

La Liberalización (extrema) del Sistema de Protección Social Mexicano¹

Recebido 10.10.2016
Aprovado 06.12.2016

Ilán Bizberg²

Resumen

En este trabajo analizamos la transformación del sistema de protección social mexicano del corporativismo al asistencialismo, de un sistema construido sobre la base de un intercambio corporativo con las organizaciones sociales que eran la fundamento del PRI a otro en el que los pobres se han convertido en la fuente del poder político. Por otra parte, se pasó de un sistema de seguridad social basado en derechos adquiridos a otro en el que el sistema de seguridad social depende cada vez más de decisiones de política pública. Está dividido en cuatro partes: en la primera, hacemos un breve recuento histórico del sistema corporativo; en la segunda, analizamos las reformas al sistema de pensiones; en la tercera, las reformas al sistema de asistencia a los pobres; y en la cuarta, las reformas al sistema de salud.

Palabras clave: Sistema de seguridad social; corporativismo; asistencia; salud, pensiones, México

The (extreme) Liberalization of the Mexican Social Protection System.

Abstract

In this paper we analyze the transformation of the Mexican social protection system from corporatism to assistance, from a system built on the basis of a corporatist exchange with the social organizations that were the foundation of the PRI to another in which the poor have become the source of political power. On the other hand, it has moved from a social security system based on acquired rights to another one in which the social security system increasingly depends on public policy decisions. It is divided into four parts: in the first, we make a brief historical account of the corporatist social protection system; In the second, we analyze the reforms to the pension system; In the third, the shift from corporatism to assistance to the poor; And in the fourth, the reforms of the health system.

Keywords: Social security system, corporatism, assistance; health, pensions, Mexico.

A Liberalização (extremo) do Sistema de Proteção Social Mexicano

Resumo

Nesse trabalho analisamos a transformação do sistema de proteção social mexicano do corporativismo ao assistencialismo, de um sistema construído sobre a base de um intercambio corporativo com as organizações sociais que eram o fundamento do PRI a outro no qual os pobres tem-se convertido na fonte do poder político. Por outra parte, passou-se de um sistema de seguridade social baseado em direitos adquiridos a outro onde o sistema de seguridade social depende cada vez mais das decisões de política pública. Está dividido em quatro partes: na primeira fazemos um breve recorrido histórico do sistema corporativo; na segunda, analisamos as reformas ao sistema de pensões, na terceira, as reformas ao sistema de assistência aos pobres e na quarta, as reformas a sistema de saúde.

Palavras chaves: Sistema de seguridade social; corporativismo, assistência, saúde, pensões, México.

¹ Por publicarse en la *Revista Políticas Sociais em America Latina*, Brasília.

² Profesor-investigador de El Colegio de México, investigador asociado al CADIS/EHESS/Paris y al CIG/LAI/Universidad de Berlín. E-mail: ilan@colmex.mx

México es uno de los países en los que la ideología liberal se ha implantado de manera más ortodoxa, tanto en el ámbito económico como en el social. Desde mediados de la década de los 80, en este país se ha implementado la idea del Estado mínimo; algo que ha implicado la reducción del sistema de seguridad social, en especial, ahí donde estaba más extendido, entre los sectores corporativos que habían sido la base socio-política del régimen, y su focalización y extensión a los sectores más pobres, que son cada vez más numerosos como consecuencia de las políticas liberales seguidas, pero que en términos de gasto público es mucho menos costoso. Existe una especie de regla subrayada por Esping-Andersen, según la cual no son los países que tienen una política social más extendida o generosa los que sufren las transformaciones más radicales, sino por el contrario, los cambios más significativos generalmente suceden en los países en los cuales el régimen social está menos extendido y por lo tanto el sector favorecido es menos amplio. Podemos considerar que este es el caso de México, donde la seguridad social beneficiaba a un sector limitado de la población, estaba muy segmentado y se ha ido reduciendo a medida en que cambió el modelo de desarrollo y creció el sector informal de la economía y los sectores pobres, a costa de los trabajadores formales.

No obstante, en la medida en que el sector que más se beneficiaba del sistema de seguridad social tal y como existía antes del giro asistencial estaba en organizaciones sindicales poderosas que constituían la base de apoyo del régimen priista, las transformaciones del SNPS necesitaron un cambio de alianza social. Para transformar el sistema de protección social, el gobierno tuvo que captar el apoyo social de otros grupos menos protegidos: los pobres. Para ello, incrementó considerablemente los programas de asistencia orientados hacia ellos, a costa del sistema de seguridad social, en lo que hemos denominado un giro de sustitución de un sistema de protección corporativo a otro asistencialista. Este giro no implica solamente el creciente peso de los programas de transferencias monetarias, sino que incluye al sistema de salud, en especial al programa del Seguro Popular; además de la privatización de las pensiones de los sistemas de retiro del sector privado y del de funcionarios públicos.

Una de las características más importantes de este cambio es el abandono de la referencia a derechos. No hay que olvidar, como lo planteó T.H. Marshall, que una de las características fundamentales del desarrollo social es que la protección social se constituye en un derecho, que seguía al derecho civil y al derecho político (Marshall, 1950). A pesar de que varios derechos sociales están consignados en la constitución de

la República mexicana (entre ellos el de la salud), ninguno de los segmentos del sistema de salud, ni siquiera el Seguro Popular es un programa universal, en la medida en que deja sin protección a un porcentaje decreciente, pero siempre existente de la población. Por el otro lado, no abarca el total de las enfermedades, sino una lista limitada de ellas. Por otra parte, no hay un programa de pensión universal y mientras que las pensiones por contribución devenían en un derecho, la capitalización es una decisión individual. Finalmente, el asistencialismo focalizado requiere de una justificación, de una prueba por parte del beneficiario en términos de recursos, edad, situación familiar, etc., y no es en absoluto un derecho de los pobres, sino un programa gubernamental.

En este trabajo vamos a analizar la transformación del sistema de protección mexicano del corporativismo al asistencialismo. Lo dividiremos en cinco partes: en la primera, haremos un breve recuento histórico del sistema corporativo; en la segunda, analizaremos las reformas al sistema de pensiones; en la tercera, el giro al sistema de asistencia a los pobres; en la cuarta, las reformas al sistema de salud. Terminamos con unas consideraciones finales acerca de la transformación del sistema al asistencialismo.

Breve Historia del SNPS Mexicano

El sistema de seguridad social mexicano se creó y expandió luego de fuertes acciones y movilizaciones sociales. El Estado que surgió de la revolución de 1910-1917 en México estableció una alianza nacional-popular con trabajadores y campesinos en la década de los treinta. El establecimiento de esta alianza fue posible gracias al surgimiento y la movilización de una gran cantidad de sindicatos y organizaciones campesinas. La situación cambió radicalmente con la Segunda Guerra Mundial y la llegada de un nuevo gobierno más conservador a fines de 1939. Por otra parte, el nuevo gobierno se enfrentó al auge económico, tanto por el aumento de exportaciones a los países que se encontraban en guerra, como por el inicio de la sustitución de importaciones. Para poder lograr su objetivo económico era necesario desmovilizar a las organizaciones obreras que venían de una época de fuerte agitación. Esta situación provocó que el gobierno promoviera un pacto, firmado en 1941 entre trabajadores y patrones, para pacificar las relaciones industriales que se habían tornado conflictivas bajo el gobierno anterior.

A raíz de este pacto, en 1943 se funda una institución centralizada (el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS) que se propuso brindar una cantidad limitada de medios de protección que abarcaran a toda la población por medio del gasto público, financiado con ingresos tributarios. En un inicio, el IMSS tomó la responsabilidad de todos los trabajadores del sector formal de la economía, con la excepción de los pocos sectores que ya contaban con sus propios esquemas de pensiones.(Gordon;, 1999, 52-53). La nueva legislación instituyó un sistema mínimo de pensiones y de salud para trabajadores dentro de la economía formal, principalmente en zonas urbanas. El carácter del IMSS era universalista en la medida en que tenía como vocación incluir a todos los obreros del sector informal.

Como respuesta a otra ola de movilizaciones obreras, el sistema corporativo se profundizó, se volvió más generoso, aunque sólo para una parte de la población trabajadora. En 1958-1959, trabajadores y campesinos reaccionaron con una ola de huelgas e invasiones territoriales masivas a 12 años de políticas económicas impopulares, altos niveles de inflación, congelamientos salariales y, en 1956, una fuerte devaluación. A diferencia de muchos países latinoamericanos, y por varias razones, esta movilización no desembocó en un golpe militar, como sucedió, por ejemplo, en Brasil en 1964. Por el contrario, el régimen político mexicano logró fortalecer su alianza política con los trabajadores y campesinos, aunque esta vez de forma más segmentada y corporativa. El gobierno sacó del sistema universal a los sectores estratégicos mejor organizados y que habían sido más activos durante el movimiento, para canalizarles una mayor cantidad de recursos; mientras el discurso oficial sostenía que el gobierno mexicano estaba fortaleciendo el pacto de los años treinta con los sectores populares, en realidad estaba redirigiendo parte de sus recursos hacia los sectores estratégicos y los más militantes. Mejoraron considerablemente los salarios y condiciones laborales de estos sectores; además de que se les otorgaron servicios de salud y condiciones de retiro particulares. Se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con condiciones especiales para los sectores petrolero, ferrocarrilero y azucarero en el contexto de sus propias contrataciones colectivas (Gordon, 1999, 56), sumándose a los de las fuerzas armadas, trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y trabajadores de la banca, que pertenecían al sector privado (De Buen, 1996). Con ello, el sistema de protección social se alejó

definitivamente del sistema de protección social más universalista que había inaugurado el IMSS y adoptó un modelo más claramente corporativo.

El sistema de protección mexicano fue construido como una moneda de cambio en la relación corporativa que el Estado nacional-popular estableció con los actores sociales estratégicos: los funcionarios gubernamentales, los trabajadores de las grandes empresas estatales y los trabajadores del sector privado formal. Hasta antes de la crisis de los años ochenta el sector corporativo iba creciendo a la par del sector formal. Pero, a partir de los años ochenta se fue debilitando. Con la crisis económica y la subsiguiente apertura y desregulación, fueron los sectores no sindicalizados, los informales, y los pobres, como sucedió en muchos países del continente, los sectores que más crecieron y que se convirtieron en el principal recurso político del régimen; una evolución que acompañó la transformación del régimen político corporativo al clientelista (iniciado bajo la presidencia de Salinas). El sector corporativo se redujo con respecto al resto de la fuerza de trabajo y, a medida que se democratizaba el país, fue cada vez menos eficaz para asegurar el control político. Por ello, el sistema de protección social que giraba en torno a él se volvió menos legítimo y endeble.

Actualmente, el sistema de protección social mexicano es un sistema mixto constituido, en un primer pilar constituido por un sistema de seguridad social corporativo, basado en contribuciones, que cubre al 45% de la población total en salud y a alrededor del 38% en pensiones (BID, 2015). El segundo pilar es un sistema público de asistencia financiado por el Estado mediante los impuestos, que aporta un mínimo vital a cerca de 6 millones de familias (Oportunidades), complementado con un sistema de salud: el Seguro Popular, que es residual en tanto cubre a aquellos que no están protegidos por un sistema contributivo y porque sólo cubre una "canasta" de enfermedades, excluyendo algunas de las que más afectan a la población.

La Reforma del Sistema de Pensiones

El giro hacia el asistencialismo inició con la creación del principal programa orientado hacia los pobres (Solidaridad, bajo la presidencia de Salinas), luego Progresá, Oportunidades y finalmente Prospera. No obstante, la privatización de los fondos de pensiones requirieron del debilitamiento del sistema corporativo de protección social. Requirió, en primer lugar, que se debilitaran los actores sociales corporativos que

constituían la base de apoyo político más importante (con los campesinos) del gobierno. El debilitamiento se dio de manera mecánica mediante la reducción del peso de la administración pública y con las privatizaciones de las empresas estatales. En segundo lugar, el proceso de democratización aminoró su fuerza e influencia. En tercer lugar, la presión de la globalización y la adopción del modelo económico exportador impuso la flexibilización del mercado externo e interno de trabajo, lo que significó el debilitamiento de los sindicatos. Finalmente, aumentó la informalidad y los sectores, como la maquiladora, el comercio y los servicios, en los que los sindicatos no lograron hacerse presentes. Además, al aumentar la pobreza, los pobres se vuelven un sector importante como clientela político-electoral.

Por otra parte, las reformas de los planes de pensiones se dieron de manera paulatina y sectorial, lo que permitió que se limitara la oposición; primero se erigió un plan paralelo de pensiones, el SAR; que constituyó un segundo pilar, de capitalización, de las pensiones. En un segundo momento, se privatizaron las pensiones de los trabajadores del sector privado, sin tocar a los trabajadores del sector público o a los de las empresas estatales. En un tercer momento, se transformó el sistema de pensiones del sector público central. Finalmente, cuando se transformó el modelo de reparto (*pay as you go*) en uno de capitalización, el nuevo sistema solo se aplicó de manera obligatoria a los nuevos trabajadores y se les dio la posibilidad a los que estaban en activo de migrar al nuevo o mantenerse en el sistema anterior, con lo que se limitó de manera importante la oposición y la posibilidad de una re-reforma, como sucedió en Argentina, por ejemplo (Baba, 2015).

La primera reforma al sistema de pensiones se dio en 1992, cuando se introdujo un pilar de capitalización individual (el Sistema de Ahorro para el Retiro, el SAR) al esquema público contributivo que existía hasta entonces. La ley que reformó radicalmente el sistema de pensiones, en el espíritu chileno, data de 1995, y estableció un nuevo sistema, basado exclusivamente en el ahorro individual y la capitalización. En esa ocasión se la aplicó a los trabajadores del sector privado afiliados al IMSS, que representan alrededor del 70% de los trabajadores con cobertura, y no se tocó las pensiones de los empleados del gobierno (afiliados al ISSSTE), así como a los trabajadores de otros sectores como el petrolero, el ejército, la marina y los empleados del propio IMSS. No obstante, en contraste con el modelo chileno, tanto patrones como gobierno siguen contribuyendo; las contribuciones patronales tienen una caída marginal

del 13% al 12% del salario, mientras que el gobierno incrementa su participación del 0.4% a un porcentaje que oscila entre el 1.4% y el 5.9% dependiendo del nivel salarial. Las contribuciones de los trabajadores permanecen en 2.1% (Gutiérrez Arriola, 2002, p. 53). El Estado sigue garantizando una pensión mínima al mismo nivel que antes: del 100% del salario mínimo³. En el año de 2007 se privatizó el sistema de pensiones de los trabajadores del sector público, el ISSSTE, bajo el mismo modelo.

Uno de los propósitos de la privatización de los fondos para el retiro era deshacerse de los problemas que muchos países están encontrando para seguir financiando los fondos, evitar la presión sobre los recursos del gobierno que iban a significar las pensiones del ISSSTE del IMSS en tanto pagador de última instancia. Si uno piensa mal, otro propósito era separar a los jóvenes que entran al mercado de trabajo de los viejos pensionados, con el objetivo de que cuando el sistema entre en crisis en unos años, sea fácil reducir pensiones en la medida en que los afectados serán débiles en términos socio-políticos⁴. Por otra parte, la idea era apartar dichos fondos del financiamiento de los servicios de salud. Antes de la privatización, ambos estaban ligados en tanto que el IMSS y el ISSSTE administraban las pensiones y los servicios de salud⁵. Todo ello con el fin de poder orientar los recursos del sector corporativo hacia los pobres, crucial por razones tanto sociales, como políticas. Finalmente, el sistema basado en la capitalización busca fortalecer el mercado financiero basado en el ahorro interno y reducir la dependencia de la economía de los capitales extranjeros.

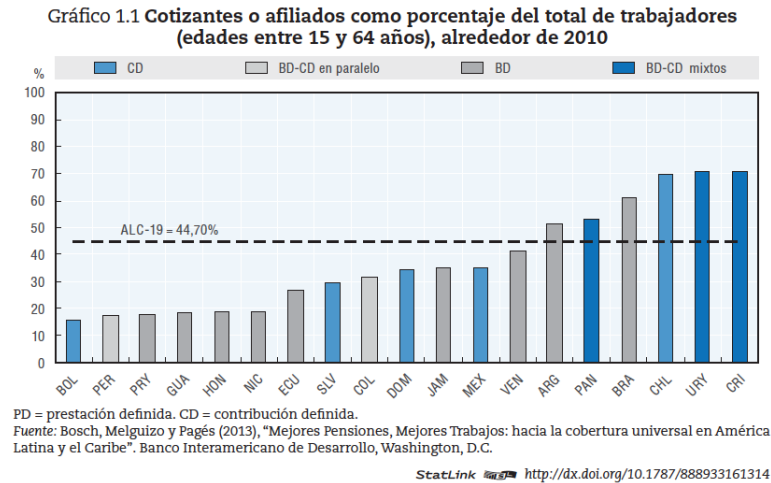
La prueba de que se pensó poco en los jubilados en estas reformas se ve con el hecho de que la cobertura sigue siendo muy baja en México, del 38% en la actualidad (OCDE, 2016). Según Mesa Lago (2004) en 1990 era del 47%. México está en el grupo intermedio, con Perú, Colombia y Venezuela, muy lejos de Argentina y Brasil pero aún más lejos de Chile, Uruguay y Costa Rica (Ver Gráfico 1).

³ Hay que aclarar que el salario mínimo actual en el país es alrededor del 30% de lo que era en los años 80. Disminuyó de manera muy importante en la década de los años 80 y no se aumentó ni en los 90, ni en los años 2000, a diferencia de lo que sucedió en Brasil, donde el aumento fue de casi 100%.

⁴ De hecho la situación de los fondos de pensiones se hizo aún más frágil con la privatización en la medida en que cada vez contribuirán menos individuos al régimen y habrá más que se jubilan.

⁵ Aunque esto sigue siendo cierto durante el relativamente largo periodo de transición, en tanto hayan trabajadores en el viejo sistema.

Gráfico 1.



Fuente: OCDE/BM, Panorama de las pensiones, 2014.

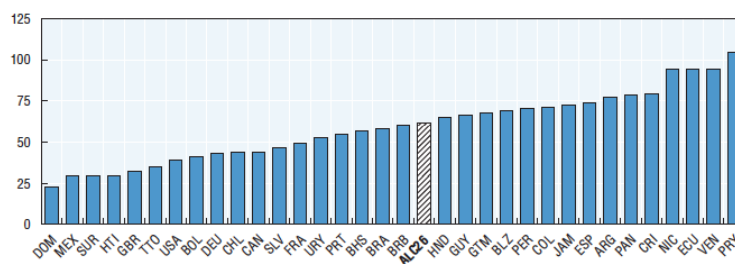
Por otro lado, el nivel de reemplazo es de alrededor del 40%, el más bajo de América Latina, a excepción de la República Dominicana (Ver Gráfico 2). Por otro lado, en el cuadro 3 podemos ver que en México hay una fuerte diferencia entre la tasa de reemplazo de los salarios altos y bajos: mientras que los salarios bajos reciben alrededor del 50% de su nivel en la jubilación, los altos reciben alrededor del 25%. En Brasil hay poca diferencia, ambos reciben el 50%, en Argentina la tasa de reemplazo es aún más alta y las diferencias son pocas. En Chile, la situación es parecida a la de México en términos de la diferencia, aunque los niveles de reemplazo son mayores en el primero.

Gráfica 2 y 3.

Fuente: Modelos de pensión de la OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933161903>

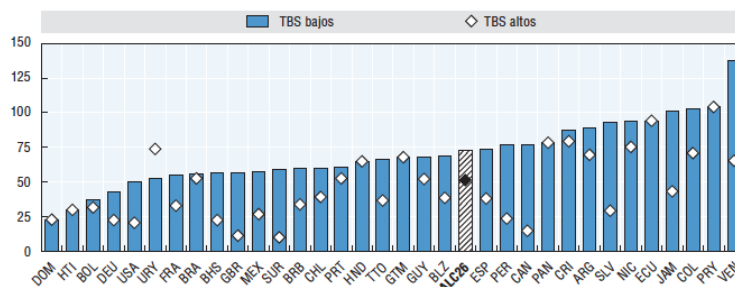
3.4. Tasas brutas de reemplazo de las pensiones: ingresos promedio



Fuente: Modelos pensionales de la OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933161464>

3.5. Tasas brutas de reemplazo de las pensiones: ingresos bajos y altos



Fuente: Modelos pensionales de la OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933161478>

PANORAMA DE LAS PENSIONES: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE © OCDE, BANCO MUNDIAL Y BID 2014

55

Fuente: OCDE/BM, Panorama de las pensiones, 2014

Por ultimo, el costo administrativo de las Afores, que son las administradoras de los fondos de retiro, es el mayor de América Latina entre los sistemas que dependen exclusivamente de la capitalización, del 40%. Esto es el doble de Chile, que fue el pionero de la capitalización de las pensiones (Ver Cuadro1).

Cuadro 1. Costo Administrativo de las Pensiones Privadas.

Cuadro 8
COSTO ADMINISTRATIVO COMO PORCENTAJE DEL SALARIO EN EL SISTEMA PRIVADO, 2002

Modelo/ País	Depósito en cuenta individual	Administración (comisión más prima) ^a	Deducción Total	Costo administrativo (% de deducción total)
Sustitutivo				
Chile	10,00	2,43	12,43	19,54
Bolivia	10,00	2,21	12,21	18,10
México	6,27	4,24	10,51	40,34
El Salvador	11,02	2,98	14,00	21,28
Rep. Dominicana ^b	5,00	2,00	7,00	28,57
Nicaragua	7,50	3,00	10,50	28,57
Paralelo				
Perú	8,00	3,51	11,51	30,50
Colombia	10,00	3,50 ^d	13,50 ^d	25,93
Mixto				
Argentina	2,75	2,25	5,00	45,00
Uruguay	12,27	2,73	15,00	18,20
Costa Rica	4,50	^e	n.d.	n.d.
Promedio ^c	8,28	2,88	11,16	25,81

Fuentes: AIOS 2002; BCU 2002; CONSAR 2003; LDSS 2001; LSAP 2000; LSS 2001; SAFJP 2003; SAFFPb 2003; SBC 2002; SBS 2003; Spa 2003; SPb 2002; SPVS 2003. La última columna calculada por el autor.

^a Comisión para la administradora del programa de vejez y prima para la compañía de seguro que cubre los riesgos de invalidez y muerte (esta última pagada al sistema público en Colombia y México). ^b El sistema se inicia en 2003; a más del costo mostrado, se cobrará un porcentaje sobre el rendimiento de la inversión; el porcentaje para la cuenta individual se incrementa gradualmente en 5 años a 8%, no cambia el costo administrativo, el descuento total aumenta a 10% y el costo sobre el descuento a 20%. ^c Promedio no ponderado de diez países (excluye a Costa Rica). ^d El 0.5% se destina al Fondo de Garantía de Pensión Mínima, el descuento total se aumentará en 1% en 2004 para dicho Fondo y 1% más en 2005-2006 para la cuenta individual, para un total de 15.5% (podrá aumentarse otro 1% en 2008 si crece la economía). ^e No hay comisión sobre el salario, sino un porcentaje sobre el rendimiento de la inversión.

Fuente: OCDE/BM, Panorama de las pensiones, 2014

Desde hace unos años, en México se ha establecido, como en muchos otros países de América Latina, un sistema de pensiones no contributivas para los adultos mayores de 65 años que no cuentan con ninguna apoyo. En el caso de la cobertura nacional, el requisito es que cuenten con una pensión menor de 1,092 pesos (alrededor de 60 dólares), para otorgarles un subsidio de 580 pesos mensuales⁶. En el caso de la ciudad de México se otorga a los mayores de 68 años, 1049 pesos mensuales de pensión alimentaria, sin ningún requisito⁷. Si comparamos esta situación con otros programas que existen en países de desarrollo similar al mexicano, como Chile, Brasil, o incluso con otros menos desarrollados como Bolivia y Costa Rica, vemos su verdadera dimensión. El programa nacional mexicano no cubre la totalidad de los que debía beneficiar y cubre una cantidad mínima del ingreso, apenas un 5%; la mitad de la mayoría de los otros países que mencionamos.

⁶ <http://www.gob.mx/sedesol/acciones-y-programas/pension-para-adultos-mayores>

⁷ http://www.tramitesyservicios.df.gob.mx/wb/TyS/incorporacion_al_padron_de_pension_alimentaria

Cuadro 2. Pensiones Sociales o No contributivas.

Tabla 1.5 Pensiones sociales en ALC

Programa		Condiciones de elegibilidad				Cobertura y adecuación		
		Focalización			Condiciones de calificación			
		Prueba de medios / Focalización según pobreza	Pensión / Prueba de beneficios	Focalización geográfica.	Edad	Beneficiarios / Pob. 65+	Beneficio / Ingreso per cápita	Riqueza de la pensión social / PIB per cápita
Argentina	Pensiones Asistenciales	sí	sí	no	70	1,8%	25,0%	1,7
Bahamas	Old Age Non-Contributory Pension	sí	sí	no	65	..	..	1,7
Barbados	Non-contributory Old Age Pension	sí	sí	no	65 + 6 m	30,1%	23,3%	2,9
Belice	Non-Contributory Pension Programme	sí	sí	no	67/65	30,0%	12,5%	1,9
Bolivia	Renta Dignidad	no	no	no	60	91,0%	12,6%	2,4
Brasil	Previdencia Rural	no	..	sí	60/55	86,0%	17,2%	5,0
	Beneficio de Prestacao Continuada	sí	sí	no	65	12,0%	33,0%	..
Chile	Pensión Básica Solidaria de Vejez	sí	sí	no	65	83,0%	12,0%	2,1
Colombia	PPSAM	sí	sí	sí	57/52	44,0%	4,3%	1,0
Costa Rica	Régimen No Contributivo	sí	sí	no	65	59,0%	17,8%	3,2
República Dominicana	Nonagenarios	sí	sí	no	60	..	n.a.	3,0
Ecuador	Pensión para Adultos Mayores	sí	sí	no	65	56,0%	7,7%	1,8
El Salvador	Pensión Básica Universal	sí	sí	sí	70	17,0%	12,2%	2,2
Guatemala	Aporte económico del Adulto Mayor	sí	sí	no	65	16,0%	18,0%	2,8
Guyana	Old Age Pension	no	no	no	65	151,0%	18,0%	2,4
Haití								
Honduras								
Jamaica	PATH	sí	sí	no	60	24,0%	2,0%	0,5
México	65 y más	no	sí	sí	65	63,0%	5,0%	0,6
Nicaragua								
Panamá	100 a los 70	no	sí	no	70	81,0%	12,6%	1,7
Paraguay	Pensión alimentaria	sí	sí	no	65	29,0%	29,3%	4,4
Perú	Pensión 65	sí	sí	sí	65	41,0%	8,6%	1,3
Surinam								
Trinidad y Tobago	Senior Citizen Pension	sí	sí	no	65	99,0%	30,5%	4,6
Uruguay	Pensiones no contributivas	sí	sí	no	70	7,0%	22,0%	3,3
Venezuela, RB	Gran Misión Amor Mayor	sí	sí	no	60/55	23,0%	18,0%	6,9

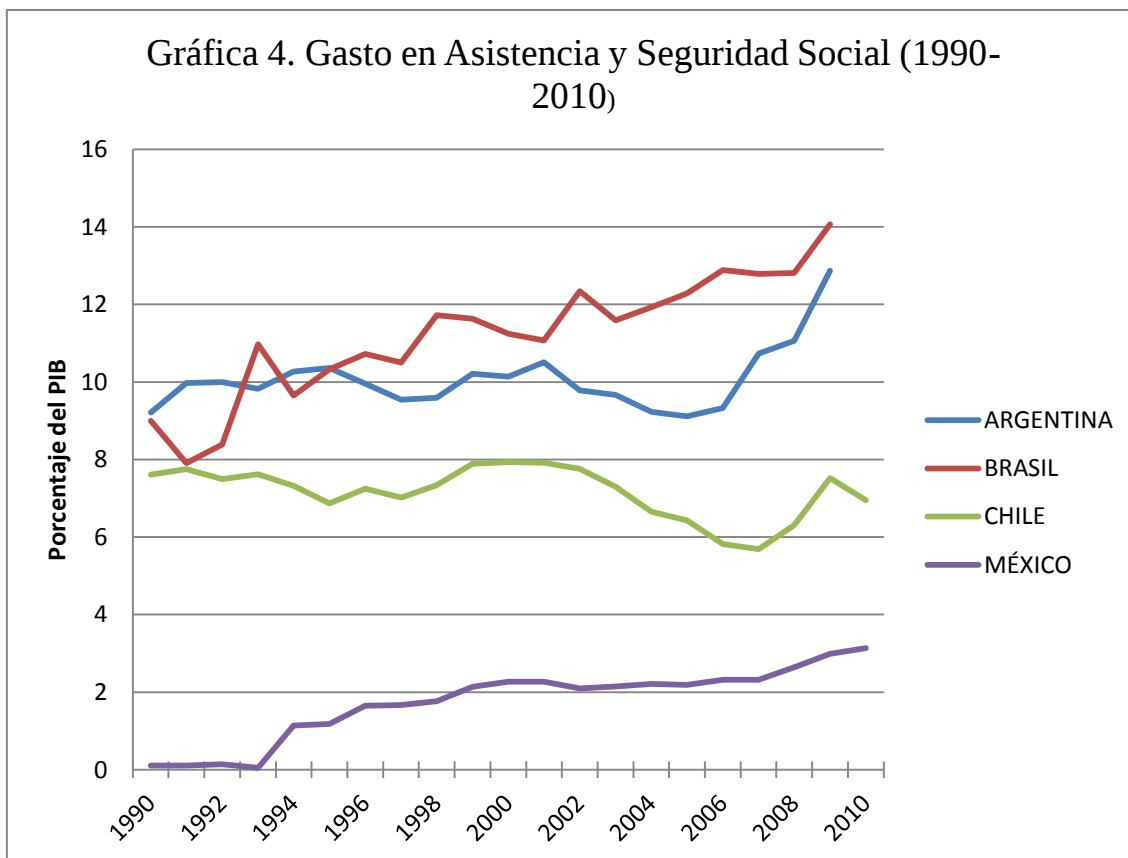
Nota: La riqueza de la pensión social es el valor actual del flujo de pagos en los niveles actuales de edad de elegibilidad hasta la muerte, con base en las tablas de mortalidad específicas de los países.

Fuente: Rofman et al. (2013), Social Pension Database HelpAge, Encuestas en hogares y cálculos propios del autor.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933161872>

Fuente: OCDE/BM, Panorama de las pensiones, 2014

Todo ello se explica (y explica) en gran medida por el bajo nivel de gasto en seguridad social y asistencia que existe en el país, en comparación con otros países de América Latina:



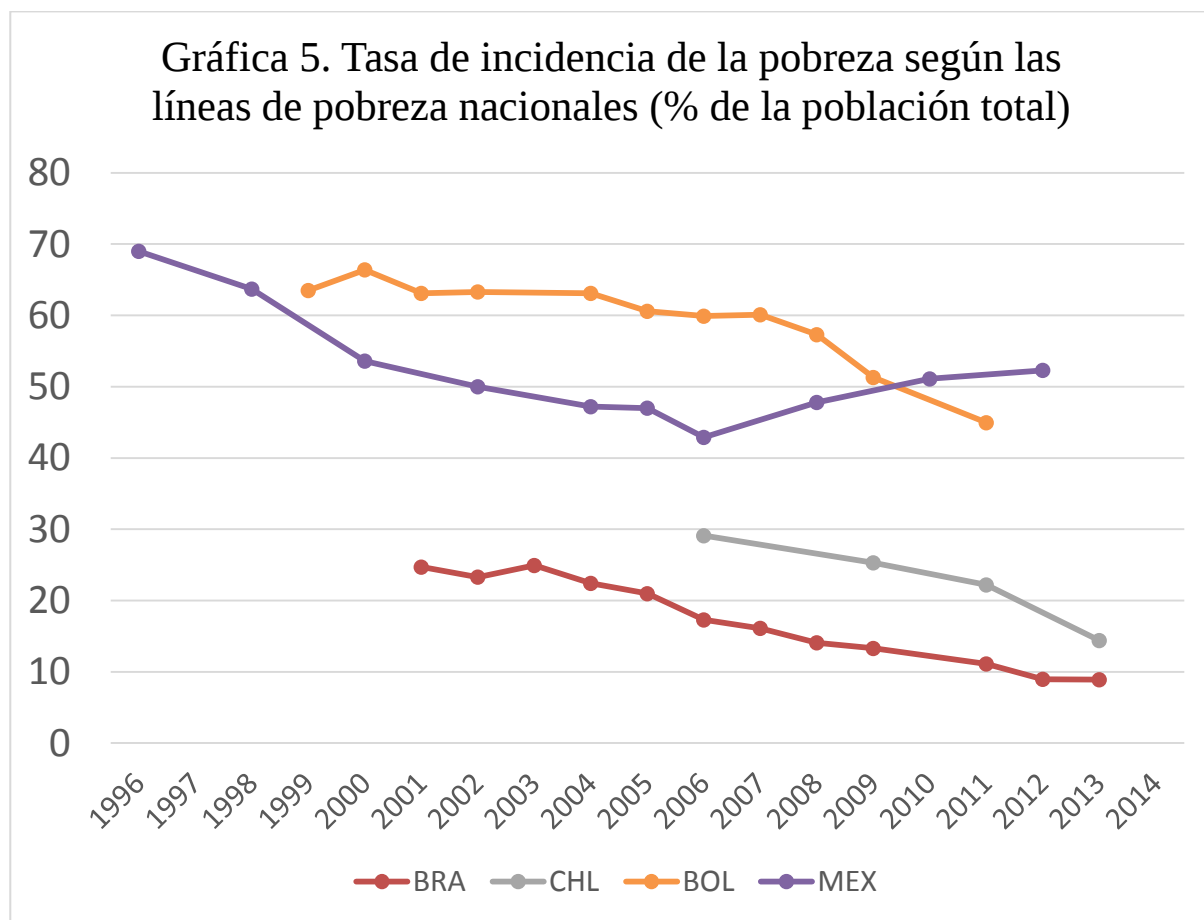
Fuente: World Bank, Databank.

El Giro Asistencial

Comparados con los recursos orientados hacia el sector corporativo, los recursos destinados a la asistencia son aún más bajos: durante el sexenio de Peña Nieto se han destinado 0.49%⁸ del PIB al principal de los programas Progres. No obstante, tienen un impacto muy extendido, ya que cubren a más de 6 millones de familias, aproximadamente un 20% de la población; lo que lo hace un programa muy “eficaz” desde una perspectiva liberal, pero también política. No obstante, como se ha discutido ampliamente en la literatura no ha servido para atacar la pobreza, ya que aunque ha descendido levemente en términos porcentuales, en número absolutos ha aumentado (Yaschine, 2012; Cortés, 2010; Lustig, 2010). De hecho, aunque la pobreza en México descendió de 1996 a 2010 del 69% al 52%, a diferencia de muchos países de América latina, incrementó a partir de 2006 (véase gráfica 5). No obstante, como lo hemos dicho, por el aumento demográfico según el Coneval, entre 2012 y 2014 ha aumentado en 2

⁸ http://www.milenio.com/politica/combate_pobreza_gobierno_Pena-cifras_pobreza_Mexico_Prospere_Solidaridad_0_563943961.html

millones de personas. Las políticas de asistencia han logrado sin embargo disminuir la pobreza extrema, de 11.3% a 9.5% de la población entre 2010 y 2014.⁹



Fuente: World Bank, Databank.

El primero de los programas asistenciales, el programa heterodoxo *Solidaridad*, fue implementado durante la presidencia de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994). Era un programa descentralizado por sus metas (aunque estaba concentrado en la presidencia), colectivo (transfería recursos para proyectos específicos de desarrollo o productivos) y acordado entre las comunidades receptoras y los ejecutores del programa (Pardo, 2009). Desde 1995, los programas asistenciales, que han cambiado de nombre, actualmente se llama Prospera¹⁰, eliminaron la participación colectiva en las decisiones sobre cómo invertir los recursos para las comunidades y los han convertido en un programa de transferencias monetarias directas, individualizadas y condicionadas. Como

⁹ El Financiero, consultado el 28 de octubre de 2016. <http://www.elfinanciero.com.mx/pages/asi-es-la-pobreza-en-mexico.html>

¹⁰ Anteriormente llamado Progresa 1994-2000, Oportunidades (2000-2012)

justificación para decidir este cambio, se argumentó que los recursos asignados mediante la participación no llegaban a los grupos más pobres, sino más bien a los sectores mejor organizados. Además, se planteó que la naturaleza colectiva de los programas antiguos elevaba la posibilidad de que los recursos y la organización que requerían se utilizaran de manera clientelista.

Prospera (como sus antecedentes, Progresas y Oportunidades) es un programa de transferencias directas en efectivo a una selección de hogares que viven en pobreza extrema. Estos programas se basan en el discurso del capital humano, en la idea de inversión para integrar a los pobres en el mercado laboral mejorando su educación, salud y nutrición; la idea es ayudar a los sectores en extrema pobreza a superar las privaciones cotidianas y su reproducción generacional. Responde a la idea de que las políticas sociales deben ser una inversión, en este caso en capital humano (Valencia, 2008). Se argumenta de que esta inversión sacará a esta población de la pobreza en el mediano plazo, aunque como lo han demostrado varios estudios no lo han logrado (Yaschine, 2012, 55-6; Cortés, 2010).

El uso de transferencias directas constituye un alejamiento de la ortodoxia que caracterizaba a las políticas focalizadas basadas en la distribución de bienes; los nuevos programas ofrecen becas para el sistema de educación pública primaria y secundaria, asistencia para gastos alimentarios y acceso a centros de salud pública. A cambio de estas transferencias directas, los receptores deben demostrar que los niños asisten a la escuela y los centros de salud con regularidad. La asistencia para gastos alimentarios se entrega directamente a la madre de familia o a la persona encargada de preparar los alimentos. Se proporciona cuidado básico en salud para todos los miembros de la familia y suplementos nutricionales para las mujeres embarazadas y las que acaban de dar a luz. Las becas se otorgan según el número de hijos en edad escolar; se da una cantidad adicional para las niñas, con el objetivo de contrarrestar las altas tasas de deserción de este sector de la población. Es perfectamente claro que estos programas no pueden ser considerados un derecho, sino que son una política gubernamental. (Lomeli, 2004; Yaschine, 2012)

De acuerdo con sus defensores, las ventajas de este sistema son la precisión de la focalización y que la decisión de la asignación de los subsidios no está en manos del gobierno sino de gente que pertenece al sector de la población al que se enfoca el

programa: las “promotoras” (generalmente son mujeres) designan a las personas que serán beneficiadas en las localidades que han sido previamente elegidas por funcionarios con base en los índices de pobreza (Valencia, 2008; Yaschine, 2012). A pesar de que Prospera está focalizado hacia los sectores más pobres, una parte significativa de esta población queda excluida (hombres solteros y gente de bajos recursos que vive en áreas no consideradas como pobres). Cortés calcula que por lo menos 600,000 hogares muy pobres, están excluidos de los programas de asistencia (en ese momento Oportunidades y PAL), porque viven en zonas muy pequeñas, aisladas y dispersas en las que no existen centros de salud o educativos, que son un requisito para su obtención (Coneval, 2012, citado por Cortes, F., 2015, 19). Además, las mismas promotoras pueden forjar alianzas con grupos de interés, reintroduciendo el clientelismo que el sistema de focalización intentaba eliminar (Lautier, 2003, 65).

Las Reformas al Sistema de Salud

La principal característica, y problema, del sistema de salud mexicano es su segmentación. Hasta antes de lo que hemos llamado el giro asistencial del sistema de seguridad social, que también afectó al sistema de salud, coexistían tres distintos sistemas de salud: el de la seguridad social (dividido en dos grandes grupos: el mayoritario, que cubre a los trabajadores del sector privado, el IMSS, el del sector público, el ISSSTE, y el que se ocupa de dar servicios a los trabajadores de Pemex y a los del ejército y marina), el público, que se ocupaba de los que no tenían acceso a la seguridad social o al sector privado, y el privado. A este panorama se añade, a partir de 2005, el Seguro Popular, el que a pesar de que tendencialmente tendría que sustituir al servicio público (y quizá al de seguridad social para constituir un solo sistema universal), aún no cubre a todos los ciudadanos que no tienen acceso a los otros dos sistemas, por lo que se ha constituido en un cuarto pilar de la salud, aumentando la segmentación.

A diferencia del sistema de pensiones, las modificaciones al sistema de salud público mexicano no se rigieron por una lógica privatizadora, como sí se dio en el caso chileno, sino por una cierta idea de universalización de los servicios médicos, al intentar incluir a todos los ciudadanos que no contaban con un servicio médico. El Seguro Popular intentaba paliar dos de los más importantes problemas del sistema de salud mexicano, la

baja cobertura del sistema de salud de la seguridad social (alrededor del 50% de la población) y el impresionante gasto de bolsillo: el 55% del gasto total de salud a mediados de los años 2000 provenía del bolsillo de la población. De hecho, ambos datos están vinculados.

En principio, cualquier individuo que no esté inscrito en un plan de seguridad social al que tiene derecho por sus cotizaciones o a un seguro privado o colectivo contratado por él mismo o por su empresa (apenas el 3% del total), tiene la posibilidad de acudir a las clínicas u hospitales públicos, los que a partir de 1995 son administrados por los gobiernos estatales. No obstante, la población que no está afiliada a ningún instituto de seguridad social (y en ocasiones aún ésta misma) prefiere costearse los gastos de salud que no sean estrictamente urgencias. Esto porque el sector público está muy sobrecargado, hay largos plazos de espera (un trabajador tendría que perder un día de trabajo), el servicio es muy deficiente y, además, en muchas ocasiones los enfermos tienen que pagar por las medicinas recetadas o incluso productos necesarios para su curación en la clínica u hospital. Es frecuente que, por el desabasto, los pacientes en las clínicas y hospitales públicos tengan que pagar algunos de sus medicamentos, gasas, cobijas, etc., incluso los prescritos durante su estancia en el hospital. El que los servicios de salud públicos no sean utilizados por las clases medias y altas, quienes acuden al sector de salud privado, además de la desinversión que se produjo en la década de los ochenta y que continuó durante los noventa, hizo que los servicios públicos se fueran deteriorando. Es por ello que, en muchos casos, acuden directamente a un médico privado. Y, es por ello que, de hecho, el sector privado lo podemos caracterizar como dual, dividido en uno muy oneroso que atiende a las clases altas y medias altas, y otro que atiende a la población con menos recursos en los casos menos graves para los cuales esta población evita recurrir al sector público, o incluso al de seguridad social. Desde hace varios años se han establecido médicos vinculados a las farmacias que cobran muy poco y que otorgan recetas que son cubiertas en las mismas farmacias. Esto explica el gasto de bolsillo tan elevado que aún existe en México.

El proceso de transformación del sistema de salud inició con la descentralización de los Servicios de la Secretaría de Salud en 1995; lo que implicaba que se redujeran las contribuciones de los trabajadores y aumentaran las de los estados federados. A partir de ese momento, las autoridades estatales y municipales comenzaron a operar los servicios públicos de salud, en tanto que el gobierno federal conservaba su función

normativa, regulando y monitoreando los servicios a través de la Secretaría de Salud. Por otra parte, los servicios estatales y federales de salud (así como el IMSS y el ISSSTE) establecieron un sistema de recuperación de costos, según el cual los pacientes tenían que pagar parte de los gastos según sus ingresos, de los que estaban exentos los más pobres (Laurell, 1997). En la misma reforma, el Estado implementó un plan para extender la cobertura mediante la incorporación voluntaria de trabajadores y familias no aseguradas, con una pequeña contribución por parte de los trabajadores. Se exentaría a los trabajadores que ganaran menos de tres salarios mínimos, con lo que se esperaba que se afiliaran los trabajadores del sector informal. Se daba, además, la posibilidad de que los empleados afiliados al IMSS recurrieran a servicios de salud en otros establecimientos públicos u privados –bajo ciertas condiciones–, siendo el IMSS quien pagaría por dichos servicios. No obstante ninguno de estos dos últimos aspectos funcionó (Gutiérrez Arriola, 2002, pp. 188-189).

En 2002, el gobierno de Fox admitió que la mitad de la población mexicana no tenía servicios de salud y lanzó el programa “Seguro Popular” para alcanzar la universalización. No pretendía (por lo menos en lo inmediato) integrar a los servicios de salud de los sectores de seguridad social, sino solamente inscribir a la gente en un programa que sería conducido por las secretarías de salud de los estados. El Seguro Popular es un programa voluntario que cubre una serie limitada, “un paquete”, de servicios médicos a sus afiliados. A la población ubicada en los tres deciles más bajos de ingreso no se les cobraría nada, mientras que a los demás se les cobraría una cuota relativamente reducida. Además de los recursos que provengan de la contribuciones de los afiliados (los que previsiblemente serían mínimos) el Seguro Popular contaría con recursos federales y estatales en igual proporción. En principio, los trabajadores podrían acudir a cualquier centro de salud (incluso privado), aunque en la práctica solo tienen acceso a los hospitales y clínicas de las secretarías de salud estatales.

Según los promotores del programa, se buscaba que la afiliación tuviera como consecuencia que los individuos que acudieran a obtener servicios médicos se sintieran con la legitimidad de acudir a los hospitales públicos y demandar los cuidados a los que tienen derecho. Aparentemente, esto tuvo un impacto positivo, en la medida en que el programa goza con un nivel de satisfacción significativo (Lazcano Ponce, 2012). No obstante, aunque este programa pretende extender la cobertura de salud a toda la

población que no está asegurada, no ha logrado atraer a todos los trabajadores del sector informal que se verían obligados a contribuir para afiliarse.

Es por ello que, a pesar de que el gobierno de Calderón declaró que con este programa México llegó a la universalización de los servicios de salud y que con el Seguro Popular se ha hecho realidad el derecho a la salud en México, hemos inscrito a este programa en el contexto del asistencialismo. Y esto básicamente por dos razones: por una parte, lo único que se logró, sin lugar a dudas, es integrar en el programa a los beneficiarios de Oportunidades, por lo que en la práctica se le puede considerar como complementario. Es evidente que muchos trabajadores informales no se han inscrito, porque ello implica el pago de una cotización. La OCDE considera que un 8% de la población aún no está asegurada (OCDE.Stat, 1/11/16)¹¹. No obstante, una aclaración importante de la Panamerican Health Organization en su estudio más actual, con datos hasta 2010 plantea que “muchos mexicanos tienen más de un régimen de seguro o proveedor”¹², lo que significaría que un número que no podemos calcular de personas que están inscritas en el Seguro Popular ya estaban cubiertas por otros sistemas de seguridad social, IMSS o ISSSTE, por ejemplo. Lo que ampliaría la población no asegurada¹³.

Independientemente de los datos de cobertura, que no están son absoluto confiables, pesar de la casi universalización formal de los servicios de salud conseguido por el Seguro Popular, no es posible considerar que de facto haya cobertura universal, ni mucho menos que la salud en México sea un derecho, cuando incluso los que están afiliados recurren a la medicina privada por diversas razones y tengan que comprar sus medicinas, ya sea porque el sistema no paga lo que recetan los médicos privados o porque hay desabasto. Esto sucede en alrededor del 17% del total de las recetas, aunque asciende a un impresionante más de 80% en el caso de enfermedades crónicas (Lazcano Ponce, 2012,). De hecho, el porcentaje del gasto en salud erogado por los propios pacientes, el gasto de bolsillo, se ha reducido marginalmente con el Seguro Popular: de 51.9% (Reforma, 28/08/12: 2) a 45.5%; en contraste, en Brasil con el Sistema Único de

¹¹ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

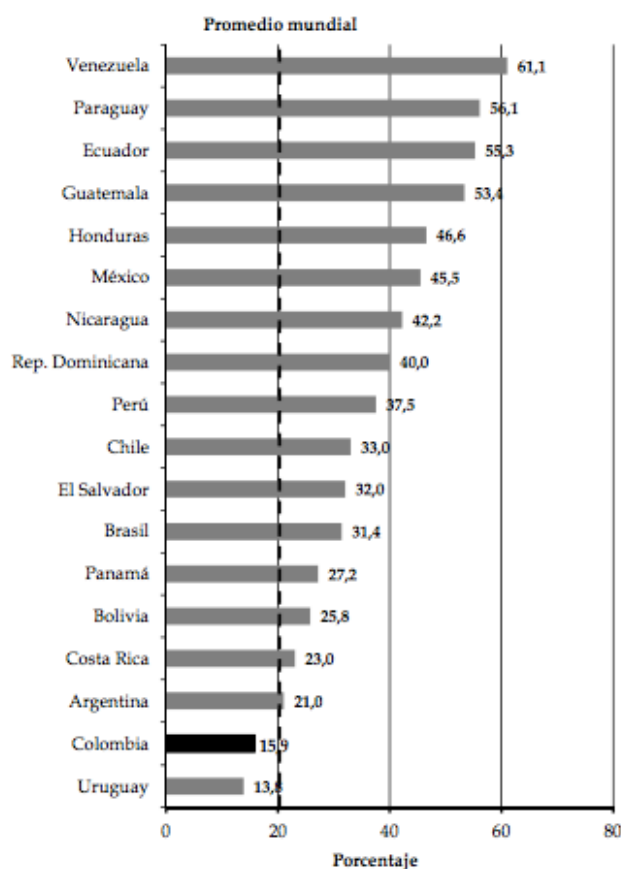
¹² http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=177&lang=en; consultado 1/11/16.

¹³ De hecho, en una pequeña encuesta, no representativa, vimos que en algunos casos, los encargados de inscribir a personas al Seguro Popular con el objeto de cubrir las meas que se había puesto el gobierno de Calderón de llegar a la totalidad, inscribía a gente al Seguro Popular en las propias clínicas del IMSS; donde de hecho era más fácil para los encargados de la inscripción de encontrar gente que estuviese de acuerdo en afiliarse que entre gente en la calle o en sus domicilios.

Salud (SUS), este gasto ha descendido a alrededor del 32% (Becerril-Montekio, 2011 y gráfica 6). Ya mencionamos algunos de las razones por las cuales hay un alto gasto de bolsillo en México, lo que significa una alta recurrencia al sector privado de salud. La OCDE menciona como elemento adicional, además de la accesibilidad que mencionamos arriba, la probable insatisfacción con la calidad de los servicios proporcionados por las instituciones públicas en las que están incorporados (Seguro Popular, IMSS, ISSSTE). También menciona que como resultado de ello, en México se da “...la mayor razón de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE para los cuales hay información disponible, ya que cuenta con 11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes, lo que sugiere que el sector privado es una parte importante de todo el sistema de salud.” (OCDE/BID/BM, 2016).

Grafica 6. Gasto de Bolsillo.

Gráfico 1. Participación porcentual del gasto de bolsillo en el gasto total en salud, 2011



Fuente: Cálculos de los autores con base en World Health Organization (2014).

Fuente: Pérez-Valbuena y Silva Ureña, 2015.

Por otra parte, tampoco se puede considerar un derecho universal un sistema que no incluye *la totalidad* de los padecimientos. Existe un catálogo de tratamientos que es el Causas (Catálogo Universal de Servicios de Salud), que cubre 284 intervenciones, pero que se va ampliando (Flamand y Moreno Jaimes, 2015). Una grave exclusión es que, no incluye la diálisis¹⁴, que es indispensable para la sobrevivencia de miles de mexicanos que padecen casos graves de diabetes, una enfermedad que va adoptando características de epidemia nacional y de la cual, según las proyecciones de la Secretaría de Salud, hay actualmente 129,000 casos y en 2025 habrá 212,000, de los cuales en 2010 murieron 60,000 y en 2025 morirán 160,000 (Reforma, 16/06/13: 8). Un sistema no es un derecho universal si excluye para una sola enfermedad a miles de personas que inevitablemente morirán porque no tienen los recursos necesarios para acudir al sector privado. El seguro popular tampoco cubre los infartos cardíacos en mayores de 60 años, los accidentes cerebrovasculares, la esclerosis múltiple y el cáncer de pulmón (OCDE, 2016, 13).

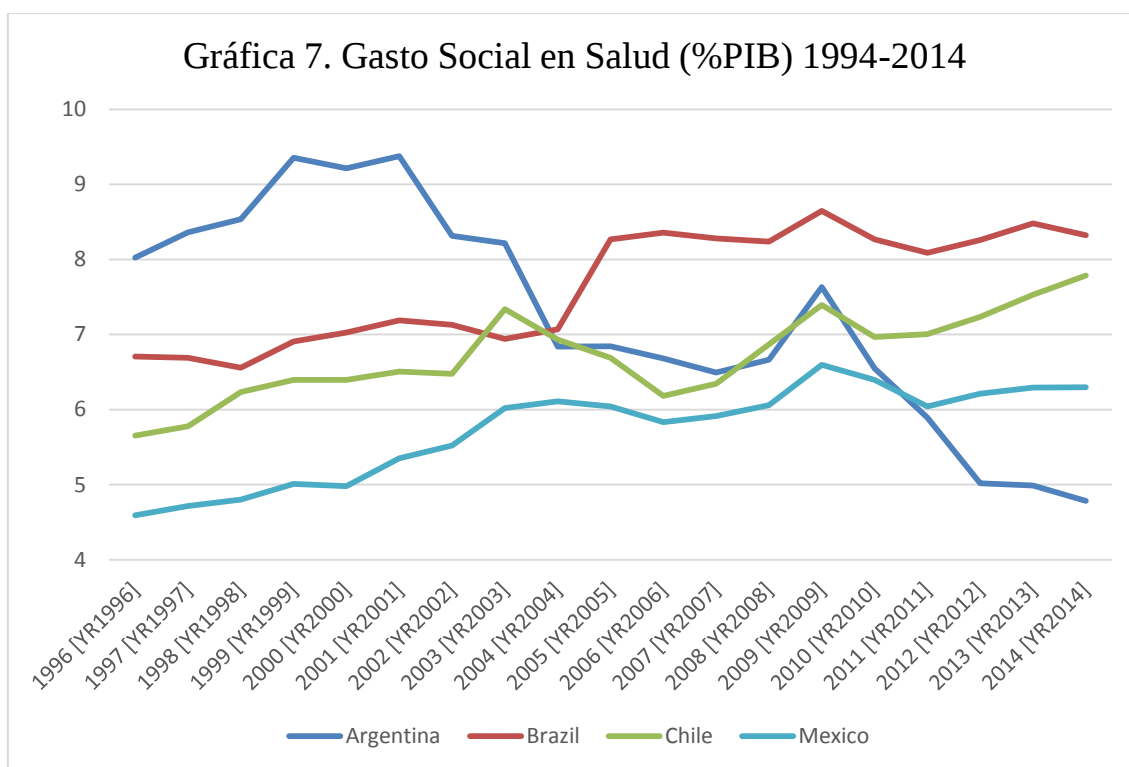
Hay que añadir que un sistema que no incluye todas las enfermedades es de manejo muy complejo, tanto para los pacientes como para los propios médicos y funcionarios: ¿Cómo saben los pacientes si una enfermedad está o no incluida? ¿Si una combinación de enfermedades lo está? ¿Saben los funcionarios del hospital o de la clínica o los propios médicos si una enfermedad está incluida, si una complicación lo está? ¿Dan la información correcta a los enfermos? Por otra parte, la propia segmentación de los servicios médicos entre tres o más sub-sistemas tiene como consecuencia que, a pesar de que supuestamente el servicio sea universal, no lo sea en los hechos. Ha sucedido que individuos que tienen un accidente, o mujeres que están por dar a luz llegan a una clínica u hospital al que no están afiliados, tengan que trasladarse a otro, lejos de ahí y mueran o den a luz en el trayecto. Ha habido casos, incluso, de gente que muere a las puertas de un hospital, luego de días de agonía.

Por otra parte, es evidente que el financiamiento del Estado en salud, a pesar de que ha aumentado, no lo ha hecho a un ritmo correspondiente a la intención y anuncio de la universalización. El gasto del gobierno ha incrementado de 2.6% del PIB al 3.3% en los últimos diez años, que es el más bajo de la OCDE y de varios países de América Latina (OCDE, 2016, 3). Este aumento palidece si consideramos que entre 2005 y 2010,

¹⁴ Un alto funcionarios de la SS planteó que *descartaba* la inclusión de la diálisis por el Seguro Popular por el costo del tratamiento (Reforma, 16/06/13, p. 8)

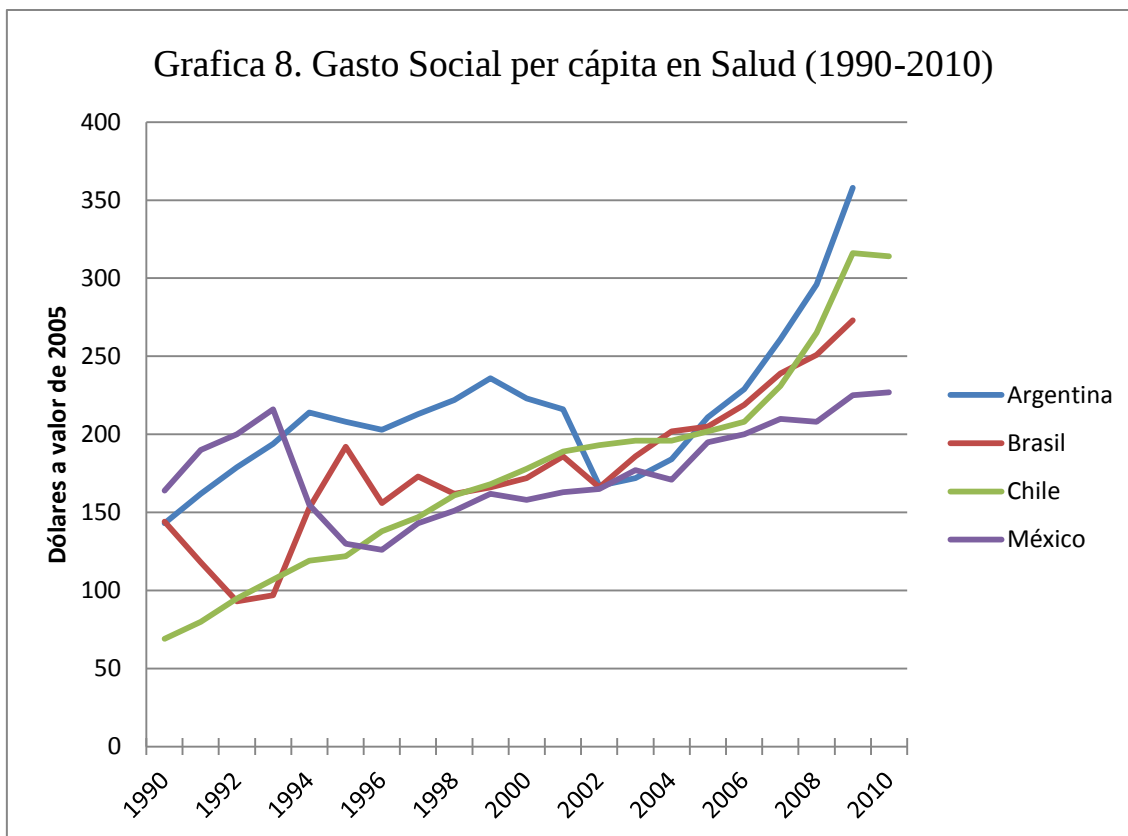
aumentó la población beneficiaria del seguro popular de 11.4 millones a 43.5 millones (Bizberg y Flamand, 2013), y al final del sexenio de Calderón (2012) se afirmó que había 50 millones en el Seguro.

Esto se percibe mejor si se compara a México con otros países de América latina que han intentado expandir, como en México, la cobertura de salud.



Fuente: World Bank, Databank.

Si ahora consideramos el gasto per cápita de los países, vemos que, como lo mencionan la mayoría de los textos (OCDE, 2016, Knaul, et. al., 2012, Flamand y Moreno, 2015) en México este gasto ha aumentado considerablemente, no obstante no a un ritmo necesario para cubrir a toda la población que supuestamente ha sido incluida en los servicios, ni en términos comparativos internacionales.



Fuente: World Bank, Databank.

De hecho, aunque ha aumentado el número de médicos en el país (de 596 habitantes por médico a 459 habitantes por médico, entre 2000 y 2011), el número de camas por habitante incluso ha descendido (de 1.8 por mil habitantes en 2000 a 1.6 en 2011) (Cepal, 2013). Todo esto redundando en largas esperas, en baja calidad del servicio y en que en los hospitales y clínicas falten muy a menudo medicamentos y otros productos que los pacientes tienen que procurarse ellos mismos. Y que, a pesar de que el gasto catastrófico y empobrecedor haya disminuido, el gasto de bolsillo no haya disminuido. Mientras que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población de 2000 a 2010, el gasto de salud catastrófico disminuyó de 3.1% de los hogares a 2.1% en los mismos años. Es sorprendente que el gasto de bolsillo del 40% las familias más pobres (que son en efecto las que están en mayor proporción en el seguro popular) disminuye asombrosamente poco: del 13.7% en 2002 y 12.8% de 2004, al 11.4% en 2010 (Knaul, et al, 2012). Según esta autora, los gastos de bolsillo bajan del 58.2% en 2002, al 52.8% en 2004, y a 35.7% en 2010 para los no asegurados y los afiliados al Seguro Popular (Ibíd., 224) aunque, es contradicha por los datos de la WHO y de la OCDE que lo calcula en 45.5% (OCDE, 2016), lo que significa que los que no

están en el seguro popular siguen gastando lo mismo o más (Knaul, et al, 2012, 224).

Consideraciones Finales: del derecho a la seguridad social a la asistencia

Durante estos últimos 20 años en México se persiguió el desmantelamiento del pacto “fordista” o semifordista con los sectores corporativos y su sustitución por un sistema de protección social asistencialista que si bien no es residual *de facto*, porque en México más del 50% de la población es pobre, lo es en su lógica. Esto tuvo como consecuencia importantes modificaciones de todas las dimensiones del sistema de protección social mexicano.

Esta reorientación del sistema de protección social se volvió crucial por razones políticas puesto que, como ya se ha mencionado, los pobres se convirtieron en el principal apoyo político. Esta igualmente fundada en un pretendido principio ético que sostiene que el peso de un sistema de pensiones que concierne a menos del 50% de la población y que se ha convertido en una carga cada vez más mayor para las finanzas del Estado, tiene como resultado una falta de recursos para financiar las necesidades de las “mayorías”.

El paso del sistema por reparto a la capitalización persiguió tres objetivos: por una parte, el gobierno quería deshacerse de un sistema que amenaza con pesar crecientemente sobre las finanzas gubernamentales debido al envejecimiento de la población. Además, se pretendía constituir una base de ahorro nacional con base en los fondos de ahorro de los trabajadores, que beneficiara tanto a las empresas nacionales como a los propios bancos. Finalmente, en México como en otros países latinoamericanos, el sector que más ha crecido en las últimas décadas es el informal y los pobres, que obviamente no contribuyen al sistema de protección social ni tienen derecho a una pensión ni a los servicios de salud y que se han convertido en un sector crucial para ganar las elecciones.

Con la privatización de los fondos para el retiro, el gobierno separó (a mediano plazo¹⁵) el financiamiento destinado a las pensiones del asignado a los servicios de salud: que estaban vinculados mientras el IMSS y el ISSSTE administraban, tanto las pensiones,

¹⁵ Esto a mediano plazo, porque por el momento tanto el IMSS como el ISSSTE tienen que pagar las pensiones y destinar cada vez más recursos para ello y en algunos años recurrir al gobierno para cubrir su déficit; en gran medida creado o acelerado por la ley del IMSS y del ISSSTE que privatiza las pensiones de los que se integran a partir de su entrada en vigor, 1997 y 2007, respectivamente.

como los servicios de salud, los que servían tanto para los gastos de operación de dicho sistema como para financiar la construcción de las instalaciones de salud (incluso si para ello siempre hubo una aportación directa del Estado). Por ello, lo que augura la separación entre pensiones y contribuciones de salud es que una vez que estos recursos ya no sean accesibles puesto que los nuevos cotizantes del IMSS y del ISSSTE migraron hacia un sistema de capitalización y el sistema debe pagar por aquellos que se quedaron, el Estado tendrá que cubrir la diferencia. Es muy probable que cuando el Estado se convierta en un contribuyente significativo de ambos sistemas, tendrá la legitimidad y la necesidad de fusionarlos. De hecho, en el pacto por México promovido al inicio del actual gobierno del PRI (2012) se dice explícitamente que se buscará "... la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección...".

Esto último podría ser una buena noticia, porque se daría la unificación del sistema de salud actualmente segmentado. No obstante, si no se presentan cambios en el modelo económico, en la capacidad fiscal del Estado mexicano y sobretodo en la ideología liberal de los gobernantes actuales o de algún otro partido que llegue al gobierno, la tendencia será que el IMSS y el ISSSTE se unifiquen hacia la baja, sobre la base de las capacidades de los sectores de asistencia mínima, y que se incitará a aquellos que tengan los medios a optar por un sistema privado de seguridad que cubra parcial o totalmente los servicios de salud. Si se sigue la tendencia lo que existirá en el futuro será el Seguro Popular, que en efecto será universal, pero a tan bajo nivel que obligará a los que tengan recursos a adquirir un seguro privado. Como en Chile, el Estado se ocupará de los jóvenes estudiantes o desempleados, de los pobres, de los viejos, de los enfermos graves, mientras que el sector privado asegurará a los trabajadores de entre 20 y 50 años, con buena salud, que aportan grandes ganancias.

En segundo lugar, independientemente de lo que la capitalización signifique en términos de la muy probable incapacidad de las pensiones de garantizar una vida digna y de la baja calidad de los servicios públicos de salud, la transformación de la protección social modifica la concepción de ciudadanía, en este caso social. A pesar de que el sistema corporativo estaba segmentado e incompleto, estaba basado en la idea de que la organización social, en este caso principalmente sindical, mediante la acción colectiva y el reconocimiento del Estado, daba lugar a un derecho: a una pensión y a la salud. Con el tránsito del sistema de pensiones por reparto a la capitalización y de un

derecho de la salud segmentado a un servicio de salud universal pero mínimo y otorgado, se abandona el derecho social por la asistencia focalizada. Si el horizonte de vida de los individuos que nunca habían tenido un trabajo formal era obtenerlo para adquirir derechos, éste desaparece con el paso del corporativismo al asistencialismo.

Se puede entonces considerar que en el fondo, las transformaciones en marcha comportan la anulación de la ciudadanía social, en tanto que la ciudadanía está basada en derechos. Mientras que los programas contributivos constituyen derechos, el asistencialismo apunta a la beneficencia. Incluso si se supone que el Seguro Popular atribuye derechos a los afiliados, el hecho de que la mayoría no contribuyan financieramente, hace difícil concebir que tengan efectivamente la capacidad de exigir y ser escuchados.

Bibliografía

Baba, Kaori, “Power and Institutional Change: Re-Reforms of Latin American Pension System in a Comparative Perspective”, *Comparative Political Studies* 1–32, 2015.

Barba, Carlos (2007). “Claroscuros de la reforma social en México y América Latina”, *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, vol. 13, no. 39.

Becerril-Montekio, Victor (2011). “Sistema de salud de Brasil”, en *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, pp. 120-131.

BID-OCDE-BM, *Panorama de las Pensiones América latina y el Caribe*, BID, 2015.

Bizberg, Ilan y Scott Martin (2012). *El Estado de Bienestar ante la Globalización, el caso de Norteamérica*, México: El Colegio de México.

Bizberg, Ilán y Laura Flamand, “Grandes tendencias y pequeños avances en las políticas sociales (2000-2012), manuscrito no publicado, 2013.

CEPAL, *Anuario estadístico de América latina y el Caribe*, CEPAL, 2013.

Cortés, Fernando (2010). “Pobreza, desigualdad en la distribución del ingreso y crecimiento económico, 1992-2006”, en Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira, *Los Grandes Problemas de México: Desigualdad social*, El Colegio de México, México,).

Cortés, Fernando, “Medio Siglo de desigualdad en el ingreso en México”, *Economía UNAM*, Vol. 10, núm. 29, 2015.

De Buen, Néstor, “Principios de la protección social mexicana”, en Ma. Luisa Mussot L. (ed.), *Alternativas de reforma de la protección social*, México, UAM-Friedrich Ebert, 1996.

Flamand, Laura y Carlos Moreno Jaimes, *Seguro Popular y federalismo en México, un análisis de política pública*, México, CIDE, 2015.

Gordon R., Sara, “Del universalismo estratificado a los programas focalizados”, en Martha Schteingart (ed.), *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1999.

Gutiérrez Arriola, Angelina (2002), *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*, México, Siglo XXI.

Knaul, Felicia Marie et al (2012), "The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico", *The Lancet*, [Volume 380, Issue 9849](#), October.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol380no9849/PIIS0140-6736\(12\)X6041-](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol380no9849/PIIS0140-6736(12)X6041-)

Laurell, Asa Cristina (2007), “Health system reform in Mexico: a critical review”, *International Journal of Health Services*, vol. 37, núm. 3.

Laurell, Asa Cristina (1997), La reforma contra la salud y la seguridad social, México, Era-FES.

Lautier, B., “Une protection sociale mutualiste et universelle : la condition de l’efficacité de la lutte contre la pauvreté”, en Bruno Lautier, Jaime Marques-Pereira y

Pierre Salama, Regime de croissance, vulnérabilité financière et protection sociale en Amérique Latine, Textes de Recherche no. 49, Paris IEDES, 2003.

Lazcano Ponce, Eduardo, et al. *Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012*,

Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

Lustig, Nora (2010). “El impacto de 25 años de reformas sobre la pobreza y la desigualdad”, en Lustig, Nora, *Los grandes problemas de México. IX Crecimiento Económico y Equidad*, El Colegio de México, México, , 291-324 pp.

Marshall, T.H. (1950), *Citizenship and Social Class*, Cambridge, Cambridge University Press.

OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OCDE, 2016.

Pardo, María del Carmen, “Política social”, en Bizberg, Ilan y Lorenzo Meyer (coords.), *Una Historia Contemporánea de México*, México, Editorial Océano / El Colegio de México, tomo IV, 2009

Pérez-Valbuena, Gerson Javier y Alejandro Silva-Ureña, “Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia”, *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*, núm. 218, Cartagena, Banco de la República, 2015.

Diario Reforma, Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud (2000). Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, México

http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/SE04_HogaresGastosCatastroficos.pdf

Valencia Lomelí, E. (2008). « Las transferencias monetarias condicionadas como política social en América latina. Un balance: Aportes, límites y debates », *Annual Review of Sociology*, Volumen 34,.

Yaschine, Liliana (2012). ¿Oportunidades? Movilidad social intergeneracional e impacto en México, Tesis de Sociología, El Colegio de México.