón universal de usuarios.
- s) Homologar los beneficios y prestaciones en salud de todas las instituciones de salud.

Ejes conceptuales rectores

1. Es importante considerar que la salud representa un derecho humano fundamental y no un privilegio. En razón de ello, el Estado debe garantizar el acceso a la salud con calidad a toda la población. Teniendo en cuenta los diferentes niveles y los componentes de la interculturalidad y el género es un paso fundamental para pasar de "palabras a los hechos" de una manera sistemática y sostenible.
2. Un Sistema Único de Salud debe ser universal, con servicios de calidad y la atención integral. Es una política pública que tiene como uno de sus objetivos básicos, eliminar las desigualdades intolerables e inequidades de salud, por ser incompatibles con el desarrollo del país.
3. La forma de lograr el objetivo de mejorar la atención es la consolidación del proyecto constitucional del Sistema Nacional de Salud que se implementa bajo la primacía del interés público y no con intereses de mercado. Se necesita más recursos para la salud para hacer una mayor inversión en servicios de infraestructura, equipos, carreras, insumos y todas las garantías para el buen funcionamiento de los servicios públicos.
4. Nuestra propuesta no incluye diferencias en la cobertura de enfermedades, la atención a la salud debe ser por igual en todas las instituciones, para toda la población; en todos los programas debe eliminarse la desigualdad en la atención.

Principios rectores

Integral. Se trata de una percepción multidimensional de la salud (individual, familiar y comunitaria) no centrada sólo en el problema, sino también sobre los riesgos. Incluye las áreas de prevención, promoción, atención y rehabilitación.

Inclusión, salud para todos. Los sistemas de salud en América Latina son importados de sociedades occidentales más homogéneas y han excluido a grupos importantes de la población en particular las mujeres, las comunidades rurales e indígenas y a trabajadores informales.

El sistema debe incluir a toda la población con énfasis en los grupos excluidos de siempre.

Estos son los compromisos que el Estado, debe tomar para mejorar la eficacia del Sistema de Salud:

- No a un sistema de salud basado puramente en "la biomedicina moderna", sin barreras económicas, lingüísticas, culturales, sociales y de género.
- El objetivo es hacer un modelo de atención operativa diseñada para garantizar la cobertura universal de salud para las comunidades tradicionalmente excluidas de la misma. Mediante la combinación de la medicina "moderna" con las medicinas tradicional y alternativas. Transformar los modelos de atención primaria; para garantizar que ningún grupo, por razones de sexo, etnia o cultura permanezca fuera del derecho fundamental de la salud, con un enfoque integral a la salud con tres ejes (derecho a la salud, la equidad intercultural y de género) y tres niveles individual, familiar y comunitario.
- La inversión en salud debe ser de 5.1 por ciento del PIB nacional, en un plazo no mayor a seis años. Estos recursos se destinarán a sufragar el costo de las acciones inmediatas propuestas anteriormente.
- Se requiere una mejora sustancial de las condiciones de trabajo y de los salarios de los trabajadores de la salud, garantizar sus derechos humanos laborales y la estabilidad en el empleo así como revalorar su trabajo.
- Garantizar el acceso a los medicamentos de calidad en todo el país.
- No a la subcontratación de servicios de atención a la salud con el sector privado.

IV. Hacia un nuevo Esquema de Administración de Pensiones. creación del Instituto Nacional de Pensiones

Pensiones: Solidaridad y desigualdades

En el marco de las transformaciones que se han dado en mercado global, uno de los principios sociales que más se han fracturado ha sido el de la solidaridad. Este principio sustenta una visión de la sociedad como un colectivo que se desarrolla a través de mecanismos de apoyo, colaboración y cooperación desde una perspectiva de derechos sociales.

A cambio, se ha diseñado una política económica donde las relaciones humanas se rigen fundamentalmente por las reglas del mercado. Bajo esta lógica los derechos fundamentales como la alimentación, la educación, la salud, el trabajo y la seguridad social se encuentran en su nivel más bajo de garantía de acceso a la población.

En este contexto, el Estado se dio a la tarea de construir bajo una carga ideológica, identidades individualizadas y competitivas con una perspectiva de ascenso social y de un futuro inmediato, donde las personas han dejado de mirarse como sujetos de derechos.

La transformación del tejido social solidario por una sociedad individualizada, sin intereses a futuro, es el marco ideal para profundizar las llamadas reformas estructurales que respaldaran el abandono del estado de su responsabilidad social, bajando costos económicos pero incrementando los costos sociales. En donde mujeres y hombres enfrentarían una lucha desigual por acceder a los derechos que el Estado ha dejado de garantizarles.

La exclusión social de millones de hombres mujeres, niñas, niños y adultos mayores para satisfacer sus necesidades básicas, contempladas en nuestra carta magna, ha sido sin duda la mayor consecuencia de las reformas estructurales implementadas en nuestro país.

Por ello las desigualdades se profundizan cada vez más, el incremento de la pobreza, la desnutrición infantil, el analfabetismo, la segregación de comunidades indígenas a la salud de calidad y su ampliación a las zonas urbanas marginadas, el incremento de las generaciones adultas y sus cuidados quedan en manos de la familia, en específico de las mujeres.

Con recursos precarios para estos cuidados y el poco acceso a las pensiones de vejez. En estas circunstancias los resultados de la política económica neoliberal han roto el tejido social solidario.

Las políticas públicas en materia de empleo y seguridad social son remiendos que pretenden encubrir la discriminación que generan las reformas que aún se pretenden profundizar, y que van en contrasentido a los estudios y análisis que instituciones como la OIT y la CEPAL plantean, lo que implica para nuestro país reformar las reformas y encontrar otros caminos para garantizar un acceso universal al derecho al trabajo y la seguridad social.

Diagnóstico de la Seguridad Social y las Afores. Balance de las reformas a la seguridad social en sistemas de pensiones IMSS 95-97, ISSSTE 2007.

Las reformas realizadas a la seguridad social, como parte del paquete de las reformas estructurales, iniciaron en 1994 con la creación de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

En 1995 se aprobó la reforma al IMSS entrando su aplicación hasta 1997. En 2007 se llevó a cabo la reforma al ISSSTE. A 16 años de su aplicación en el IMSS y a 6 años de la reforma

al ISSTE, el balance de las mismas ha mostrado su agotamiento, límites e insuficiencias para cumplir con los objetivos planteados. Este fracaso se advierte por su concepción basada en la liberación del estado de garantizar los derechos sociales entre ellos el de la seguridad social, dejando en manos de la participación privada y el mercado la administración de este derecho.

Ambas reformas solo se enfocaron fundamentalmente a los esquemas de pensiones, para trasladar las aportaciones de beneficio definido (espacio tripartito) al de contribución definida (aportación individual administrada por Afores).

En México se abre de nueva cuenta la discusión sobre la seguridad social, sin embargo el gobierno federal, solo está considerando ampliar la base de los programas asistencialistas que se han implementado desde los años 70's, ante los abismales rezagos que la desigualdad socioeconómica ha generado.

Esta situación ha llevado a estudiosos de la materia a realizar diagnósticos y análisis para orientar sobre posibles soluciones. Entre los elementos que consideran causas de la crisis de la seguridad social están la errónea política de constitución de la seguridad social basada en el empleo formal, el papel jugado por las direcciones sindicales corporativas, los cambios etarios, con una esperanza de vida mayor para hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes viven más años

Si bien estos son elementos centrales, quedan otros que han sido parte esencial de este proceso, como el papel proteccionista del Estado a las cúpulas empresariales, que hasta la fecha son un sector que fuera de obtener sus ganancias, no asume un compromiso para sostener el pacto social del que también fue heredero.

En este contexto la seguridad social transita de una crisis aguda, resultado de la aplicación de las políticas de los organismos internacionales, sin considerar las necesidades reales del país. Hoy se busca a los culpables que deben pagar lo que el mercado no ha logrado regular, y estos son las y los trabajadores, el empleo y los salarios, castigados desde hace más de tres décadas.

El desempleo, la informalidad, los trabajos atípicos que desempeñan las mujeres en la precariedad de derechos, el trabajo infantil encubierto, la flexibilidad laboral, la elusión y evasión fiscal de los patrones y la utilización de las aportaciones de los trabajadores por parte el gobierno- patrón a otros rubros, aunado a la crisis económica que no ha logrado remontar desde el 2008 son los problemas reales que han llevado a la situación que vive hoy la seguridad social, una drástica caída de las contribuciones.

Otros aspectos relevantes que han incidido en esta crisis fue la pésima administración de los recursos del IMSS, las contribuciones para financiar a los diferentes seguros como: las enfermedades y maternidad, los riesgos de trabajo, de invalidez y vida, el de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y el de guarderías y prestaciones sociales, estas contribuciones fueron utilizadas para otras actividades de la institución, sin prever la sustentabilidad de estos seguros a largo plazo lo que condujo al grave desfinanciamiento.

Las reformas a los sistemas de pensiones se dieron bajo el supuesto de sanear las finanzas públicas, al pasar de reparto definido a contribuciones definidas con administración privada como la única solución para lograr que las y los trabajadores al llegar al final de su vida laboral, pudieran acceder a una pensión para una vejez digna.

El binomio trabajo seguridad social que permitió por cerca de un siglo brindar estabilidad política y garantizar pensiones relacionadas con el empleo, el salario y la estabilidad laboral,

hoy es cuestionado desde varias perspectivas: como un derecho solo de los trabajadores, como una política excluyente en sí misma, o como privilegio de unos cuantos en relación a una población cada vez mayoritaria que no tiene garantizado ningún derecho, ni siquiera el trabajo.

A lo largo de estas décadas los gobiernos en turno no se plantearon la necesidad de actualizar los componentes de la seguridad social, primero porque el modelo de sustitución de importaciones el cual permito un importante desarrollo de la economía, lo cual le permitió al Estado cubrir sus obligaciones; en segundo se utilizó el fondo de las aportaciones para las pensiones en otros rubros como la atención médica y recreación; y tercero, los acuerdos corporativos con la patronal fueron elementos de negociación política para evitar el incremento de la cuota patronal

El cambio de política económica de apertura al mercado global modifico sustancialmente las cadenas productivas, ahorcó al mercado interno, y desató el desempleo más grande después de la crisis del 94.

Las reformas que acompañaron este modelo se orientaron fundamentalmente en la reducción del costo laboral.

Para iniciar el proceso de reformas dado el desequilibrio que generaba la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida, los datos que se tenían en 1943 cuando se crea el IMSS, en ese periodo existían 26 trabajadores en activo por cada pensionado y la expectativa de vida era de 58 años en promedio.

Para la década de los 90's había siete trabajadores en activo por cada pensionado, en este periodo el déficit actuarial del IMSS era del 65 por ciento del PIB para cubrir el pago de las pensiones en curso.

La situación en el ISSSTE reflejaba esta misma tendencia que en ese entonces era el 46 por ciento del PIB. Ordorica, Pedro, el Sistema de Ahorro para el Retiro pág. 163. Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la Seguridad Social en México. Berenice P. Ramírez López y Roberto Ham Chande (Coord.), Ed. UNAM-COLEF, 2012.

De este análisis los gobiernos concluyeron que los sistemas de pensiones de reparto con beneficio definido del IMSS y del ISSSTE eran inviables por no garantizar su sostenibilidad a largo plazo, por lo que se inician las reformas para transitar al sistema de contribución definida administrado por el sector privado.

Para ello se reforma en 1994 la Ley del Seguro Social a fin de crear la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, cuyas facultades serían la regulación, control y vigilancia del ahorro de las y los trabajadores en relación a la Administradoras para el Fondo de Retiro (Afore), concesionadas al capital financiero.

Años después, a través de estas reformas el Estado pretendió resolver el pasivo laboral de millones de trabajadores formales. Ninguna de las reformas fueron resultado de una real y democrático proceso de consulta.

Su imposición derivó en una fuerte resistencia de los trabajadores que condujo a ciertas modificaciones como preservar el modelo pensionario de reparto con beneficio definido para las y los trabajadores que laboraban hasta 1997, los que ingresaran posteriores a esta fecha se incorporaban automáticamente a las aportaciones individuales.

Mientras para el apartado B cuya reforma paramétrica incorporo modificaciones en años de servicio y edad además de la Afore PENSIONISSSTE, la mayoría de los trabajadores y

trabajadoras optaron por quedarse en el décimo transitorio, es decir en el esquema pensionario de sus condiciones generales de trabajo.

Las reformas incrementaron el número de cotizaciones de 500 a 1250 para el IMSS con una edad de 60 o 65 años para acceder a una pensión de cesantía en edad avanzada o de vejez con un salario mínimo garantizado, mientras para los asegurados del ISSSTE la pensión es de dos salarios mínimos.

Las Afores fueron creadas para administrar los ahorros de las y los trabajadores, para cumplir con el mandato que crea un portafolio de inversión denominado Sociedades de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro (SIEFORE) que divide en 5 Siefores de acuerdo a rangos en edad de los afiliados: la **uno** para mayores de 60 años; la **dos** de 46 a 59 años; la **tres** de 37 a 45 años; la **cuatro** de 27 a 36 años y la **cinco** hasta 26 años, cuyo objetivo es buscar los rendimientos financieros pues de ello depende el éxito de cualquier sistema de capitalización. Valencia, Armas Alberto, La rentabilidad de las cuentas de capitalización individual (Op.Cit. P. Ramírez López y Ham Chande).

Las pérdidas llamadas "minusvalías" por parte de la Consar son consecuencia de los vaivenes de la bolsa de valores, lo que pone en peligro la suficiencia de los fondos para garantizar una pensión, además de considerar otros factores como la frecuencia de las aportaciones, el periodo de cotización, la edad de retiro, la tasa de interés y el cobro por el manejo de las cuentas de ahorro, que al final de la vida laboral se tendrá un saldo disminuido para obtener los beneficios de salud y pensión.

Frente a esta realidad las mujeres se verán más afectadas, por su forma de inserción en el trabajo con empleos poco calificados, niveles salariales bajos, contratos parciales y sin registro en la seguridad social o altas tardías en el mejor de los casos.

Todo ello impactará en el cumplimiento de las cotizaciones necesarias para alcanzar su pensión, además el rol de la maternidad y los cuidados familiares, al seguir siendo una responsabilidad asignada a las mujeres, se ven obligadas a solicitar permisos para atender las tareas del cuidado o a ser despedidas por este motivo. Lo que afectará directamente a suspender sus aportaciones y por consecuencia quedar fuera de

El resultado de estas reformas originó una mayor desigualdad entre las y los trabajadores asalariados, la crisis no saldada y la flexibilidad laboral han arrojando a millones de personas al desempleo y como única opción fue su incorporación a la informalidad, quedando excluidas de sus derechos a un trabajo estable con seguridad social, resultado de ello fue la fractura del tejido social y la solidaridad intergeneracional.

El Centro de Estudios de las Fianzas Públicas de la Cámara de diputados en su estudio de Indicadores de la Seguridad Social del 22 de abril del 2013 estima que los ingresos del IMSS crezcan a una tasa media anual de 1.5 por ciento entre 2013 y 2050. Mientras que los gastos se incrementaran en un 2.2 por ciento.

El presupuesto asignado al pago de pensiones del IMSS y del ISSSTE representa más el 50 por ciento del presupuesto total del Ramo de aportaciones a la Seguridad social; en 2013 el gasto a protección social asciende a 863 mil 516.4 mdp., equivalentes al 40 por ciento del presupuesto asignado a Desarrollo social; en tanto que el presupuesto en Salud representa el 20.9 por ciento.

El presupuesto asignado al IMSS es de 421 mil 565.2 mdp.; frente al del ISSSTE de 161 mil 357.4 mdp., de los cuales destinan a pensiones el 47.8 por ciento y el 62.1 por ciento, respectivamente del presupuesto asignado para el Ejercicio Fiscal 2013.

Por otra parte en el Informe de la Consar del III trimestre de 2012 analizado por el Diputado Alonso Raya en su documento "Inviabilidad de las Afores" enero de 2013 presenta la distribución de cuentas por semanas cotizadas del total de cuentas individuales activas e inactivas que analiza el periodo de 1997 al cuarto bimestre de 2012.

Conforme a este documento en julio de 1997 a agosto de 2012 han transcurrido 787 semanas. En este periodo, el 83.9 por ciento de los titulares de una cuenta individual cotizaron menos de 500 aportaciones, lo que significa una densidad de cotización (1) de 63.5 por ciento si se mantiene por el trabajador con esta proyección necesitaría trabajar 38 años para acceder a una pensión.

De mantenerse las condiciones de trabajo precario e inestable, de niveles salariales bajos de 2 a 5 SM, del pago por hora, de las contrataciones a prueba, eventuales por temporada por 60 días, solo el 16.1 por ciento de los afiliados a una afore podrá acceder a una pensión laborando por lo menos 38 años, el resto de trabajadoras y trabajadores no podrá cumplir los requisitos lo que orillará al mantenimiento de la desigualdad, el crecimiento de la pobreza en la vejez y la inseguridad social,

Ante las graves dificultades que afronta los actuales regímenes de pensiones y ante la intención del actual gobierno de generalizar las reformas al esquema de aportaciones individuales, -repitiendo los mismos errores de no tener valuaciones actuariales y fijar su interés en resolver solamente los desequilibrios financieros-, en contra sentido a la propuesta de construir una seguridad social universal. Nuestra propuesta pretende retomar los principios de solidaridad, integralidad, universalidad, obligatoriedad e igualdad para las mujeres.

Un Sistema Universal de Seguridad Social en nuestro país debe partir de la reconstrucción del pacto social fracturado por la desigualdad económica y social resultado de las políticas de mercado.

Se requiere de voluntad política para incluir a los excluidos, por lo que extender los sistemas de salud y pensiones hacia las personas de la informalidad laboral, por lo que proponemos la creación del:

Instituto Nacional de Pensiones

- Debe ser un órgano desconcentrado con personalidad jurídica y finanzas propia
- Todos los sistemas de pensiones actuales se integran a este Instituto, mediante un proceso de homologación tomando como norma superior lo establecido en el IMSS, este proceso deberá concluir en un lapso no mayor de tres años a partir de su aprobación
- Elaborar un solo padrón de pensionados para erradicar duplicidades a fin de eficientar los recursos, que se llevará en una etapa de transición en consideración de una política laboral y de aumentos salariales.
- El instituto deberá formular un índice de precios basado en la variación anual promedio de los alimentos y de una canasta básica que cubra las necesidades reales de las personas.
- El instituto se acogerá a lo establecido en las revisiones de los CCT y condiciones generales de trabajo, relacionado con esquemas jubilatorios pactados bilateralmente.
- Elaborará políticas para mantener y ampliar la cobertura.

- Diseñar política de inversión directa y financiera (bonos gubernamentales), de gestión transparente y eficiente a fin de garantizar que los rendimientos de la inversión lleguen al instituto y beneficie a las y los trabajadores.
- Sus atribuciones son administrar las cuentas de las y los trabajadores formales e informales, los ingresos de financiamiento federales, las ganancias obtenidas de las inversiones en obra pública para garantizar la pensión de un salario mínimo garantizado.
- Invertir en proyectos gubernamentales que generen empleos con derechos, invertir para fortalecer la economía social, bajo una supervisión, control, gestión y fiscalización de comités independientes de trabajadores.
- Las aportaciones se mantendrán tripartitas, las cuales serán revisadas anualmente con el indicador que genere el Instituto, ante posibles medidas de incrementos las de mayor aportación serán las del gobierno, en segunda instancia los patrones y considerando como última posibilidad la cuota del trabajador. Tomando en cuenta la estabilidad del empleo y un rango de salarios mayor a la media de Ingresos, el objetivo es crear un financiamiento solidario.
- Generar de manera permanente mecanismos de financiamiento vía las propuestas generadas en el capítulo correspondiente, a fin de hacer viable financieramente la universalidad, integralidad y solidaridad del sistema.
- Los seguros de enfermedad y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez y vida, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y guarderías y prestaciones sociales serán universales e integrales
- Se crearán políticas compensatorias para las trabajadoras con el fin de acortar las desigualdades en las aportaciones por la maternidad y los cuidados familiares.
- Se creará un esquema de pilares mixto; los pilares públicos serán administrados por el Instituto Nacional de Pensiones, los cuales cubrirán las aportaciones de los trabajadores formales, otro pilar de aportaciones de la informalidad laboral y un tercer pilar será el de ahorro en cuentas individuales voluntario
- El pilar público formal, se constituirá con las cuotas de las y los trabajadores establecidas por el espacio tripartito, no cobrará por la administración de las cuentas, las cuentas registradas en la Afores se transferirán a petición expresa del o la trabajadora. El gobierno cubrirá su cuota establecida de manera expedita.
- El pilar público informal, se integrará con las cuotas que se establezcan con el promedio mensual de ingreso a partir de 3 mil pesos, con una aportación del mismo porcentaje que el pilar público formal, con 65 años de edad para obtener su pensión, el gobierno mantendrá una cuota social para garantizar la pensión mínima
- Cada seguro se administrarán de manera independiente, con el fin de evitar subsidios cruzados y garantizar el financiamiento sano de cada uno.
- Se construirán los pilares necesarios para garantizar la universalidad de las pensiones bajo los principios de no discriminación orientado principalmente a las y los jóvenes
- El pilar de aportaciones individuales con administración privada, se mantendrá y será opcional su afiliación
- Se establecerá el mecanismo de portabilidad para garantizar el derecho del o la trabajadora a elegir libremente el pilar de sus aportaciones.

V. Seguro de Desempleo

Uno de los grandes pendientes del Estado Mexicano ha sido la integralidad de la seguridad social que hasta hoy no ha agregado el derecho a un seguro de desempleo que corrija temporalmente la pérdida del trabajo y ponga en marcha una política activa para la reintegración de las personas desempleadas a una nueva relación laboral.

Las reformas en 1995 y 2007 de la Ley del IMSS y del ISSSTE, respectivamente, no trajeron modificaciones y mecanismos para incorporar un seguro de desempleo como lo establecen los diferentes ordenamientos nacionales e internacionales

De los países miembros de la OCDE, México es el único que no cuenta con un seguro de desempleo.

Fundamentación jurídica

El Artículo 123, Fracción XXIX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que se considera de utilidad social: el establecimiento de seguros populares, de invalidez, de vida de *“cesación involuntaria del trabajo”* y de otros con fines análogos.

Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre, 1948, establece en el capítulo del Derecho a la Seguridad Social en su artículo XVI, *“toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación...”*

La Recomendación 202 de la OIT, aprobada en junio de 2012, señala la obligación de los Estados de establecer pisos de protección social para garantizar seguridad social universal a las personas, así como la *“seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad, actividad que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez”*

El Convenio 168 sobre el Fomento del Empleo y la Protección contra el Desempleo, de la Organización Internacional del Trabajo establece en su artículo 2 *“todo miembro deberá adoptar medidas apropiadas para coordinar su régimen de protección contra el desempleo y su política de empleo”*.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en sus artículos 23, 25 y 28 establecen el derecho al trabajo, a un nivel de vida adecuado y a la protección y seguro contra el desempleo.

Situación Laboral

EL problema del empleo se vio agravado en México por la crisis económica mundial de 2008. En el país, a junio de 2013 el INEGI reporta una tasa de desempleo del 5.9 por ciento, lo que representa a nivel nacional 2 millones 650 mil personas desempleadas.

Con datos del 1er semestre ENOE 2013, el número de personas desempleadas crecería de 2.5 a 8.8 millones y la TDA se incrementa de 4.9 a 17.4, datos que arroja la metodología que plantea Berenice Ramírez, investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM.

Frente a esta realidad y ante la desaceleración de la economía mexicana, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), redujo sus previsiones para el

crecimiento económico del país a 2.8⁹, panorama que complejiza el abatimiento del desempleo y la precariedad laboral en México.

Para lograr una seguridad social integral en el marco de la universalidad, se requiere de un seguro de desempleo contributivo de carácter tripartito, bajo los siguientes considerandos:

Propuesta

Creación de un *Fondo Nacional del Seguro de Desempleo para* administrar los recursos cotizados de las y los trabajadores registrados, este Fondo será de participación tripartita. La administración inicial será hecha por el IMSS e ISSSTE, para después ser trasladado, una vez constituido, al Instituto de Pensiones.

Emitirá una normatividad que regule la operación del Seguro de Desempleo.

2. Trabajadores beneficiarios:

- a) Personas trabajadoras registradas en el IMSS
- b) Personas trabajadoras registradas en el ISSSTE
- c) Trabajadores registrados en los sistemas de seguridad social estatal, DF y municipal.
- d) Los trabajadores informales que han cotizado para el Fondo Nacional del Seguro de Desempleo.
- e) Trabajadores subordinados y remunerados que están en la informalidad laboral, que coticen por lo menos 26 semanas continuas al Fondo Nacional del Seguro de Desempleo
- f) En todos los casos se requiere de al menos 6 meses como mínimo de cotización.
- g) Para obtener un nuevo seguro de desempleo, tendrá que transcurrir un período mínimo de 2 años desde que terminó el subsidio anterior.
- h) El subsidio de seguro de desempleo concluye al momento de que la persona desempleada se incorpora a una nueva relación de trabajo; al momento en que se jubile o bien al concluir los seis meses de duración del seguro de desempleo.

3. Requisitos para hacer efectivo el seguro de desempleo:

- a) Constancias de despido por parte del patrón
- b) Baja de la institución de salud (IMSS, ISSSTE, sistemas de seguridad social estatal, distrito federal y municipal).
- c) Para las personas trabajadoras subordinadas y remuneradas e informales, constancia de baja;

4. Prestación económica del seguro de desempleo:

- a) La mitad de su salario base de cotización (50 por ciento) al momento de presentarse la solicitud del seguro y con un mínimo de un salario mínimo y medio general vigente en el DF hasta por seis meses.

⁹"Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2013", División de Desarrollo Económico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- b) Se podrá acceder a este beneficio una vez cada dos años.
 - c) Los trabajadores desempleados que tengan familiares dependientes con discapacidad, **en primer grado de afinidad y hasta el segundo grado de consanguinidad**, ascendientes o descendientes menores de 21 años, recibirán un suplemento del 25 por ciento del subsidio del seguro de desempleo.
 - d) Durante el periodo del goce del subsidio del seguro de desempleo la persona enferma, tiene derecho al pago continuo por una duración más de 6 semanas, previa comprobación médica.
5. Fomento del empleo para reincorporar a las personas desempleadas:
- a) La Secretaría del Trabajo y Previsión (STyPS), profesionalizará la instancia correspondiente para crear la reglamentación para promover y vigilar la reincorporación de las personas al empleo y que están inscritas en el *Fondo Nacional del Seguro de Desempleo*.
 - b) Las personas desempleadas tendrán que inscribirse inmediatamente (5 días hábiles) después de la rescisión laboral al no hacerlo perderá el derecho al subsidio de seguro de desempleo.
 - c) Se someterá a un proceso de capacitación para mejorar, ampliar o adquirir capacidades laborales profesionales.
 - d) La persona desempleada, mediante los mecanismos establecidos, tendrá que comprobar que se ha dado a la tarea de buscar un nuevo empleo.
6. Financiamiento del seguro de desempleo:
- a) Será tripartita, cotizando al IMSS, ISSSTE y a los sistemas estatales, Distrito Federal y municipales. Las cuotas serán definidas mediante un estudio actuarial.
 - b) Los recursos cotizados por el IMSS e ISSSTE se trasladarán, para ser administrado, al *Fondo Nacional del Seguro de Desempleo*, a efecto de garantizar el mejor manejo y no mezclarlos con recursos con los que administra la institución de salud correspondiente. Las ganancias del fondo serán reinvertidos en él y no se destinarán a otro fin distinto.

VI. Derecho a la Vivienda

Dentro de los derechos fundamentales de la seguridad social destaca el acceso a la vivienda digna. Las dificultades para acceder a este derecho están estrechamente vinculadas a las características del mercado laboral: el desempleo, la creciente informalidad y los bajos salarios que imperan son un grave impedimento. A estos hechos habría que agregar el espíritu de lucro que ha prevalecido en bancos y sus créditos, así como en las empresas constructoras.

Hace cuatro décadas, el poder adquisitivo de los salarios permitía a un trabajador o trabajadora adquirir una vivienda y cubrir el endeudamiento sin mucho problema. En la actualidad la pérdida del poder adquisitivo del salario impide a la gran mayoría de trabajadores y trabajadoras acceder a un crédito de vivienda.

A la par de este fenómeno se han deteriorado en forma importante la calidad de la vivienda. Datos del informe sobre pobreza 2010-2012 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), reporta que 15.9 millones de personas tienen carencia por calidad y espacios de vivienda, de los cuales 8.1 son mujeres y 7.8 hombres.

Adicionalmente 24.9 millones de personas presentan carencia por acceso a los servicios básicos de vivienda, las de mayor impacto son las mujeres (datos de 2012).

La inserción de México en el mercado global lo condujo a cambiar el rumbo de las políticas financieras impuestas por el Banco Mundial, obligándolo a que en materia de vivienda se eliminaran todo tipo de subsidios de interés social, aplicando exclusivamente los criterios de mercado, afectando tanto a los sectores de menos ingresos como a sectores de ingresos medios.

El gobierno priorizó la inversión privada representada por los consorcios constructores que se dedicaron a la venta masiva de vivienda con un alto cobro de intereses, especulando con los costos reales e imposibilitando la adquisición y el acceso a uno de los derechos fundamentales de las personas.

De acuerdo al estudio realizado por Gabriela Ponce Sernicharo, investigadora del Centro de Estudios Sociales de la Opinión pública de la Cámara de Diputados, reporta que de los 35 millones de vivienda del parque habitacional, 18 están habitadas, 5 son de uso temporal, y 5 millones están deshabitadas.

También señala que el 40 por ciento de las viviendas deshabitadas se concentra en localidades menores de 15 mil habitantes, es decir en áreas no urbanas debido en gran medida a los fenómenos migratorios.

Por otra parte, en localidades mayores de 500 mil habitantes, se encuentra una cuarta parte del parque habitacional. Este fenómeno obedece a un interés lucrativo donde el acceso a la vivienda es visto desde una mirada comercial -como una mercancía y no como un derecho-, lo cual nos lleva a esta creciente paradoja: casas sin gente y gente sin casa.

Por otra parte, los Indicadores para la Producción Social de Vivienda, CONAVI 2012, de acuerdo a la investigadora Georgina Sandoval, indican que entre 2007 y 2012 el rezago habitacional a nivel nacional era de 7,4 millones; en cuanto al rezago de vivienda nueva, es de 4,4 millones, mientras que para el rezago en mejoramiento la cifra es de 2,9 millones.

En el estudio "El Banco Mundial y la política de vivienda en México" elaborado por Guillermo Boils, académico de la UNAM plantea la gran influencia que este Organismo ha tenido en los últimos 25 años para el desarrollo de la política habitacional en nuestro país. Dicho Organismo ha prestado más de 250 mil millones de dólares al gobierno mexicano para

financiar los programas de vivienda, de ahí que el diseño de las estrategias sociales y políticas conlleven prácticas de exclusión social por la orientación del tipo de vivienda que se ha desarrollado en nuestro país.

Para garantizar el derecho a la vivienda para trabajadores y trabajadoras del sector público y privado, el estado mexicano implementó políticas para el otorgamiento de créditos y construcción de viviendas, creando el INFONAVIT (Instituto Nacional del Fondo para la Vivienda) el FOVISSSTE (Fondo de Vivienda del ISSSTE).

Durante 1972 fue creado el FOVISSSTE como una aspiración de las y los trabajadores al servicio del Estado para acceder a una vivienda digna, que garantizará el sano y próspero desarrollo de sus familias;

Hoy el FOVISSSTE está regulado por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, como cualquier Banco de Desarrollo, y ha obtenido calificaciones superiores al promedio como administrador de activos residenciales de parte de las calificadoras internacionales.

En tanto que para los y las trabajadoras del apartado A existe el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT). En su existencia ha atendido a menos de 5 millones de derechohabientes, significan alrededor de 130 mil familias por año; esta cifra representa un porcentaje mínimo en función de la demanda.

Sin embargo los y las trabajadoras que se encuentran en la informalidad laboral no cotizan en ningún de los dos Organismos y por tanto carecen de acceso a créditos para vivienda, representan 6 de cada diez trabajadores y trabajadoras del país.

Una de las funciones de los institutos para la vivienda fue otorgar subsidios directos o indirectos a los créditos de vivienda con bajas tasas de interés para acceder a la vivienda de interés social diseñada por los gobiernos en turno.

Según Schteingart y Solís (1995), consideran que en el decenio 1980-1990 los programas oficiales de vivienda produjeron casi 45 por ciento de la vivienda construida en el país, en beneficio de los sectores sociales con ingresos ubicados entre uno y cuatro salarios mínimos, pero dentro de la formalidad laboral, están excluidos los y las trabajadoras informales..

En el marco de la crisis económica de los años noventa, la política pública de vivienda se vio seriamente afectada. La inflación acaecida provocó una cartera hipotecaria vencida que incrementó hasta un 300 por ciento el costo real de la vivienda, afectando seriamente la capacidad de pago de los usuarios de los créditos.

Dada la magnitud de esta grave situación el gobierno se vio obligado a acordar con el sector bancario el impulso de programas que pretendían la recuperación de la vivienda para los beneficiarios, siendo en la realidad una política que benefició más a los bancos que a los deudores.

Los créditos vigentes reestructurados en Unidades de Inversión (UDIS) tienen saldos hasta de tres veces el crédito original y los salarios no se han incrementado de manera proporcional. A más de dos décadas de esa crisis económica, miles de familias mexicanas no han asegurado la tenencia legal de sus viviendas, ni resuelto el pago definitivo de su crédito, la gran mayoría de los juicios contra los deudores de la banca se encuentran en proceso de ejecución y los desalojos son inminentes.

A partir de 1998, han surgido empresas inmobiliarias, intermediarias, comercializadoras, administradoras, arrendadoras, despachos jurídicos y financieros que compran paquetes de

créditos de cartera vencida a un costo que fluctúa entre el cinco y veinticinco por ciento del costo nominal.

En esta misma lógica, tanto INFONAVIT como FOVISSTE modificaron sus reglamentos para vender su cartera vencida a las empresas mencionadas lo que significó amenazas y desalojos arbitrarios a las trabajadoras y trabajadores, despojándolos de su patrimonio familiar, dejando de cumplir los objetivos para lo que estas instituciones fueron creadas.

Por otra parte México enfrenta graves problemas para impulsar políticas de vivienda ante la transición demográfica que se vive desde la época de los 70'. El incremento de jóvenes en edades productivas que se encuentran mayormente en el desempleo o en contrataciones flexibles sin prestaciones de seguridad social, salario pagados por horas y con jornadas parciales, provoca que no puedan acceder a una vivienda, entre otras cosas porque no son sujetos de crédito, imposibilitándoles su independencia del núcleo familiar..

Las más afectadas han sido las mujeres, alrededor de un 15 por ciento de ellas habitan en viviendas con deficiencias de infraestructura, de espacio o de servicios. Entre la población indígena el porcentaje con carencias por calidad y espacios de la vivienda alcanza al 42 por ciento de las mujeres y por carencias en los servicios básicos a un 50.6 por ciento.

La calidad de las viviendas y su equipamiento son determinantes para disminuir las cargas de trabajo de las mujeres. Considerando las viviendas sin acceso directo al agua entubada, se estima que las horas que dedican las mujeres a los quehaceres domésticos se incrementan en un 15 por ciento; cuando tienen que acarrear el agua el incremento llega a ser del 40 por ciento. La calidad de la vivienda también afecta el tiempo de las mujeres, cuando una vivienda tiene piso de tierra los incrementos son de alrededor del 17 por ciento..

Las desigualdades de género inciden en el acceso al mercado formal de trabajo y con ello a los créditos para la vivienda. A pesar de los esfuerzos, sólo poco más de un 35.3 por ciento de los créditos que el INFONAVIT otorga son para mujeres. Los grupos identificados como menos favorecidos por las políticas de vivienda son: las mujeres jefas de hogar, las mujeres indígenas, las mujeres jóvenes y las adultas mayores. (PROIGUALDAD 2013-2018).

En promedio las mujeres perciben un ingreso que se ubica en un rango de 3 salarios mínimos, lo que las coloca en la incertidumbre de acceder a un crédito de vivienda y en todo caso asumen una deuda que se prolongara en los siguientes 20 o 30 años. Sumado a este la inestabilidad laboral y el hecho de que más del 50 por ciento están en la informalidad laboral.

Fundamentación Jurídica

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Pacto Internacional (PIDESC) estableció en virtud de la resolución 1985/17 del 28 de mayo 1985, en su observación número 4, que la vivienda no se debe interpretarse en un sentido estricto o restrictivo que lo equipare, por ejemplo que resulta del mero hecho de tener un tejado por encima de la cabeza.

El derecho a la vivienda tiene que estar íntimamente relacionado con el resto de los derechos humanos, de tal manera que el acceso a la vivienda sea también una garantía de otros derechos básicos tales con el derecho al agua, a la salud, a la intimidad, a la alimentación, al descanso y dimensiona siete aspectos fundamentales:

1. Seguridad jurídica de tenencia;
2. Disponibilidad de servicios, materiales, facilidades e infraestructura;
3. Asequibilidad (gastos adecuados al nivel de ingresos).
4. Habitabilidad;

5. Accesibilidad (por parte de todos los grupos sociales sin discriminación); 6. Lugar adecuado, por último 7. Adecuación cultural.

Al suscribir convenios y declaraciones como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración sobre Asentamientos Humanos de Habitat II, el Estado mexicano se comprometió a adoptar políticas y medidas para garantizar una vivienda adecuada, seguridad jurídica en la tenencia de la tierra y la igualdad de acceso a la tierra para todas y todos.

En consideración de lo anterior es apremiante crear una política de planeación tendiente a lograr una política de vivienda integral que incorpore el manejo planeado del territorio y sus recursos naturales.

PROPUESTAS:

- Creación del Instituto Nacional de Vivienda que coordine y regule las políticas en esta materia y que garantice este derecho a la población en general. Este Organismo será de carácter autónomo y con presupuesto propio.
- Se conformará de los fondos del Infonavit y Fovissste, así como de las aportaciones de los trabajadores y trabajadoras informales. Para definirlo se hace necesario un estudio actuarial.
- A través de este Organismo se fijarán tasas de interés preferenciales para la adquisición, autoconstrucción, reconstrucción y mejoramiento de créditos (crédito blando) para la vivienda.
- Incorporará de manera obligatoria el equipamiento urbano como política integral de vivienda y la planeación urbana.
- Revisará y adecuará la normatividad para la construcción de viviendas que contemple estándares de espacios físicos adecuados a las necesidades básicas del promedio de integrantes de las familias mexicanas.
- Creará políticas de vivienda diseñando rangos de ingreso para garantizar este derecho sin discriminación.
- Será responsable de la cartera vencida para negociar planes de reestructuración de la deuda con tasas preferenciales que permitan la protección de la vivienda con carácter inembargable por considerarse patrimonio familiar.
- Contendrá programas de subsidio de vivienda para las personas que ganan hasta 2 salarios mínimos en las áreas urbana y rural.
- Deberá diseñar la política de asentamientos humanos para prevenir asentamientos en zonas de riesgo. En caso de desastres naturales, la reubicación deberá realizarse en base la normatividad establecida.
- Garantizará que el valor de la vivienda afectada por políticas de desarrollo urbano sea de acuerdo a la plusvalía actual.
- Se coordinará con instituciones correspondientes para la regularización de la tenencia de la tierra donde se haya construido vivienda.

VII. Financiamiento

El financiamiento de la seguridad social universal tiene que concebirse como una inversión social de altos rendimientos, debe contar con incrementos anuales que permitan cubrir el enorme rezago que existe en la materia¹⁰, y la grave situación de pobreza por la que atraviesa el país.

Se hace necesario que el Estado asuma su responsabilidad en la garantía y defensa de los derechos fundamentales como la seguridad social, en su calidad de actor esencial en la política social y su definición.

La seguridad social no solo es un derecho humano, en tiempos de crisis funge como un estabilizador social y económico.

En la actualidad instituciones públicas de seguridad social como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMS) y el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE); ambos tienen un quebranto en sus finanzas que genera un déficit de calidad y cobertura en los servicios que prestan, este quebranto financiero obedece básicamente a cuatro factores:

Los bajos salarios que prevalecen en el país y que generan aportaciones obreras muy limitadas; el desbordamiento de la informalidad laboral que no aporta recursos a estas instituciones y sí genera una demanda de servicios como en el caso del Seguro Popular.

Las aportaciones patronales también son reducidas y sin crecimiento. Por último, el gasto público destinado tanto al IMSS como al ISSSTE ha registrado tasas de crecimiento muy bajas en los últimos 20 años.

Propuesta

Se propone que el financiamiento sea tripartita, con tres pilares o fuentes de financiamiento: aportaciones patronales (formales e informales); aportaciones del Estado (federal, estatal y del Distrito Federal) y, aportaciones de trabajadores y trabajadoras formales e informales.

Estas aportaciones cubrirán los cinco seguros actuales que integra el IMSS: riesgos de trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y Vejez, guarderías y prestaciones sociales, así como seguro de desempleo.

El seguro de desempleo arrancararía con un fondo financiado por el Estado y se conformaría gradualmente con un crecimiento de las aportaciones patronales, en segundo término por el incremento de las aportaciones de los y las trabajadoras.

Aportaciones Patronales. Se propone que estas aportaciones recuperen el nivel que tenían en administraciones anteriores.

Actualizar la aportación patronal por riesgos de trabajo en el IMSS y crear la aportación para riesgos de trabajo en el Sector Público (ISSSTE)

Las cuotas por riesgos de trabajo que pagan los patrones deben recuperarse en el cálculo de la siniestralidad, una muerte equivaldría a 40 años de vida activa de un trabajador.

Según el informe sobre pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (Coneval), en 2012 hay 71.8 millones de personas sin seguridad social, 61.2 por ciento de la población del país.

Las y los patrones que actualmente están en la informalidad podrán hacer sus aportaciones en las Instituciones de Seguridad Social, o bien mediante un sistema bancarizado.

- Aportación del Estado vía gasto público. Es indispensable que el gasto público destinado a la seguridad social se incremente en todas sus modalidades: gasto federal, estatal y el correspondiente al Distrito Federal.

En el caso del gasto público destinado a Salud su participación en el Producto Interno Bruto (PIB) crece de 3.1 a 5.1 por ciento, un aumento de 2 puntos porcentuales; mismos que deberán aplicarse en un lapso no mayor a seis años, mediante presupuestos multianuales, con gasto etiquetado.

Dada la opacidad que existe en el ejercicio del gasto estatal es necesario que se refuerce la normatividad en la materia y se tenga transparencia en el ejercicio y asignación del gasto.

Ante la posibilidad futura de gravar con impuestos al consumo alimentos y medicinas para financiar una seguridad social universal se plantean como fuentes alternativas de ingreso para el Estado los siguientes aspectos:

Impuestos a la inversión financiera; impuestos a las operaciones de la Bolsa Mexicana de Valores (exceptuando a las SIEFORES porque gravarían las pensiones de los y las trabajadoras); impuestos a las ganancias de las Afores, así como eliminación de la consolidación fiscal.

Para las empresas maquiladoras se propone que paguen IVA, actualmente la importación de inventarios que realizan las maquiladoras bajo el régimen temporal no son sujetas al pago de este impuesto. Por otro lado, la enajenación de bienes exportados son sujetos a este impuesto y se consideran afectos a la tasa 0 por ciento.

También se propone que la Seguridad Social se financie con la renta petrolera que no se privatice.

- Aportaciones de los trabajadores y trabajadores formales e informales.

Son un porcentaje de su ingreso mensual, tanto para formales como informales. Porcentaje que se mantendría en el nivel actual, en tanto el salario no recupere su poder adquisitivo.

Los trabajadores informales podrán pagar sus aportaciones en las Instituciones públicas de Seguridad Social, o en un sistema bancarizado (a través de los bancos).

Todas y cada una de las Instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Instituto de Pensiones, instituciones estatales) podrán entregar a los usuarios, previa comprobación de pago de aportaciones una credencial que los acredite como usuarios de los servicios de salud, pensión y seguro de desempleo; este mecanismo es válido para los y las trabajadoras informales, especialmente el referido al autoempleo. En este caso las aportaciones sólo serán bipartitas, ya que no hay un patrón.

En el mediano plazo se propone establecer un porcentaje de aportación con crecimientos en función del nivel de ingreso tanto del patrón como del o la trabajadora. Esto tendría un efecto redistributivo del ingreso y de las pensiones y fortalecería la solidaridad de la seguridad social.

Para estos efectos se hace necesario un estudio actuarial que permita definir el incremento de las aportaciones tripartitas (Estado, patrones, así como de las y los trabajadores). Este estudio tendrá una proyección a 30 años.

Seguridad Social Universal con aportación exclusiva del Estado

Se entiende por seguridad social universal con aportación exclusiva del Estado toda seguridad social que no cuente con aportaciones de patrones o trabajadores, completamente gratuita, está destinada a la población que vive en condiciones de pobreza extrema.

El informe sobre pobreza 2012 de Coneval reporta 10.4 millones de personas en pobreza extrema, 5.3 son mujeres y 5.1 hombres.

La institución define como pobreza extrema a las personas que tienen tres o más carencias sociales, un ingreso total que es menor al costo de la canasta alimentaria básica y perciben un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.

Esta línea es de 1 mil 125 pesos para el ámbito urbano y 800 pesos en el rural; en tanto que la línea de bienestar es de 2 mil 329 pesos en zonas urbanas y 1 mil 490 en las rurales.

Con base en estas consideraciones, se propone que toda persona que tenga un ingreso mensual menor a dos salarios mínimos vigentes en el DF, debe tener derecho a una seguridad social integral y gratuita.

Es indispensable contar con un estudio actuarial que permita definir el incremento de las aportaciones, tanto de las patronales, como de las y los trabajadores.

Con base en este estudio, se definirán las aportaciones tripartitas tanto de trabajadores formales y de informales. Este estudio deberá actualizarse periódicamente, en un plazo no mayor a cuatro años