

III. LOGRAR UNA SOCIEDAD
MÁS SANA Y EQUITATIVA



RETOS Y PROPUESTAS PARA MEDIR CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD



Fátima Masse

@Fatima_Masse

Consultora, IMCO

Ivania Mazari

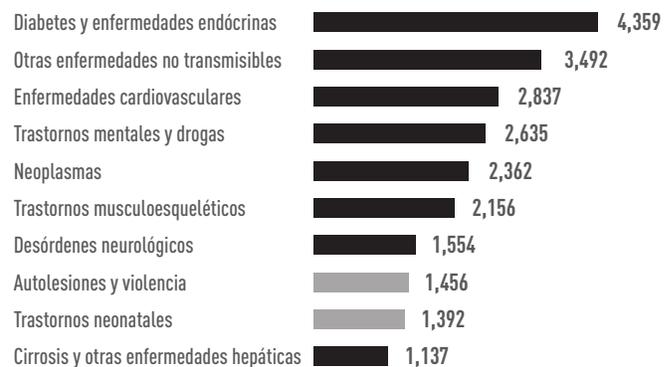
Investigadora, IMCO

Rosa es una señora de 60 años a quien, como a miles de mexicanas, diagnosticaron con cáncer de mama. Lamentablemente, a pesar de una fuerte lucha, Rosa perdió la vida debido a su enfermedad. Ella al igual que seis mil 300 casos como el suyo están contabilizados en las estadísticas de mortalidad de 2015.¹ Sin embargo, con los datos actuales es imposible conocer su historia clínica. ¿Cuándo fue diagnosticada? ¿Qué medicamentos tomó? ¿Por cuánto tiempo? ¿En qué clínicas y hospitales la atendieron? ¿Cuántas veces estuvo hospitalizada y por qué razones? En resumen, no podemos evaluar la calidad del tratamiento y los servicios médicos a los que tuvo acceso. Por lo tanto, no es posible contar con la información necesaria para mejorar nuestro sistema de salud y, con ello, mejorar los diagnósticos y aumentar la calidad de vida de la población.

México es un país cuyo perfil epidemiológico se ha cargado hacia enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En 1990, cinco de las 10 principales causas de discapacidad eran ECNT, mientras que para 2015 esta proporción aumentó a ocho de 10. Hoy, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles son las que generan la mayor carga para los mexicanos (ver Gráfica 1). Este tipo de padecimientos no sólo deterioran la calidad de vida de la población, sino también imponen una carga económica considerable. Tan sólo en 2013 los costos directos e indirectos de la diabetes ascendieron a casi 363 mil millones de pesos,

equivalentes a 2.25% del PIB de ese año,² según estimaciones de la Fundación Mexicana para la Salud A.C. (FUNSALUD).

Gráfica 1. Las 10 principales causas de muerte y discapacidad en México en 2015 (miles de AVAD por 100 mil)



Fuente: Global Burden of Disease 2015, publicado en 2016.

Notas: AVAD se refiere a años de vida ajustados por discapacidad. Esta gráfica muestra sólo las 10 principales causas de discapacidad, las cuales acumulan 80% del total de AVAD para México.

Ante este panorama, el gasto público en salud ha aumentado. Entre 2003 y 2013, este gasto pasó de 2.4 a 3.2% del PIB.³ Sin embargo, dicho gasto no se ha traducido en un mejor desempeño del sector. A pesar de que México lleva varios años esforzándose por lograr cobertura universal, en 2016 sólo 35% de la población económicamente activa reportó tener acceso a instituciones de salud.⁴ Además, México es uno de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor gasto de bolsillo destinado a este rubro. El cual representa 45% del gasto total en salud y 4% del gasto de los hogares.⁵

2. Mariana Barraza-Llorenz et al., *Carga Económica de la Diabetes Mellitus en México* (México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 2013), 4.

3. OECD, *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016* (Paris: OECD Publishing, 2016), 13.

4. INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Tercer trimestre, 2016.

5. OCDE, op. cit., 16.

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Registros administrativos. Mortalidad. 2015, <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

El sector salud es clave para la competitividad del país. La literatura muestra que una mejor salud estimula el ingreso personal y nacional a través de una serie de efectos en educación, inversión, productividad, disponibilidad de recursos y demografía.⁶ Invertir en salud, es invertir en el talento de nuestro país. No obstante, dado un presupuesto público restringido es necesario gastar en servicios eficientes y de calidad con el fin de obtener los mejores rendimientos. Pero ¿qué son servicios de salud de calidad y cómo se miden?

La OCDE define a los servicios de salud de calidad como aquellos que aumentan la probabilidad de obtener resultados deseables y consistentes con el conocimiento profesional.⁷ Para tener una medición objetiva, estos servicios deben apegarse a los seis dominios que marca el Instituto de Medicina de Estados Unidos:⁸

- **Seguros:** evitan daños físicos a los pacientes al recibir servicios que buscan ayudarlos
- **Efectivos:** proveen servicios basados en evidencia científica para aquellos que se pueden beneficiar, evitando el mal uso de tratamientos para quienes no los necesitan
- **Centrados en el paciente:** garantizan que los valores, las necesidades y las preferencias del paciente guían todas las decisiones clínicas
- **Oportunos:** evitan retrasos que afectan a los pacientes y proveedores
- **Eficientes:** evitan desperdicios de material, equipo, ideas y energía
- **Equitativos:** proveen servicios de la misma calidad para todos

Este capítulo tiene el objetivo de analizar cómo se mide la calidad en los servicios de salud en México, cuáles son sus retos y cómo podrían mejorar estas mediciones. A partir de una revisión de la literatura y entrevistas con expertos del sector, se identificaron

6. Commission on Growth and Development, *Population Health and Economic Growth* (Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2008), https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

7. Edward Kelley and Jeremy Hurst, "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper", *OECD Health Working Paper No.23* (Paris: OECD Publishing, 2006), 10, <http://dx.doi.org/10.1787/440134737301> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

8. US Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Washington: National Academies Press, 2001), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

los principales esfuerzos que se han hecho en nuestro país en los últimos años y se compararon con las mejores prácticas internacionales. Con base en este proceso, es posible concluir que en México los esfuerzos para medir calidad están tan fragmentados como el Sistema Nacional de Salud. Por lo mismo, éstos no cumplen con los estándares internacionales y faltan incentivos para robustecerlos. Por un lado, la oferta de servicios médicos tiene pocos incentivos para medir su desempeño, mientras que la demanda por este tipo de indicadores es débil. Para aminorar este problema, IMCO presenta 12 propuestas en la última sección.

Mejores prácticas internacionales

Aunque este tema no es tan reciente son pocos los países que destacan por tener mediciones objetivas sobre la calidad de sus servicios de salud. La iniciativa internacional más relevante es el proyecto *Health Care Quality Indicators* (HCQI) de la OCDE. El cual desde 2002 tiene el objetivo de medir y comparar la calidad en la provisión de los servicios de salud entre distintos países. Para ello, un grupo de expertos desarrolló un set de indicadores que miden la efectividad, seguridad, respuesta y centralidad en el paciente de los servicios en diferentes niveles de atención: primer nivel (incluyendo prescripciones médicas), segundo y tercer nivel (incluyendo errores médicos y complicaciones), salud mental, cáncer y experiencia del paciente. Los países deben reportar estos indicadores a la OCDE cada año, basándose en un manual de construcción muy específico para lograr que éstos sean realmente comparables. En 2015, México reportó ocho indicadores, sólo 10% de los 77 que solicita la OCDE.⁹ Destaca que éstos se relacionan con mortalidad, egresos hospitalarios y vacunación. Sin embargo, no hay información para resultados intermedios como casos de sepsis post-operatoria o diabéticos con medicación para controlar hipertensión.

Dentro de los países de la OCDE, destaca el caso de Inglaterra en donde existen incentivos económicos ligados al desempeño de los servicios de salud. Esto se hace a través del *Quality Outcomes Framework* (QOF), un programa que ofrece un pago adicional a las clínicas generales (similar a nuestro primer nivel) basado en el resultado de un avanzado sistema de indicadores.¹⁰ El esquema

9. Estos indicadores se pueden consultar en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

10. Los indicadores buscan medir el control de las principales enfermedades crónicas como asma o diabetes (ej. porcentaje de diabéticos con registro de examen de pies y clasificados por nivel de riesgo), el manejo riesgos de salud pública como tabaquismo y obesidad (ej. porcentaje de pacientes fumadores que reciben literatura y se les ofrece terapias apropiadas para dejar de fumar) y la implementación de medidas de prevención (ej. porcentaje de mujeres de menos de 54 años prescritas con algún método de anticoncepción. Fuente: *NHS Digital. Quality and Outcomes Framework – Prevalence, Achievements and Exceptions Report England 2015-2016* (England: Primary Care Domain NHS Digital, 2016), 5-8, <http://www.nhs.uk>

es voluntario, pero la mayoría de las clínicas participan debido a que es la única forma de completar el presupuesto que requieren. La lista de indicadores del QOF se endurece y modifica cada año y una parte está avalada por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), institución a cargo de las guías nacionales para mejorar el cuidado de la salud. Los pacientes, que tienen la oportunidad de cambiarse de clínica, pueden consultar los indicadores en una plataforma en línea.¹¹

El caso de Inglaterra es muy particular puesto que la mayoría de los servicios de salud están concentrados por el *National Health System* (NHS). Por el contrario, Estados Unidos tiene un sistema de salud mucho más fragmentado, por lo que se parece más al caso mexicano. En este país destaca un esfuerzo por parte de Grand Rounds, una empresa privada que califica el desempeño de 96% de los médicos del país, usando una base de datos que combina información curricular (ej. dónde estudiaron y quienes fueron sus maestros) y de reclamos de seguros (ej. con qué frecuencia solicitan ciertos estudios o procedimientos). Al combinar este algoritmo con los detalles del expediente médico de un paciente, *Grand Rounds* puede recomendar al mejor doctor para tratar cierto caso o quién debe dar una segunda opinión si el paciente tiene dudas sobre su diagnóstico o tratamiento. Aunque los individuos pueden contratar los servicios de esta plataforma, su mercado objetivo son las grandes empresas que quieren reducir sus costos en cuidados de la salud, así como disminuir las pérdidas de productividad por enfermedad. Actualmente cerca de 3 millones de empleados, de empresas como Costco, Wal-Mart y News Corp., por nombrar algunas, tienen acceso a este servicio.¹²

Y en México, ¿se mide la calidad en servicios de salud?

México ha hecho esfuerzos para medir las capacidades y resultados del Sistema Nacional de Salud (SNS).¹³ Sin embargo, al igual que el SNS, dichos esfuerzos están fragmentados entre instituciones y áreas de atención, como se resume en la Tabla 1 y se describe a profundidad en el resto de los párrafos de esta sección. Expertos en el sector señalan que México cuenta con registros demográficos confiables, los cuáles se usan en comparaciones internacionales y sirven para tener una noción

.....
content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB22266/qof-1516-rep-v2.pdf (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

11. NHS Digital. *Quality and Outcomes Framework*, <http://qof.digital.nhs.uk/search/> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

12. *Ibíd.*

13. En México, el Sistema Nacional de Salud incluye al conjunto de entidades públicas -federales y locales-, del sector social y privado que prestan servicios de salud.

sobre el fin último del sector salud. No obstante, debido a que no existe una política que coordine los esfuerzos para medir calidad en atención médica, estas mediciones no son comparables entre instituciones, lo que reduce el impacto de los recursos que se han invertido en estas acciones. Por ello, faltan registros de prevalencia, resultados intermedios durante el tratamiento de enfermedades crónicas, abasto y entrega de medicamentos, seguridad intrahospitalaria y calidad en el trato al paciente, por mencionar algunos.

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

Tabla 1. Resumen de esfuerzos en México para medir calidad

	Institución a cargo	Iniciativa	Descripción	Observaciones IMCO
Sector Público	Dirección General de Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud (SS)	Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)	Datos de cobertura, disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura y de personal, uso de servicios, mortalidad hospitalaria e indicadores de gestión	Concentra indicadores de los diferentes miembros del SNS, pero carece indicadores sobre resultados intermedios
		Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA)	Parte de la creación de un padrón general de salud nominal utilizando la CURP como clave de identificación	Parece un paso clave, pero se desconoce el estatus de implementación
	Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), SS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)	Herramienta donde se reportan de voluntariamente indicadores de calidad sobre las unidades medicas	Es una de las iniciativas más relevantes en el tema, pero muy pocas unidades reportan datos
	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS)	Monitoreo Integral de Indicadores de Prevención y Promoción de la Salud (MIIPPS)	Es un tablero de control que sistematiza indicadores de los Programas de Acción Específica prioritarios	Agiliza la recolección y análisis de datos, pero la información no está en tiempo real
	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Ranking de hospitales 2015	Documento que evalúa a todas las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales con base en ciertos indicadores	Permite hacer comparaciones entre hospitales, pero se desconoce si se replicará el esfuerzo más adelante
	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)	Tablero de Control de Enfermedades Crónicas	Tablero de indicadores que permite conocer las morbilidades y tratamiento de pacientes con ciertas enfermedades, se puede desagregar hasta nivel clínica	Permite conocer casi en tiempo real la información, pero solo para las unidades de la SS
	Instituto Mexicano para el Seguro Social (IMSS)	Registros clínicos e indicadores de calidad	Cuenta con una amplia base de registros con los cuales da seguimiento a indicadores de calidad	Permite analizar y hacer comparaciones internas, pero no está homologado con las demás instituciones de salud y la evaluación no es sistemática
	Instituto de Seguridad y Servicios de Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Indicadores de calidad	Se da seguimiento a indicadores de eficiencia y calidad	Permite analizar la información a nivel clínica, pero no está homologado y no permiten una evaluación sistemática
	Sector privado	Distintos hospitales	Monitoreo interno	Algunas unidades privadas dan seguimiento a ciertos indicadores para contar con ciertas certificaciones

Fuente: Elaboración propia con base en revisión de literatura y entrevistas con expertos.

La Secretaría de Salud (SS), como coordinador del SNS, construyó el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que concentra las bases relacionadas con cobertura, disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura y de personal, uso de servicios, algunos resultados como mortalidad e indicadores de gestión como detecciones de ciertas enfermedades. Las diferentes instituciones de salud tienen sus propios registros y reportan los indicadores requeridos al sistema a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Por su parte, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la SS lleva el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), una herramienta voluntaria abierta para todo el SNS para monitorear indicadores de calidad en unidades médicas. INDICAS cuenta con 33 indicadores, de los cuales siete se basan en percepción del paciente (ej. porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido), siete relacionados con tiempos de espera (ej. tiempo promedio para recibir consulta), 10 sobre seguridad intrahospitalaria (ej. tasa de infecciones nosocomiales) y nueve sobre atención médica (ej. porcentaje de expedientes con tensión arterial en la última nota). Una de las deficiencias del sistema es la escasa cantidad de unidades que reportan. En el segundo cuatrimestre de 2017 solo 6.4% de las unidades médicas registradas en operación reportaron datos, de éstas sólo cuatro eran unidades privadas.¹⁴ Probablemente ésta sea una de las razones por las que, aunque INDICAS tiene información desde 2003, no se usa para medir a México en el proyecto HCQI de la OCDE (en los segmentos de *Experiencias del paciente y Seguridad*).

Las principales instituciones de seguridad social, el Instituto Mexicano para el Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios de Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), también han tenido logros. El IMSS tiene más de 50 millones de registros clínicos por paciente desde hace una década y vigila 25 indicadores de calidad. El ISSSTE recolecta 44 indicadores de eficiencia y calidad para toda su red que incluyen resultados por clínica, productividad hospitalaria y tasa de infecciones. Sin embargo, los registros de ambas instituciones no están integrados entre ellos, ni con los registros similares de la SS (como el Sistema Nominal de Información en Enfermedades Crónicas -SIC). Por ello, no se pueden usar para evaluar sistemáticamente la calidad en los servicios. Además, los procesos administrativos no están articulados entre instituciones, por lo que no se pueden hacer comparaciones de eficiencia como costos unitarios por procedimiento.¹⁵

En aras de integrar los registros administrativos del SNS, el cinco de septiembre de 2012 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Acuerdo por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), el cual permitirá crear un padrón general de salud nominal que incluya el historial clínico, hospitalario y la información de última cita de urgencias de todos los asegurados, beneficiarios o usuarios de los servicios en salud, así como de los médicos. La CURP sería la llave para identificar a los beneficiarios. Aunque el proyecto ya cuenta con un manual publicado por DGIS, se desconoce su estatus actual.¹⁶

El año pasado, DataLab de la Coordinación de Estrategia Digital Nacional desarrolló, por petición de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), un instrumento denominado Monitoreo Integral de Indicadores de Prevención y Promoción de la Salud (MIIPPS). Es un tablero de control que sistematiza 55 indicadores de los 14 Programas de Acción Específica (PAE) que se consideran prioritarios. Por el momento, MIIPPS no es público, pero agiliza la recolección de datos y facilita la toma de decisiones de la SS a través de mapas y gráficas. A pesar de esta ventaja, MIIPPS no se actualiza en tiempo real, debido a que, por barreras técnicas, no está conectado directamente a los registros administrativos de las instituciones responsables de los PAE.¹⁷

Existen otras herramientas para potenciar la información que proveen algunos indicadores de desempeño y así generar sana competencia entre unidades médicas. Una de ellas es el Tablero de Control de Enfermedades Crónicas a partir del SIC, desarrollados por la Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y la Fundación Carlos Slim. Éste permite conocer de forma muy didáctica las morbilidades y tratamiento de pacientes con obesidad, dislipidemia, diabetes e hipertensión, y se puede desagregar hasta nivel clínica con lo que cualquier usuario podría hacer comparaciones. El tablero es público y se actualiza casi en tiempo real, pero sólo incluye información de 12,501 unidades médicas de la SS.¹⁸ Otra iniciativa que vale la pena destacar es el *ranking* de hospitales que hizo en 2015 la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Éste incluyó a todas las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud con base en nueve indicadores de efectividad (ej. tasa de mortalidad intrahospitalaria), eficiencia (ej. porcentaje

14. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Portal INDICAS (2017), <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/recibidas.php> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

15. OCDE, *op. cit.*, 83-84.

16. De abril a septiembre 2017, se buscó sin éxito hablar con funcionarios de DGIS.

17. Paul Hindriks, entrevista de IMCO, MIIPPS (28 de abril de 2017).

18. OMENT. *Tablero de Control de Enfermedades Crónicas* (2017), <http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-de-enfermedades/> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

de ocupación) y pertinencia (porcentaje de cesáreas).¹⁹ Se desconoce si este ejercicio se actualizó en 2016 o si hay planes de replicarlo más adelante.

A pesar de que México se ha movido hacia un sistema de salud con cobertura universal, el sector privado tiene un peso importante. No obstante, esta parte del sector sólo reporta los datos que se le piden por ley, como información demográfica o los que solicita el Consejo de Salubridad General. Además, la Asociación Nacional de Hospitales Privados no publica información sobre sus recursos o desempeño. Esto no quiere decir que no se mida. Se sabe que algunos hospitales monitorean sus resultados para cumplir con certificaciones, incluyendo algunas extranjeras, lo que a su vez les permite hacer un diagnóstico interno objetivo y conocer su evolución en el tiempo. Sin embargo, la muestra de datos tiene un sesgo debido a que el paciente elige a sus médicos y centros de atención con base en recomendaciones, geografía y capacidad de pago.

RETOS PARA LA MEDICIÓN DE CALIDAD EN MÉXICO

Tras analizar los datos disponibles para México y compararlos con las mejores prácticas internacionales se puede concluir que la medición de calidad en los servicios de salud es deficiente porque la oferta de salud tiene pocos incentivos, ya sean legales o económicos, para hacerlo de forma articulada mientras que la demanda por estos datos es débil y está fragmentada. A continuación, se describen los ocho retos más importantes que se detectaron para nuestro país.

1. La Ley General de Salud (LGS) no obliga la medición de indicadores de calidad o desempeño. El Artículo 104 de la LGS enlista la información que debe recopilar la Secretaría de Salud para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del SNS. Se contemplan tres grupos de datos:

- a) Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad y discapacidad
- b) Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, y
- c) Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población y su utilización.

19. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, "Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud", *Revista de la Dirección General de Evaluación del Desempeño* 1, no. 1 (noviembre 2015).

Con base en esto, es posible decir que cualquier esfuerzo por medir calidad en los servicios de salud es vulnerable a cambios administrativos al interior de la Secretaría o las instituciones de seguridad social. Además de que no existe una definición común para su medición, por lo que la mayoría de los indicadores no son comparables. (Para mayor detalle sobre este tema, se puede consultar el capítulo "Hacia una política de datos".)

2. A pesar de que la LGS mandata el levantamiento de estadísticas de morbilidad, no hay un registro completo de prevalencias y complicaciones. La SS publica los Anuarios de Morbilidad en donde se puede consultar el número de casos y la incidencia de varias enfermedades para el periodo 1984-2015. Sin embargo, por la forma en la que se recolectan los datos, esta base no permite calcular las prevalencias -el número total de casos en el país- ni cuáles de estos casos están complicados.²⁰ Por eso, la OCDE menciona en las notas técnicas del HCQI 2015 que México no mide prevalencia de diabetes. Una noticia alentadora en este rubro es que el Senado aprobó en abril 2017 unas reformas a la LGS que dan pie a la creación del Registro Nacional de Cáncer. Éste contendrá datos del paciente, fecha de diagnóstico de cáncer y sus características, tratamiento y supervivencia, entre otras cosas.²¹ Con esta iniciativa se institucionalizará un esfuerzo académico del Instituto Nacional de Cancerología que lleva dos años implementándose en Mérida, y lo dotará de recursos para ampliarlo a más zonas del país y generar un registro que sea representativo a nivel nacional.

3. La evaluación de la política de salud no se hace de forma independiente. La Dirección General de Evaluación del Desempeño es "el área coordinadora y normativa para la evaluación de los sistemas nacional y estatales de salud, así como de los programas y los servicios del sector salud".²² En principio, esta oficina es uno de los principales usuarios de la información que compila DGIS. Con ello, la SS es juez y parte dentro del proceso de evaluación de la política de salud, lo que resta transparencia y credibilidad. Además, no hay mecanismos claros de involucramiento de la sociedad civil ni de otros actores relevantes. Sin embargo, hay programas en donde se contempla la participación de estos actores. Tal es el caso de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control

20. Dirección General de Epidemiología. *Anuarios de Morbilidad 1984-2015*. <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

21. Dictamen de aprobación, Gaceta: LXIII/2SPO-127/70695, disponible en: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=70695> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

22. Dirección General de Evaluación del Desempeño, <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD) para la que se creó el Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles (OMENT) cuyo Consejo Asesor está formado por organizaciones no gubernamentales, representantes de la industria y de la academia. Esto es un ejemplo más de la fragmentación de políticas y metodologías dentro del sector salud. Si bien tenemos buenas prácticas dentro de algunos programas, éstas no son realidad en la totalidad de los casos.

4. Unidades médicas carecen de incentivos económicos para medir desempeño.

Expertos en salud afirman que la mayoría del presupuesto de las unidades médicas se asigna con base en la población adscrita y número de consultorios o especialidades que atienden. Este proceso no toma en cuenta los resultados de sus servicios. Aunque la DGCEs otorga el Premio Nacional en Salud, el premio máximo de 650 mil pesos a los hospitales con mejor desempeño por categoría según los indicadores de INDICAS, pareciera no ser un incentivo suficiente. Por otro lado, destaca que sólo una parte mínima (1.25%) de la Aportación Solidaria Federal del Seguro Popular se asigna con base en desempeño. De acuerdo con la OCDE, este porcentaje debería de ser mayor para mejorar la calidad de los servicios.²³ Asimismo, la forma en la que se calcula el desempeño debería estar homologado con estándares internacionales y estimarse de forma transparente. De ser así, las clínicas y hospitales se beneficiarían de una práctica similar para alentar la mejora continua en calidad.

5. Los hospitales y clínicas certificados en México son una minoría.

Los establecimientos de salud se pueden certificar de forma voluntaria con el Consejo de Salubridad General (CSG), siempre y cuando cumplan con los estándares necesarios para brindar alta calidad en atención médica y seguridad a los pacientes. Este mecanismo sigue criterios que están homologados con otras mediciones o parámetros internacionales, como los del *Joint Commission International*. A pesar de que contar con esta certificación refuerza la imagen institucional de los hospitales, sólo siete de cada mil unidades médicas registradas contaron con un certificado vigente en junio 2017, esto equivale a 228 establecimientos.²⁴ Este dato resulta preocupante, pues refleja que hay pocos incentivos para que las unidades médicas se certifiquen.

6. Los pacientes no eligen a sus médicos o clínicas con base en desempeño profesional.

Los beneficiarios del sector público (ya sea por el Seguro Popular, el IMSS o el ISSSTE) tienen asignadas sus clínicas de primer nivel con base en su

domicilio. Por su parte, aquellos que acuden al sector privado, normalmente eligen a sus médicos o clínicas por referencias y capacidad de pago. Ya sea por diseño institucional o por falta de estadísticas, hoy ningún paciente puede considerar objetivamente el desempeño de las unidades médicas a las que acuden, como se hace en Francia donde el diario *Le Point* publica cada año un *ranking* de hospitales con base en un cuestionario.²⁵ Asimismo, sería deseable que la información en México permitiera desarrollar alguna plataforma tecnológica como *Grand Rounds* para elegir al mejor doctor para cada caso.

7. La mayoría de los programas de medicina en el país no generan una cultura orientada a la medición de resultados.

IMCO hizo una revisión de los 20 mejores planes de estudio de medicina, según un *ranking* que se hace con las calificaciones en el área de Conocimientos Médicos del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.²⁶ Se encontró que sólo 30% de estos programas incluyen una materia relacionada con calidad en los servicios de salud, de los cuales la mitad están en universidades públicas y la otra mitad en privadas. A juzgar por la información disponible en internet, el TEC de Monterrey pareciera ser una de las mejores prácticas nacionales con una materia que, entre otras cosas, les enseña a los futuros médicos cómo recolectar, analizar y utilizar datos sobre la seguridad del paciente. De acuerdo con la Clínica Mayo, las mejoras de calidad y la seguridad del paciente son dos componentes críticos para construir un nuevo paradigma sobre la práctica profesional en el sector salud.²⁷

8. Existen deficiencias técnicas para capturar información y consolidarla entre sistemas.

Cada institución de salud tiene sus propios sistemas informáticos y siguen sus propias metodologías para medir diversos indicadores, lo que complica la consolidación de datos a cargo de la Secretaría de Salud. Según expertos en el sector, una parte de esto se debe a falta de infraestructura y escaso presupuesto que deriva en servidores con capacidad insuficiente para almacenar datos en tiempo real y procesos que complican la recopilación de

25. François Malye et Jérôme Vincent, avec Catherine Lagrange, "Palmarès des hôpitaux et cliniques : méthodologie de notre enquête", *Le Point* (2015), http://www.lepoint.fr/palmares-hopitaux/palmares-des-hopitaux-et-cliniques-methodologie-de-notre-enquete-20-08-2015-1957964_41.php (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

26. Foro ENARM, Mejores escuelas de medicina en México – Ranking 2017 (México, enero 2017), https://comunidadenarm.blogspot.mx/2017/01/mejores-escuelas-de-medicina-en-mexico_22.html (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

27. Terrence L. Cascino, MD, "Why is quality improvement/patient safety important in health professions education?", (Mayo Clinic, 2012), <http://qiresources.mayo.edu/> (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

23. OCDE, *op. cit.*, 128-130.

24. Consejo de Salubridad General, *Certificados de Establecimientos* (2017), http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/estable_de_atencion_medica.html (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

información (como escribir historias clínicas en papel). Pese a esta opinión, la proporción del presupuesto que asigna la SS a la compilación de información y medición de indicadores es similar a la que se destina en Inglaterra, un ejemplo mundial en términos de datos de salud. En 2016, la SS destinó 0.15% de su presupuesto total para DGIS, DGCEs y la Dirección General de Tecnologías de la Información.²⁸ En el mismo año, el presupuesto de NHS Digital (el proveedor de información nacional y sistemas informáticos en salud) fue equivalente a 0.21% del presupuesto total del NHS.²⁹ Si bien las proporciones presupuestales son parecidas, la disponibilidad de datos que ofrece cada institución dista bastante. Esto refleja ineficiencias al tener varias áreas encargadas de fines similares, así como ineficiencias para recolectar información entre todos los actores del SNS. Más aún, hace manifiesto la falta de una meta clara sobre la medición de calidad y desempeño de los servicios del cuidado de la salud.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA MEDICIÓN DE CALIDAD EN SALUD

La medición de calidad en los servicios de salud es una pieza clave para aumentar el retorno del presupuesto que se destina a ellos, y así cosechar todos los beneficios que genera tener una sociedad más saludable. Para ello, IMCO presenta 11 propuestas que debe considerar el/la próximo/a Secretari/a de Salud.

- 1. Medir prevalencia, complicaciones, tratamiento y sobrevida de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, que son de las primeras causas de discapacidad en México.** Esto se puede hacer siguiendo el ejemplo del Registro Nacional de Cáncer. Lo ideal sería que México tuviera un registro de enfermedades crónicas, como lo tiene Canadá. El *Canadian Chronic Disease Surveillance System* usa datos administrativos de las provincias y los territorios que están vinculados para estimar incidencia y prevalencia de 14 enfermedades crónicas, entre ellas diabetes, enfermedades mentales y una selección de padecimientos cardiovasculares. Además, incluye uso de servicios de salud y sus resultados.
- 2. Reformar la LGS para hacer obligatoria la medición de indicadores de calidad que, al menos, cumplan con los estándares de la OCDE.** Para ello, se puede tomar como ejemplo la medición de mortalidad en México, que es confiable

y comparable. Esto se debe a dos razones. Primero, el registro de mortalidad, además de que lo obliga la LGS, tiene una serie de implicaciones legales muy importantes por lo que la sociedad lo demanda. Es imposible heredar una propiedad o cobrar un seguro de vida sin comprobar la muerte del dueño por medio de un certificado de defunción. Segundo, México se apegó al compromiso que hizo con la OMS para catalogar las causas de muerte siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), lo cual aplica para todas las instituciones de salud. Lo mismo se podría hacer con los indicadores de calidad, de tal forma que todo el SNS los mida siguiendo la definición y los indicadores que maneja la OCDE en el proyecto HCQI. Con ello, se homologarían los indicadores entre instituciones y mejorarían las comparaciones a nivel local e internacional.

- 3. Crear una política nacional de datos en salud.** Esto con el fin de homologar los procesos de captura de registros y construcción de indicadores de calidad en salud (como los que se mencionan en el punto anterior) para todas las instituciones del SNS. Una política de este tipo, alinearía los esfuerzos de las diferentes instituciones y aumentaría los rendimientos del presupuesto que se destina a este fin.
- 4. Crear una autoridad independiente de la SS y de las instituciones de seguridad social que esté encargada de la evaluación de las políticas de salud, así como del monitoreo de calidad.** Esta fue una de las recomendaciones de la OCDE para México en 2016. Un organismo como este se convertiría en un usuario clave de los indicadores de calidad. Podría ser algo similar al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), quien es reconocido por su credibilidad para medir los niveles de pobreza. En el caso de salud, sería fundamental que cuente con atribuciones suficientes para recopilar y analizar información sobre la provisión de servicios, publicar información que le sirva a los proveedores y a la sociedad en general, definir y monitorear estándares de calidad y sancionar a las unidades médicas que no cumplan con los estándares mínimos. Esta autoridad deberá ser totalmente transparente para legitimar su trabajo y facilitar la rendición de cuentas. Asimismo, debería incluir en su consejo o junta de gobierno a la sociedad civil, asociaciones de pacientes y otros actores relevantes. Además de tener un lugar dentro del Consejo Nacional de Salud y tener la posibilidad de hacer recomendaciones vinculantes.
- 5. Aumentar el porcentaje de la Aportación Solidaria Federal que se asigna por desempeño y calcularla con base en indicadores que sigan los estándares de la OCDE.** Esta modificación generaría incentivos para que los sistemas de salud estatales mejoren sus prácticas a fin de obtener

28. Cálculo propio con base en datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016. En el caso del presupuesto de la DGCEs sólo se consideró el presupuesto del Programa de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas.

29. Cálculo propio con base en los planes de negocio de NHS England y NHS Digital.

un mayor presupuesto. Asimismo, se puede aprovechar la política para obligarlos a adecuar sus sistemas informáticos para construir indicadores comparables con el resto de las instituciones de salud.

6. Diseñar un programa que ofrezca una compensación económica para las unidades médicas o los médicos que cumplan con ciertas metas de calidad.

El programa podría parecerse al inglés (*Quality Outcomes Framework*) y ser voluntario, siempre y cuando genere los suficientes incentivos para que las unidades o médicos quieran participar. Lo ideal será que la compensación se base en los mismos indicadores elegidos para medir calidad a través de todo el SNS. Además, para aumentar la credibilidad del programa, las metodologías y resultados deberán ser transparentes y auditables.

7. Generar incentivos para que los pacientes busquen atenderse en clínicas y hospitales certificados.

La certificación de establecimientos de atención médica es voluntaria, y esto es conveniente porque reduce las probabilidades de corromper el mecanismo. Sin embargo, en la medida en la que la sociedad lo demande, la certificación será una herramienta para promover la mejora continua de hospitales y clínicas. Para lograrlo, el ciudadano debe entender la importancia y las implicaciones que tiene para él tratarse en establecimientos certificados. Esto se podría lograr a través de campañas publicitarias y mayor difusión de resultados. En el sector público, para que esto sea efectivo, será necesario reformar los sistemas de salud para que los asegurados tengan el derecho de cambiarse de clínica por bajo desempeño, como se hace en el NHS en Inglaterra. El programa se podría complementar con ciertas penalizaciones económicas para aquellas clínicas que consistentemente pierdan pacientes. En el sector privado, las aseguradoras deberán mantener el convenio que se firmó en 2012 con la Asociación de Hospitales Privados, por el cual sólo se hacen pagos directos a hospitales certificados por el CSG.³⁰

8. Publicar los indicadores que se recopilan para los hospitales certificados.

Con ello se podría fomentar la autoevaluación y comparación con el resto del mercado. Este tipo de datos, en el largo plazo, podrían contribuir a la construcción de un *ranking* de hospitales que permita la toma de decisiones más informada por parte de los pacientes.

9. Incluir en todos los planes de estudio de medicina y enfermería una materia sobre calidad en los servicios de salud.

Seguir el ejemplo de Estados Unidos, donde la formación en mejoras de calidad es obligatoria para todos los

estudiantes de medicina. En la visión norteamericana, esto se concibe como un paradigma en administración de calidad, y está cargada hacia el uso de evidencia cuantitativa.³¹ En ese sentido, los programas en México deberían tener una materia obligatoria que enseñe las definiciones básicas de calidad en los servicios de salud, así como formas de medición y prácticas sobre el uso que se le puede dar a esta información y enfatizar la necesidad de recopilar y sistematizar datos para mejorar la práctica clínica.

10. Concretar la implementación del SINBA.

La normatividad que soporta el SINBA sugiere que esta herramienta, podría ser una solución para integrar los registros médicos de los derechohabientes del sistema público de salud. Con ello, se podrían hacer evaluaciones más completas sobre la prevalencia y el tratamiento de diferentes enfermedades crónicas.

11. Aumentar las capacidades tecnológicas del sector salud.

Esto implica invertir en mayor y mejor infraestructura, así como en personal capacitado para aprovechar al máximo la información que se genere. Lo ideal es que estos sistemas de información respondan a una meta superior: la mejora en la calidad de los servicios de salud. Asimismo, se pueden explorar nuevas tecnologías para el registro de expedientes médicos, como *Blockchain* y/o registros biométricos.

BIBLIOGRAFÍA

Barraza-Llorenz, Mariana, Verónica Judith Guajardo Barrón, Cristian Hernández Viveros, Francisco Javier Picó Guzman, y Erika Crable. *En Carga Económica de la Diabetes Mellitus en México*, 4. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 2013.

BBC. «*La inesperada tercera causa de muerte en EE.UU.*» BBC Mundo, 4 de Mayo de 2016.

Cascino, Terrence L. «*Why is quality improvement/patient safety important in health professions education?*» Mayo Clinic. 2012. <http://qiresources.mayo.edu/>.

Claxton, Gary, Cynthia Cox, Selena Gonzales, Rabah Kamal, y Larry Levitt. «*Peterson-Kaiser Health System Tracker.*» Measuring the quality of healthcare in the U.S. Editado por Kaiser Family Foundation. 2015. <http://www.healthsystemtracker.org/brief/measuring-the-quality-of-healthcare-in-the-u-s/#item-start>.

30. Consejo de Salubridad General, *Estándares para Certificar Hospitales 2015*, 14, http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf (Consultado el 4 de septiembre de 2017)

31. The Health Foundation, *Evidence scan: Quality improvement in training for healthcare professionals*, (2012), 4, <http://www.health.org.uk/sites/health/files/QualityImprovementTrainingForHealthcareProfessionals.pdf> (Consultado el 4 de septiembre de 2017).

Commission on Growth and Development. <i>Population Health and Economic Growth</i> . Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2008.	Secretaría de Salud. <i>Dirección General de Evaluación del Desempeño</i> . 15 de Febrero de 2016. http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno .	01 02
Consejo de Salubridad General. <i>Certificados de Establecimientos</i> . 2017. http://www.csg.gob.mx/ .	Senado de la República. « <i>Dictamen de aprobación, Gaceta: LXIII/2SPO-127/70695</i> .» 25 de Abril de 2017. http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=70695 .	03 04
—. « <i>Estándares para Certificar Hospitales 2015</i> .» 2015. 14.	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. « <i>Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud</i> .» la Dirección General de Evaluación del Desempeño, n° 1 (Noviembre 2015).	05 06
Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Portal INDICAS. 2017. http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/recibidas.php .	The Health Foundation. « <i>Evidence scan: Quality improvement in training for healthcare professionals</i> .» 2012. 4.	07
Dirección General de Epidemiología. <i>Anuarios de Morbilidad 1984-2015</i> . s.f. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html .	US Institute of Medicine. « <i>Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century</i> .» NCBI. 2001. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/ .	08 09
FOROENARM.ORG. <i>Mejores Escuelas de Medicina en México - Ranking 2017</i> . 2017. https://comunidadenarm.blogspot.mx/2017/01/mejores-escuelas-de-medicina-en-mexico_22.html .	Herper, Matthew. « <i>Should Big Data Pick Your Next Doctor?</i> » Forbes, Diciembre 2015.	10
Hindriks, Paul, entrevista de IMCO. MIIPPS (28 de Abril de 2017).		
Instituto Nacional de estadística y Geografía. <i>Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)</i> . 2016. http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/ .		
Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). <i>Registros administrativos Mortalidad</i> . 2015. http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html .		
Kelley, Edward, y Jeremy Hurst. « <i>Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper</i> .» OECD Health Working papaer No.23, 2006: 10.		
Malye , François, Jérôme Vincent, y Catherine Lagrange. « <i>Palmarès des hôpitaux et cliniques : méthodologie de notre enquête</i> .» Le Point, 2015.		
NHS Digital. « <i>Corporate Business Plan 2016/17</i> .» Septiembre de 2016.		
NHS Digital. <i>Quality and Outcomes Framework – Prevalence, Achievements and Exceptions Report England 2015-2016</i> . England: Primary Care Domain NHS Digital, 2016.		
NHS England. « <i>NHS Engalnd Business Plan</i> .» 31 de Marzo de 2016. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/03/bus-plan-16.pdf (último acceso: 5 de Septiembre de 2017).		
OECD. <i>En OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016</i> , 13. Paris, 2016.		
OMENT. <i>Tablero de Control de Enfermedades Crónicas</i> . 2017. http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-de-enfermedades/ .		
Presupuesto de Egresos de la Federación 2016. http://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF/Analiticos_Presupuestarios (último acceso: 5 de Septiembre de 2017).		



MERCADO LABORAL Y POBREZA EN MÉXICO: ¿QUÉ ESTÁ FALLANDO?

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

Ana Laura Martínez

@MrsIgualdad

Consultora, IMCO

En su libro “Por qué fracasan los países: los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza”¹ Acemoglu y Robinson exponen las trayectorias opuestas del desarrollo económico de las dos Coreas. Mientras en Corea del Sur los jóvenes enfrentan incentivos a educarse, esforzarse y realizar su vocación profesional, sus vecinos del norte saben que sin importar su esfuerzo no podrán alcanzar sus sueños de ser más prósperos y realizarse profesional y económicamente. Los distintos incentivos, afectan de forma diferenciada las aspiraciones y los esfuerzos de los jóvenes en ambos países.

Si bien en nuestro país no existen obstáculos legales al desarrollo económico de nadie, las barreras que enfrentan millones de compatriotas para acceder a una educación de calidad y la falta de incentivos para desarrollarse y crecer en el mercado laboral hacen que millones de mexicanos se encuentran hoy excluidos de los mercados laborales formales, condenados a subsistir sin libertad para ejercer su vocación, desarrollar y aplicar sus habilidades.

A pesar de las diferentes reformas de las últimas cuatro décadas en distintos ámbitos de la economía mexicana, nuestro país aún no cuenta con instituciones económicas inclusivas² que promuevan la participación masiva de la población en actividades altamente productivas, donde los individuos sean capaces de explotar sus capacidades.

El acceso a la seguridad social y la pobreza

México es un país pionero en la medición de la pobreza desde la perspectiva multidimensional. Dicha perspectiva se basa en

la idea de que la pobreza debe entenderse como una serie de carencias en múltiples dominios que van desde la participación en la toma de decisiones colectivas, hasta el acceso a capital físico y los derechos sociales. Es decir, además de considerar el nivel de ingreso, debe considerarse la titularidad real de los derechos de los que todo miembro de una sociedad es merecedor.³

Bajo la perspectiva de pobreza multidimensional, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) considera que una persona está en situación de pobreza cuando tiene un ingreso menor a la línea de bienestar (valor mensual total de la canasta alimentaria y no alimentaria), y al menos una carencia en el espacio de los derechos sociales: educación, salud, vivienda, seguridad social, servicios básicos y alimentación. Según CONEVAL, la falta de acceso a la seguridad social es la carencia más común entre los mexicanos pobres. Tan sólo dicha carencia contribuye con 36% de la intensidad de la pobreza.⁴

Como muestra la Gráfica 1, en 2014 70 millones de mexicanos -58% de la población total- no tenía acceso a seguridad social. Es decir, estaba excluida del derecho a servicios médicos, incapacidad laboral con goce de sueldo por enfermedad, accidente o maternidad y un esquema de ahorro para el retiro. Siendo una de las principales causas de dicha carencia la pertenencia al sector informal de la economía.

En México la segmentación de los trabajadores en formales e informales genera brechas salariales y de productividad muy importantes.⁵ Al respecto, con base en el seguimiento de 20 mil trabajadores de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) a lo largo de los cuatro trimestres de 2014, el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) encontró conclusiones importantes en cuanto a la transición del mercado formal al informal y viceversa. De dicho estudio se concluye que: 7% de los trabajadores de la muestra transitó de un

3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Metodología para medición multidimensional de la pobreza en México* (México: CONEVAL, 2009).

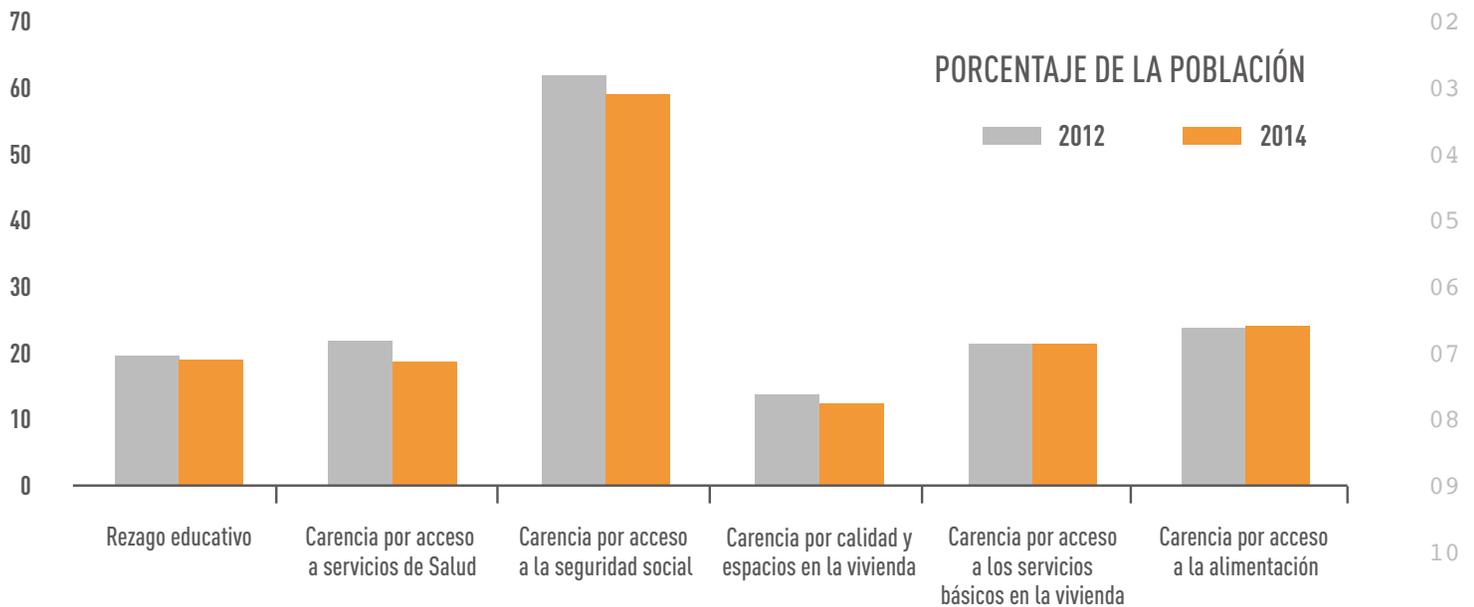
4. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre Desarrollo Humano México 2016: Desigualdad y Movilidad* (México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016), 81.

5. Santiago Levy, *Good Intentions, Bad Outcomes: Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico* (Washington D.C.: Brookings Institution Press, 2008).

1. Daron Acemoglu y James A. Robinson, *Por que fracasan los países: Los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza* (México: Crítica, 2013).

2. Las instituciones económicas inclusivas deben asegurar propiedad privada, un sistema legal justo y la provisión de servicios públicos que actúen como niveladores para facilitar el intercambio económico entre todas las personas.

Gráfica 1: Cambios en las dimensiones sociales de pobreza, 2012 – 2014.



Fuente: CONEVAL 2016, con base al MCS-ENIGH 2012 y 2014.

trabajo formal a uno informal durante 2014, con la consecuente reducción de su ingreso en 24%. De forma contraria, casi 8% de los trabajadores encuestados pasó de la informalidad a la formalidad con lo que su ingreso subió en promedio 15%. Los trabajadores que mantuvieron empleos formales tuvieron un ingreso promedio 97% mayor al de los que permanecieron en la informalidad.⁶

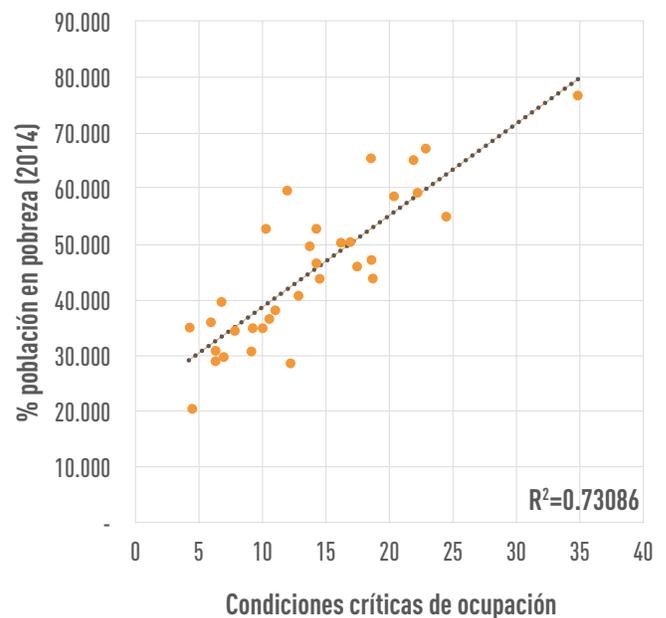
¿Existe relación entre el estatus laboral y el nivel de pobreza y bienestar de los mexicanos?

Es a partir del análisis anterior que se puede postular una hipótesis sobre la estrecha relación entre el estatus laboral, la pobreza y el desarrollo humano de los mexicanos. Para probar dicha hipótesis, en esta sección se analizan a nivel entidad federativa los datos de la ENOE al primer trimestre de 2017, las cifras de pobreza del CONEVAL y el Índice de Desarrollo Humano (IDH), calculado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

En primer lugar, un análisis de correlación a nivel estatal, arroja como resultado que los estados con mayor porcentaje de individuos con condiciones críticas de ocupación - aquellos que laboran menos de 35 horas a la semana más de 35 horas con

ingresos inferiores al salario mínimo y más de 48 horas semanales con ingresos de hasta dos salarios mínimos- presentan a su vez mayor pobreza y menores índices de desarrollo humano como muestran los Diagramas 1 y 2, respectivamente. Es decir, existe una fuerte correlación entre la seguridad laboral y el bienestar de los mexicanos.

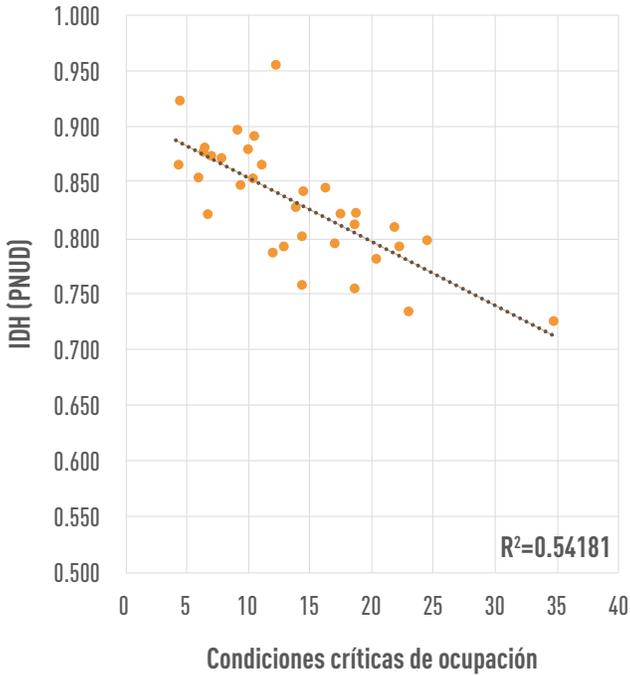
Diagrama 1. Relación entre el % de población en pobreza y la tasa de condiciones críticas de ocupación.



Fuente: Elaboración IMCO con datos de la ENOE 2017 y CONEVAL 2017.

6. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre Desarrollo Humano México 2016: Desigualdad y Movilidad* (México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016), 78.

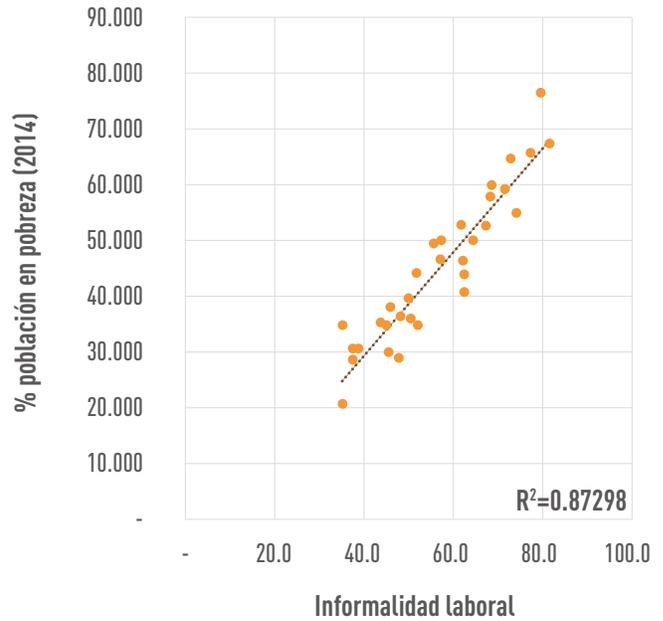
Diagrama 2. Relación entre el Índice de Desarrollo Humano y la tasa de condiciones críticas de ocupación.



Fuente: Elaboración IMCO con datos de la ENOE 2017 y el PNUD 2016.

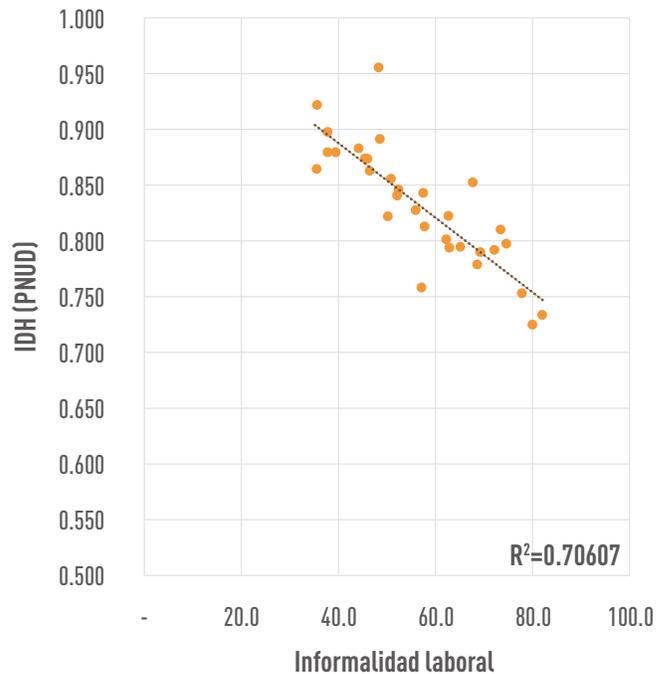
Por otra parte, la correlación entre la Tasa de Informalidad Laboral calculada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el porcentaje de pobres a nivel estatal es alta. La relación es tan fuerte que el coeficiente de correlación (R^2) entre ambas variables, es de 0.87.⁷ Es decir, el porcentaje de población que trabaja en la informalidad es un excelente predictor de la pobreza para los estados, como muestra el Diagrama 3. Por último, la informalidad también está relacionada de forma importante con el nivel de desarrollo humano en los estados. Al respecto el Diagrama 4 muestra una correlación negativa entre ambos.

Diagrama 3. Relación entre el % de población en pobreza y la tasa de condiciones críticas de ocupación.



Fuente: Elaboración IMCO con datos de la ENOE 2017 y CONEVAL 2017.

Diagrama 4. Relación entre el Índice de Desarrollo Humano y la tasa de informalidad laboral.



Fuente: Elaboración IMCO con datos de la ENOE 2017 y el PNUD 2016.

7. Valores significativos al 95% de confianza.

Tabla 1. Mercado Laboral y Pobreza

	critc	infor	ocu_forma	idh	pobreza
critc	1.0000				
infor	0.8509*	1.0000			
ocu_forma	0.6505*	0.7931*	1.0000		
idh	-0.7356*	-0.8396*	-0.5274*	1.0000	
pobreza	0.8549*	0.9343*	0.6947*	-0.8704*	1.0000

Fuente: Elaboración IMCO con datos ENOE 2017, CONEVAL 2017 Y PNUD 2016.

Finalmente, la Tabla 1 resume los coeficientes de correlación entre formalidad, condiciones críticas de ocupación, desarrollo humano y pobreza, fortaleciendo la evidencia en torno a la importancia del mercado laboral en la determinación de la pobreza y el bienestar en nuestro país.

En suma, en esta sección se muestra evidencia que apoya la hipótesis de que el estatus laboral (medido en base a las condiciones laborales o la pertenencia a la informalidad), presenta una relación estrecha con el nivel de desarrollo humano y de pobreza a nivel entidad federativa. Si bien, la información disponible no permite comprender el sentido de la causalidad entre las variables, la alta correlación entre ellas resulta de suma importancia desde la perspectiva de las políticas públicas. Más adelante se presentan algunas propuestas de cómo el Estado puede utilizar políticas públicas para aprovechar dicha correlación en beneficio de un mayor bienestar y menores índices de pobreza.

La disrupción tecnológica y el futuro del mercado laboral mundial

La persistencia de bajos niveles de desarrollo, pobreza y condiciones sub-óptimas en los mercados laborales de algunas entidades de la República ponen en entredicho la capacidad del mercado laboral para generar bienestar en todo México y deben encender una señal de alarma para el gobierno y el sector privado de nuestro país.

Más aún, dado que a la par de las consecuencias económicas de la “Gran Recesión”, el cambio tecnológico ha actuado como un fenómeno subyacente que ha complicado la recuperación económica mundial. De hecho, la Gráfica 2 muestra que la productividad total de los factores en Norteamérica no se ha recuperado desde la crisis financiera.

Finalmente, es importante mencionar que las consecuencias del cambio tecnológico en los mercados laborales han traído consigo no sólo efectos económicos sino también políticos y sociales. Fenómenos como el triunfo de Donald Trump en Estados Unidos o el BREXIT en Reino Unido dan cuenta del poder disruptivo de la tecnología (y otros fenómenos derivados de la globalización y la migración) en los mercados laborales y con ello en la política. Sin duda vivimos momentos complicados para el factor trabajo que requieren de toda la atención de los gobiernos.

¿Qué hacer desde la perspectiva de política pública?

En las secciones anteriores se presentó evidencia de la estrecha relación entre el estatus laboral y el nivel de vida de los mexicanos. Además de las distorsiones en el mercado laboral, con su tendencia a fomentar la informalidad, los bajos niveles de educación y capacitación laboral son altamente preocupantes en el complejo panorama laboral mundial.

Ante este complicado escenario, IMCO propone las siguientes 10 acciones de políticas públicas con miras a disminuir las distorsiones del mercado laboral y capacitar a los trabajadores y empresas mexicanas para enfrentar los retos laborales del presente y el futuro:

- 1) Reducir las barreras de acceso de las personas al mercado laboral formal, reduciendo el gravamen al trabajo⁸ y financiando la afiliación a la seguridad social con impuestos al consumo, no con impuestos y contribuciones de nómina, en un sistema efectivo de acceso universal como el que proponen Antón et. Al. (2011). El estándar de los sistemas estatales de seguridad asistencial afiliados al Seguro Popular debe ser el

8. Ver capítulo sobre la propuesta para reducir el ISR de asalariados para los trabajadores de menores ingresos.

Gráfica 2: Crecimiento (%) de la Productividad Total de factores (2000- 2016)



Fuente: Conference Board: Total Economy Database™ - Growth Accounting and Total Factor Productivity, 1990-2016.

del IMSS, pero con fuentes de financiamiento ampliadas para mejorar la prestación de servicios del Instituto.

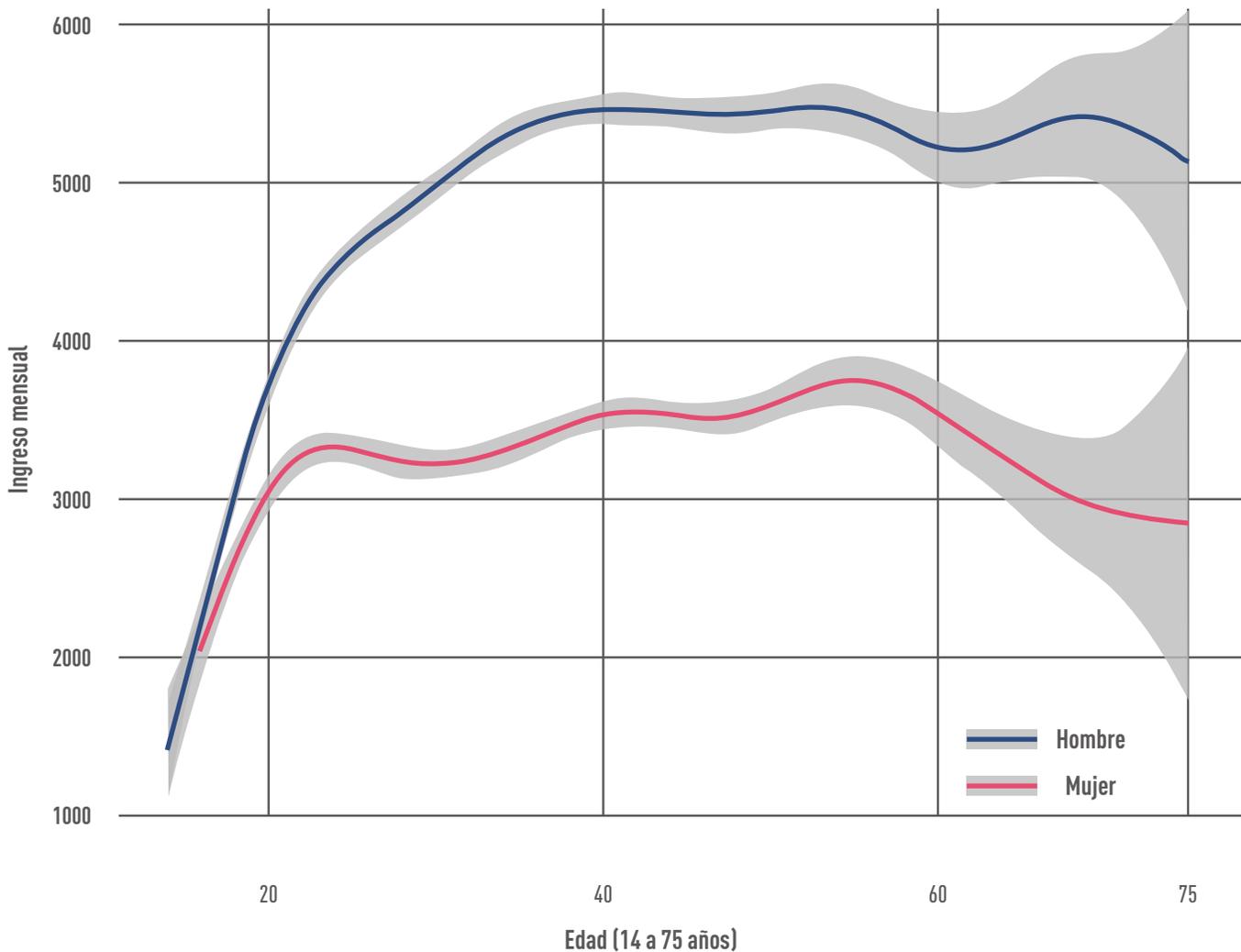
- 2) Introducir copagos y otros mecanismos que fortalezcan las finanzas del IMSS y que permitan un mejor uso de sus servicios, con el fin de que los servicios incluyan a un mayor número de mexicanos.
- 3) Facilitar las inversiones en capital humano, por ejemplo, a través de una mayor deducibilidad de la inversión de las familias en educación.
- 4) Mejorar la calidad de la educación en todos los niveles, a través de la medición y publicación de parámetros de calidad educativa y desenlace en el mercado laboral de todos los oficios, profesiones y ocupaciones.
- 5) Promover de forma legal la eliminación de las brechas salariales entre hombres y mujeres (a trabajos iguales y resultados iguales, remuneraciones iguales). Es alarmante que mientras la tasa de participación de los hombres en el mercado laboral superó 80% en el periodo 2005-2015, la de las mujeres no rebasó 50%, según INEGI. Adicional a mejores salarios para las mujeres, políticas de horario flexible y trabajo desde casa,

así como acceso a guarderías resultan importantes para fomentar el empleo de la población femenina. (ver gráfica 3).

- 6) Construir una política de salarios mínimos que utilice las negociaciones contractuales de los sectores formales. Se propone usar los aumentos porcentuales promedio de dichos contratos para actualizar el salario mínimo aplicable el siguiente año. De esa manera, el salario mínimo tendrá un referente de mercado, permitiendo una actualización automática y en línea con el desempeño del mercado laboral
- 7) Impulsar empleos y sectores capaces de pagar mejores salarios. Como se ve en los diagramas del capítulo, las condiciones críticas de ocupación son un buen predictor de la pobreza estatal. En esta misma línea resulta importante mejorar las condiciones operativas y de acceso al crédito de las micro y pequeñas empresas que hoy en día son hasta en un 80% informales.

En conclusión, para mejorar los indicadores de bienestar e incentivar la inversión en capital humano, debe facilitarse la inclusión de todos los mexicanos y mexicanas al mercado laboral formal, simplificando las condiciones de acceso a la seguridad social. La evidencia presentada aquí apunta a que, de no hacerlo

Gráfica 3. Salarios medios para graduados de secundaria, por sexo y edad.



Fuente: IMCO, con datos de la ENOE 2005-2016, trimestres I-IV. Algoritmo de procesamiento en R de la ENOE de Rodrigo Franco (correspondencia personal).

a la brevedad, se corre el peligro de que el cambio tecnológico desplace un porcentaje muy importante de los trabajadores mexicanos con graves consecuencias tanto económicas como políticas y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

Acemoglu, Daron y James A. Robinson. 2013. *Por qué fracasan los países: Los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza*. México: Crítica.

Antón, Arturo, et. Al. 2011. *The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2009. *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, México DF: CONEVAL.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 2016. *Informe sobre Desarrollo Humano: México 2016*. México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Levy, Santiago. 2008. *Good Intentions, Bad Outcomes: Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico*. Washington D.C.: Brookings Institution Press.



DISCRIMINACIÓN EN MÉXICO: EL DESAFÍO DE EVALUAR POLÍTICAS PÚBLICAS

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

Melina Ramírez

@Melina_ARamirez

Investigadora, IMCO



Regina Portilla

Investigadora, IMCO

*La discriminación es negación de la dignidad humana, afianza la pobreza, es tierra fértil para la violencia y cáncer para la democracia.”*¹

Cuando se habla de discriminación² ocurre lo mismo que cuando se habla de otros fenómenos como la corrupción: todos admitirán que es un problema, que es algo que tiene costos y que es algo que debe ser atendido y solucionado. Sin embargo, pocos admitirán o estarán conscientes de las acciones que, esporádicamente o de manera reiterada, llevan a cabo en contra de alguna persona o grupo y que constituyen un acto de discriminación. Aunque se reconoce el problema, poco se hace para mitigarlo ya sea porque no se conciben las consecuencias sociales y económicas de estos actos o porque se cree que estas actitudes están de alguna manera justificadas y por consiguiente no son discriminatorias.

La discriminación conlleva impactos negativos no solo en la vida de las personas que la sufren, sino también en la competitividad³ de un país. Por un lado, las personas se ven privadas de derechos y oportunidades y, por otro, se perpetúan contextos de

desigualdad que se materializan en violencia, pobreza y exclusión. Gary Becker, premio Nobel de economía en 1992, planteó que la discriminación tiene consecuencias tanto para las personas discriminadas como para las personas que discriminan.⁴ Por ejemplo, el autor encuentra que, si la discriminación presiona a la baja los salarios de los trabajadores negros en comparación con trabajadores blancos con las mismas habilidades, entonces empleadores que se niegan a contratar empleados negros pagarán más por preferir empleados blancos. Lo anterior genera costos por dos vías: los trabajadores negros reciben sueldos inferiores a los de los blancos y los empleadores con sesgos negativos hacia negros incurren en mayores gastos para alcanzar el mismo nivel de productividad.⁵

En México, la etnicidad y el tono de piel también impacta. Los mexicanos con tonos de piel más oscuros tienen menores ingresos y menor acceso a trabajos mejor pagados que aquellos de piel clara. Se ha encontrado también que cuando se tiene dos mexicanos con las mismas competencias, pero con distintos tonos de piel, el blanco tiene de 10 a 25% más probabilidad que el de piel oscura de estar en un nivel alto de riqueza.⁶ Entre otras cosas, dicho fenómeno provoca que los mexicanos de piel clara tengan tres veces más probabilidades que los de piel oscura de pertenecer al 30% de la población más rica. Por su parte, la discriminación laboral por género provoca que, en promedio, las mujeres perciban salarios inferiores al de los hombres⁷ en magnitudes que van desde 8.4% si observamos Quintana Roo hasta 23% si es el caso de Guerrero.⁸

4. La teoría se desarrolla en su libro *The Economics of Discrimination*.

5. Kevin N. Murphy, “How Gary Becker saw the scourge of discrimination”, *Chicago Booth Review*, 15 de junio de 2015, consultado el 12 de julio de 2017, <http://review.chicagobooth.edu/magazine/winter-2014/how-gary-becker-saw-the-scourge-of-discrimination>

6. Altamirano, Melina y Guillermo Trejo, *The Mexican Color Hierarchy: How Race and Skin Tone Still Define Life Chances 200 Years After Independence*, *American Political Science Association*, octubre de 2016.

7. Los valores se refieren a la diferencia porcentual entre el salario de hombres y mujeres.

8. Valores obtenidos de la base de datos del Índice de Competitividad Estatal 2016: Puente entre dos Méxicos del IMCO. Corresponden al indicador *Equidad salarial*. Para más información al respecto se puede consultar el siguiente vínculo: <http://imco.org.mx/indices/#/un-puente-entre-dos-mexicos/introduccion>

1. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México: resultados sobre diversidad sexual* (México: 2011), 11, consultado el 9 de mayo de 2017, <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-DS-Accss-001.pdf>

2. Por discriminación se entiende lo establecido en el artículo primero de la Ley para prevenir y eliminar la discriminación: “Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades”.

3. Por competitividad entendemos la capacidad de generar, atraer y retener talento e inversión.

En este sentido y dada la discriminación focalizada, histórica y sistemática que sufren personas con determinadas características en México, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) identificó los siguientes grupos vulnerados:⁹

- 1) Mujeres
- 2) Niñas y niños¹⁰
- 3) Jóvenes
- 4) Adultos mayores
- 5) Personas con discapacidad
- 6) Indígenas
- 7) Afrodescendientes
- 8) Personas con VIH/Sida
- 9) Minorías religiosas
- 10) Personas con orientación distinta a la heterosexual
- 11) Migrantes y refugiados
- 12) Trabajadoras del hogar¹¹

Los individuos que pertenecen a uno o varios de estos grupos exhiben factores contextuales que limitan su inserción social y su desarrollo personal. Su situación de vulnerabilidad tiene tres características: exposición a riesgos, incapacidad de respuesta e inhabilidad para adaptarse. Los riesgos se refieren a cualquier obstáculo al desarrollo socioeconómico que dañe la cohesión social. La incapacidad de respuesta es consecuencia de activos¹² insuficientes y mecanismos de apoyo para enfrentar dichos riesgos que a su vez provoca que la persona no cuente con la habilidad para adaptarse positivamente a situaciones que le son adversas.¹³

9. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. "Discriminación en general" consultado el 26 de junio de 2017, http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=46&id_opcion=38&op=38

10. En algunas secciones de este capítulo, se considerarán de manera conjunta a niñas, niños y jóvenes.

11. Información más detallada disponible en: http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=46&id_opcion=38&op=38

12. Kaztman define activos como "el conjunto de recursos, materiales e inmateriales, sobre los cuales los individuos y los hogares poseen control, y cuya movilización permite mejorar su situación de bienestar, evitar el deterioro de sus condiciones de vida o bien, disminuir su vulnerabilidad." Rubén Kaztman, "Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social", 5º Taller Regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones (continuación) (LC/R.2026), Santiago de Chile, Banco Interamericano de Desarrollo (BID)-Banco Mundial Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)-Instituto Brasileiro de Defesa del Consumidor (IDEC),

13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Vulnerabilidad

Ahora bien, como se mostrará más adelante, no solo las personas cometen actos de discriminación, el Estado también discrimina mediante limitados o inexistentes programas sociales que atiendan las demandas y necesidades de todos los grupos vulnerados. Este tipo de prácticas discriminatorias son mucho más graves que las de los individuos porque, de acuerdo con las principales teorías del Estado,¹⁴ éste tiene como función esencial la consecución del bien común y, por consiguiente, no debería haber lugar para patrones de discriminación en el actuar de sus instituciones. Es por esto que el artículo 2 de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED) especifica 1) la responsabilidad del Estado de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas y, 2) la obligación de utilizar los poderes públicos federales para eliminar aquellos obstáculos que limiten en los hechos el ejercicio de dicha libertad e impidan el pleno desarrollo de las personas.

No se pueden controlar las condiciones que provocan que algunas personas nazcan en determinados contextos y con características individuales que los coloquen en situaciones de discriminación y, por ende, de vulnerabilidad. No obstante, es obligación del Estado trabajar para contrarrestar las desigualdades generadas por dichas contingencias. Un Estado, en cualquiera de sus expresiones, no puede ni debe permitir que las acciones que desarrolle a través de sus instituciones perpetúen o incluso incrementen las diferencias y desigualdades entre individuos. "La distribución natural no es justa ni injusta, como tampoco es injusto que las personas nazcan en una determinada posición social. Estos son hechos meramente naturales. Lo que puede ser justo o injusto es el modo en que las instituciones actúan respecto a estos hechos".¹⁵

Es decir, si bien es imposible erradicar las diferencias existentes en un país tan diverso como el nuestro, se deben crear mecanismos de compensación que garanticen que aquellos que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad gocen de los bienes y servicios necesarios para ejecutar sus planes de vida. Se debe también comprender que es imposible atender a todos los sectores de la sociedad con una política homogeneizada y, por consiguiente, la perspectiva con la que se diseñan las políticas públicas debe transitar de un enfoque que busca proporcionar el mismo servicio a todas las personas a uno que busque adecuarse de manera específica a las necesidades y demandas de cada grupo de la sociedad en las distintas etapas de su vida.¹⁶

.....
sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. CEPAL (2002), consultado el 26 de junio de 2017, <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/11674/LCW3-Vulnerabilidad.pdf>

14. Se hace referencia a las teorías contractualistas de Hobbes, Locke y Rousseau.

15. Jonh Rawls, *Teoría de la justicia* (México: Fondo de Cultura Económica, 1995), 104

16. https://www.britishcouncil.org/sites/default/files/dk_d160_book_3_public_

Grupos vulnerados: características generales

01

Como se mencionó anteriormente, los grupos vulnerados sufren condiciones de discriminación focalizada, histórica y sistemática que les dificultan el acceso a bienes y servicios necesarios para su desarrollo. En la medida que dichas condiciones subsistan, se estará condenando a importantes sectores de la sociedad mexicana a menores niveles de ingreso y capital humano, afectando con ello la competitividad del país. Una cadena es tan fuerte como el más débil de sus eslabones; un país es tan competitivo como el más desfavorecido de sus ciudadanos.

02

03

04

Tabla 1. Estadísticas representativas de las condiciones de discriminación enfrentadas por los grupos vulnerados de México

05

Grupos vulnerados	Principales características
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares (ENDIREH), 16% de las mujeres ha experimentado discriminación, hostigamiento, acoso o abuso sexual en los centros educativos a los que asistieron.¹⁷ En general, 21%¹⁸ afirma haber sido discriminada en sus centros de trabajo vía salarios inferiores por trabajo igual (52%),¹⁹ menores oportunidades para ascender (53%), menores prestaciones (34%), disminución en salarios o despidos por edad o estado civil (21%) o solicitudes de pruebas de embarazo (28%). La discriminación que se ejerce en contra de las mujeres suele derivar en actos cotidianos de violencia que, debido a la resistencia estructural de las instituciones estatales, dejan impunes altas proporciones de feminicidios, violaciones sexuales y lesiones infligidas por razones de violencia intrafamiliar o de pareja.²⁰
Niños y niñas	<ul style="list-style-type: none"> En 2014, 1 de cada 2 niños, niñas y adolescentes en México era pobre; 1 de cada 9 se encontraba en pobreza extrema.²¹ La discriminación contra la niñez se deja ver de tres maneras: falta de acceso a la educación, violencia y falta de servicios básicos. De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) México, hay seis millones de niños y niñas de tres a 17 años que no van a la escuela. 35% de los y las niñas entre seis y nueve años han sufrido algún tipo de violencia.²² El trabajo infantil promueve las situaciones de desigualdad y pobreza. Alrededor de 2.5 millones de niños y niñas de cinco a siete años trabajan y 46% de ellos no recibe algún ingreso por su trabajo.²³

06

07

08

09

10

[services_and_equality_henry_kippin.pdf](#)

17. Esta cifra corresponde a la ENDIREH 2006.

18. Esta cifra y las del resto del párrafo corresponden a la ENDIREH 2011.

19. Los porcentajes en paréntesis son con respecto al total de mujeres que sufrieron discriminación. La suma de los valores es mayor a 100 porque una misma persona puede experimentar discriminación por más de una vía.

20. *Ídem*

21. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. "Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2014" (2015) consultado el 18 de julio de 2017, https://www.unicef.org/mexico/spanish/MX_Pobreza_derechos.pdf

22. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. "Numeralias: Niños, niñas y adolescentes" (s.f.), consultado el 26 de junio de 2017, http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=562&id_opcion=703&op=703

23. Ricardo A. Bucio Mújica. 2.5 millones de niños y niñas trabajan en México. *El Universal* (2016), consultado el 26 de junio de 2017, <http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/articulo/ricardo-bucio-mujica/nacion/2016/06/13/25-millones-de-ninos-y-ninas>

Grupos vulnerados	Principales características	
Jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • En México hay alrededor de 22 millones de jóvenes de 10 a 19 años y 50% de éstos sufre de discriminación por falta de políticas públicas que atiendan la carencia de oportunidades y las situaciones de pobreza y violencia en las que viven. Solo 54% forman parte de algún sistema educativo.²⁴ • México tiene la tasa más alta de embarazos adolescentes entre los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). De 2006 a 2014, se registraron en el país casi 100 mil nacimientos en niñas menores de 15 años. A esto se le suma que uno de cada cinco nacimientos en el país es de madres menores de 20 años.²⁵ • Cuando se trata de buscar trabajo, los jóvenes se enfrentan a escenarios con pocas oportunidades debido a una mala educación, falta de experiencia y capacitación. Los jóvenes suelen tener trabajos con bajos salarios y pocas prestaciones. 	01 02 03 04 05 06 07
Adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> • La población en México está conformada por más de 12 millones de adultos mayores de los cuales 80% vive en situaciones de pobreza y abandono. De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), tres de cada cinco adultos mayores sufren de violencia familiar y de acuerdo con el CONAPRED, la edad es la tercera fuente de discriminación en México.²⁶ • Solo dos de cada 10 adultos mayores pueden satisfacer sus necesidades básicas, mientras que el resto vive en situación de pobreza. Aunque 26% de ellos se encuentra en algún sistema de pensiones, éstos suelen ser incapaces de cubrir sus necesidades básicas. Lo anterior provoca que 74% se vea forzado a buscar algún trabajo informal que, debido a su naturaleza, dificulta su acceso a servicios de salud.²⁷ 	08 09 10
Personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximadamente 6% de la población mexicana (7.1 millones de personas) vive con algún tipo de discapacidad ya sea por enfermedad, edad avanzada, nacimiento, accidentes o violencia.²⁸ Según la ENADID 2014, solo 47% de la población discapacitada de 3 a 29 años de edad asiste a la escuela mientras que la cifra para personas sin discapacidad es de 61%.²⁹ • Como consecuencia directa de lo anterior, se observan tasas de analfabetismo más altas entre discapacitados que entre personas no discapacitadas: 23% de las personas de 15 años o más contra 3.8%.³⁰ 	
Indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • En México, aproximadamente 6.5%³¹ de la población habla alguna lengua indígena. • Los indígenas se encuentran entre los grupos más desaventajados a nivel nacional. Enfrentan: condiciones de pobreza (siete de cada 10 hablantes de lengua indígena son pobres), acceso limitado a servicios de salud (15 de cada 100 no contaban con afiliación a servicios de salud), altas tasa de analfabetismo (23% de los hablantes indígenas es analfabeta mientras que la tasa entre los no hablantes alcanza apenas 4.2%) y baja disponibilidad de agua entubada en sus hogares (14.3% no cuenta con este servicio). 	

24. Daniel Medina. "Save the Children: México excluye a su población adolescente y la deja a merced de la desigualdad" (2016), consultado el 29 de junio de 2017, <http://www.sinembargo.mx/27-04-2016/1653313>

25. Daniel Medina. "Niños y adolescentes de México sobreviven, pese a discriminación y violencia: Save the Children" (2016), consultado el 29 de junio de 2017, <http://www.sinembargo.mx/30-04-2016/1654764>

26. Rafael Pérez Cárdenas. "En pobreza y abandono, ocho de cada diez adultos mayores en México" *Formato Siete* (2016), consultado el 29 de junio de 2017, <http://formato7.com/2016/08/31/pobreza-abandono-ocho-diez-adultos-mayores-mexico/>

27. Idem

28. Los valores suman más de 100 porque una misma persona puede sufrir más de una discapacidad. Las discapacidades mencionadas son solo ejemplos. La encuesta considera también discapacidades para mover o usar brazo y manos, hablar o comunicarse y problemas mentales o emocionales.

29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *La discapacidad en México*, datos al 2014 (México: INEGI, 2016), consultado el 26 de junio de 2017, http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/La_Discapacidad_en_Mexico_datos_2014.pdf

30. Idem

31. Cifras citadas en esta sección corresponden a información de 2015.

Grupos vulnerados	Principales características	
Afrodescendientes	<ul style="list-style-type: none"> • En 2015, 1.2% de la población de nuestro país era afrodescendiente. • Los afrodescendientes exhiben niveles de analfabetismo mayores al 5.5% observado en el promedio nacional por lo que su escolaridad promedio también es baja (siete años). En relación con el drenaje, servicios sanitarios y agua potable, este grupo sufre de bajos niveles de acceso en comparación con el promedio nacional.³² • Tienen grandes dificultades para acceder a servicios públicos básicos: 6.6% de los niños afrodescendientes no tiene registro de nacimiento y 18% no está afiliado a ningún sistema de salud. A su vez, 40% de la población económicamente activa no tiene prestaciones laborales y más de 40% no tiene servicios de salud por parte de su empleador.³³ 	01 02 03 04 05 06
Personas con VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Las principales actitudes de discriminación que enfrentan este tipo de personas son la negación de servicios de salud, el despido laboral, la expulsión de la escuela, el desalojo de una vivienda y la realización de pruebas de VIH en contra de su voluntad.³⁴ • En México, de acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, actualmente hay 140,676 personas que viven con VIH o SIDA. La mayoría de los casos se concentra en siete estados: Ciudad de México (14.6%), Estado de México (10.4%), Veracruz (8.5%), Jalisco (6.9%), Chiapas, (5.2%), Guerrero (5.1%) y Baja California (4.3%).³⁵ 	07 08 09 10
Minorías religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con datos de la ENADIS, la discriminación es el principal problema para tres de cada 10 personas perteneciente a alguna minoría religiosa. Aparte de la discriminación, estas minorías también mencionan la desigualdad y el rechazo como problemas. • A pesar de que el número de católicos ha disminuido, 83% de los adultos en México se identifican bajo esa religión. Esto se ha dado junto con el aumento en el número de creyentes de otras religiones como el islam, el judaísmo y el protestantismo.³⁶ El CONAPRED reconoce que aquellas personas que no profesan la religión de la mayoría están más expuestas a actos discriminatorios ya que son vistos como amenazas a la identidad de un grupo o comunidad.³⁷ 	
Personas con orientación sexual distinta a la heterosexual	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque en los últimos años la comunidad LGBTTTI³⁸ ha ganado visibilidad en la agenda pública y, por ende, ha logrado la reivindicación de algunos derechos que hasta hace poco se les habían negado, la discriminación que sufren sigue siendo importante. Por ejemplo, de acuerdo con la ENADIS, 43% de los mexicanos no estaría dispuesto a que en su casa vivieran personas homosexuales y 42% no lo estaría en el caso de lesbianas. Adicionalmente, las personas están en desacuerdo con que se permita a parejas de hombres adoptar niños (la tasa de rechazo va desde 66% en contra en individuos de 12 a 17 años hasta un máximo de 82% presentado en adultos de 60 o más años). 	

32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Perfil Sociodemográfico de la Población Afrodescendiente en México" (2017), consultado el 29 de junio de 2017,

33. Comisión Nacional de Derechos Humanos. "Estudio Especial de la CNDH sobre la situación de la población afrodescendiente de México a través de la encuesta intercensal 2015" (2016), consultado el 29 de junio de 2017, http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/OtrosDocumentos/Doc_2016_023.pdf

34. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con SIDA* (México, 2014), 5-6, consultado el 26 de junio de 2017, http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf

35. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA: actualización al 1er. trimestre del 2017* (México, 2017) consultado el 26 de junio de 2017, http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220364/RN_1er_trim_2017.pdf

36. Michael Lipka. "A snapshot of Catholics in Mexico, Pope Francis' next stop" Pew Research Center (2016), consultado el 29 de junio de 2017, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/02/10/a-snapshot-of-catholics-in-mexico-pope-francis-next-stop/>

37. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. "Discriminación Creencias Religiosas" (s.f.), consultado el 29 de junio de 2017, http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=105&id_opcion=41&op=41

38. Las siglas LGBTTTI se refieren a personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Transgénero, Travestis e Intersexual.

Grupos vulnerados	Principales características	01 02
Migrantes y refugiados	<ul style="list-style-type: none"> • CONAPRED identifica dos fuentes de discriminación cuando se trata de migrantes en México. Primero, se tiene la falsa creencia de que los migrantes no gozan de derechos al cruzar de manera ilegal a un país y, segundo, se les cataloga bajo estereotipos negativos de violencia y criminalidad. • De acuerdo con datos de la ENADIS, siete de cada 10 mexicanos discriminan a migrantes bajo la presunción de que causan división en la sociedad a la que llegan. Para los migrantes, la discriminación es el principal problema, seguido de la inseguridad.³⁹ • Los refugiados, es decir, migrantes que de manera oficial han solicitado asilo, también son considerados como grupo vulnerable. Mientras esperan la aprobación de un estatus de refugiados, estas personas se enfrentan a situaciones precarias, con pocas libertades y derechos y sin acceso efectivo a representación legal.⁴⁰ 	03 04 05 06
Trabajadoras del hogar	<ul style="list-style-type: none"> • El trabajo doméstico remunerado es una actividad que ejercen de manera predominante las mujeres: una de cada 10 mujeres ocupadas es trabajadora remunerada del hogar mientras que menos de uno de cada 100 hombres trabajan en este sector. • Los problemas que enfrentan las trabajadoras domésticas se vinculan con la poca visibilidad que tienen, ya que la relación de trabajo surge y se desarrolla al interior de los hogares y permiten abusos como violación al derecho de descanso, a tener un horario definido, un contrato o prestaciones que se ofrecen en otros empleos.⁴¹ 	07 08 09 10

Recursos federales destinados a grupos vulnerados

El problema al que se enfrenta año con año la Cámara de Diputados al aprobar el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) es que los recursos disponibles son escasos y las necesidades y demandas de la ciudadanía son amplias, variadas y, en muchos casos, mutuamente excluyentes. Lo anterior implica no solo que no se podrá gastar en todo lo que se desea, sino que cada peso que se asigne a un programa es un peso que no se asignará a otro. En teoría, dicha escases obligaría a los diputados a decidir qué políticas públicas son prioritarias y, por consiguiente, qué programas recibirán una mayor proporción de recursos.

No es posible evadir el problema de la escases de recursos y siempre tendrán que elegirse determinados programas sobre otros. No obstante, es necesario recordar en todo momento que México es un país democrático y, como tal, debe estar entre sus objetivos asignar recursos pensando en el beneficio de la mayoría, pero también en la protección de los sectores más vulnerables. Como se mencionó en la introducción, no se pueden controlar las condiciones en que nacerá una persona, pero es imperativo evitar que las diferencias aumenten por las políticas que se adopten.

Esto no solo es una responsabilidad del Estado, sino también es una obligación legal del mismo. De acuerdo con la LFPED en su art. III, toda autoridad y órgano público federal deberá, a partir de sus competencias, incluir programas presupuestarios enfocados a atender a los seis grupos vulnerables identificados en la misma ley: mujeres, adultos mayores, niños y niñas, personas con discapacidad, indígenas y afrodescendientes.⁴² Esto lo pueden hacer de manera individual o coordinada y se debe apoyar del PEF para incluir los programas relevantes.

39. Ricardo Bucio Mújica. "Rechazan a migrantes siete de cada 10 mexicanos" El Economista (2012), consultado el 29 de junio de 2017, <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2012/02/28/rechazan-migrantes-siete-cada-10-mexicanos-0>

40. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. "Discriminación Migrantes y Refugiados" (s.f.), consultado el 29 de junio de 2017, http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=115&id_opcion=43&op=43

41. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México: resultados sobre trabajadoras domésticas* (México: 2011), consultado el 23 de junio de 2017, <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-TD-Accss.pdf>

42. La lista de grupos vulnerables establecido por la ley no actúa o limita la inclusión de otros grupos considerados vulnerables. Aquellos que se encuentra en la ley representan los mayores niveles de vulnerabilidad.

Siguiendo la metodología planteada por Mauricio Merino y Carlos Vilalta en “La desigualdad de trato en el diseño del gasto público federal mexicano”,⁴³ se analizaron los PEF correspondientes a lo que ha transcurrido del sexenio del presidente Enrique Peña Nieto (2013 a 2017) con el objetivo de cuantificar los recursos que se han destinado a atender personas pertenecientes a grupos vulnerados. En promedio, de 2013 a 2017, se destinó aproximadamente un billón 418 mil millones de pesos anuales a programas que de manera directa implicaban un beneficio para algún grupo vulnerable. Esta cifra equivale a 36% de los recursos ejercidos por los ramos, entidades de control directo y empresas productivas de estado consideradas⁴⁴ y se ha incrementado en términos reales a una tasa de 7.1% anual para el mismo período. Ahora bien, aunque los recursos asignados son una importante proporción del presupuesto analizado, debe resaltarse que la forma en que éstos se distribuyen es muy heterogénea.

Si se observa la Tabla 2 resalta, en primer lugar, que durante el período observado los adultos mayores fueron quienes recibieron la mayor proporción de recursos y la brecha entre ésta y la que recibieron niños y jóvenes, que son los segundos más beneficiados, va desde un mínimo de 46 puntos porcentuales hasta un máximo de 58. Por su parte, las mujeres y los indígenas (tercer y cuarto grupo con mayor proporción de recursos) obtuvieron alrededor de la mitad de lo que fue asignado a niños y jóvenes. Quienes recibieron la menor proporción de recursos fueron las personas con discapacidad, los migrantes y refugiados y las personas con VIH/SIDA que, en conjunto, sumaron apenas 0.27% del presupuesto total asignado a grupos vulnerados en 2017.⁴⁵

Tabla 2. Asignación porcentual del presupuesto por grupo vulnerable

Grupo vulnerable beneficiado	Año				
	2013	2014	2015	2016	2017
Total	100	100	100	100	100
Adultos mayores	59.87	61.72	61.82	67.43	68.01
Niños y jóvenes ⁴⁶	13.62	12.86	12.86	11.90	9.96
Mujeres	6.77	6.82	7.03	6.50	5.77
Indígenas	5.74	5.25	4.70	4.39	4.07
Personas con discapacidad	0.45	0.30	0.23	0.23	0.20
Migrantes y refugiados	0.07	0.06	0.07	0.08	0.05
Personas con VIH/SIDA	0.032	0.027	0.031	0.030	0.026
Todos	6.81	6.49	6.45	6.72	5.69
Otros*	6.63	6.48	6.81	2.73	6.23

Fuente: Elaboración propia con información de los PEF 2013 a 2017.

Notas (*): En este grupo se considera la suma de los programas que benefician a más de un grupo a la vez. En específico: 1) Indígenas, personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres, niños y jóvenes, 2) Mujeres, adultos mayores, indígenas, niños y jóvenes, 3) Indígenas, niños y jóvenes, 4) Mujeres, adultos mayores, niños y jóvenes, 5) Adultos mayores, niños y jóvenes, 6) Migrantes y refugiados, niños y jóvenes, 7) Mujeres e indígenas.

43. Documento disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/La_desigualdad_Dtrato_CIDE_INACSS.pdf

En el estudio, los autores encuentran que a pesar de que se realizan políticas públicas para combatir la discriminación y mejorar las condiciones de cada grupo vulnerable, no se ha logrado beneficiar de manera sustancial a todos por igual. Hay grupos vulnerados que son excluidos de los programas presupuestarios y hace falta evaluaciones de impacto de los programas existentes. Lo anterior no sólo no soluciona la discriminación y la desigualdad que se vive en el país, sino que las acciones gubernamentales están perpetuándolas.

44. Para ver la lista de los ramos, entidades de control directo y empresas productivas de estado consideradas, consultar Anexo 1 disponible al final del capítulo.

45. En este caso únicamente se están considerando los programas exclusivos para los grupos mencionados. No se están sumando recursos, por ejemplo, de programas que benefician a todos los grupos vulnerados de manera simultánea.

46. Las cifras sí consideran el presupuesto asignado a este grupo por conducto de la SEP.

En segundo lugar, podrá notarse que la fracción que recibieron los adultos mayores se incrementó de casi 60% en 2013 a 68% en 2017, mientras que la del resto de los grupos sufrió pérdidas: niños y jóvenes de casi 14% a 10%, mujeres de 6.7% a 5.7%, indígenas de 5.7% a 4%, personas con discapacidad de 0.45% a 0.2%, migrantes y refugiados de 0.07% a 0.05% y personas con VIH/SIDA de 0.032% a 0.026%. En tercer lugar, hay grupos que además de haber visto reducida su participación en el total del presupuesto asignado, sufrieron pérdidas reales. Así, los recursos asignados decrecieron a tasas anuales promedio de 1.1% para niños y jóvenes, 1.7% para indígenas y 12.2% para personas con discapacidad.

Por último, los grupos directamente ignorados⁴⁷ en la asignación presupuestal fueron los afrodescendientes, las minorías religiosas, las personas con orientación distinta a la heterosexual y las trabajadoras del hogar. Si bien los adultos mayores conforman 10.5%⁴⁸ de la población total del país y, por ejemplo, los afrodescendientes y discapacitados solo 1.2% y 6%, respectivamente, la desatención de los primeros y la pérdida de recursos de los segundos evidencian la discriminación que sufren tanto en la vida diaria como en la agenda nacional.

En este punto es importante resaltar que encontrar una política social universal que impacte de manera directa a todos los grupos vulnerables por igual es prácticamente imposible. Estudios apuntan a que la mejor manera de atender la vulnerabilidad de ciertos grupos y combatir las desigualdades es utilizar programas sociales focalizados.⁴⁹ Estos programas reconocen que, aunque existan políticas universales para la cobertura de servicios básicos, hay ciertos grupos que necesitan ayuda adicional para acceder a estos servicios. Para poder cerrar esta brecha en el acceso se necesita de programas que atiendan de manera específica las desigualdades generadas por los contextos o características individuales. Por ejemplo, una persona con discapacidad necesitará de herramientas de movilidad o los niños y jóvenes en comunidades marginadas necesitarán de escuelas de calidad cercanas.⁵⁰ Los programas deben considerar que existen obstáculos a la participación de estos grupos como,

por ejemplo, la falta de tiempo o exclusión social, mismos que deben ser atendidos para lograr un impacto directo.

Lo que funciona con un grupo vulnerable no necesariamente funcionará con otro. Para esto es importante considerar una serie de enfoques que permitan atender de manera sustancial las desigualdades de cada grupo y, con base en análisis e investigaciones profundadas de sus necesidades, utilizar el mejor enfoque. En algunos casos, países han decidido utilizar el enfoque de la cadena de valor en donde se combina el crecimiento económico y la reducción de la pobreza con la integración de pequeñas y medianas empresas a cadenas de valor competitivas. Un enfoque que ha tenido gran éxito alrededor del mundo es el Enfoque de Capacidades (Sustainable Livelihood Approach) creado por Amartya Sen, premio nobel de economía en 1998 y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este enfoque establece que las personas tienen cinco tipos de activos⁵¹ en distintos grados y al combinarlos crean capacidades o *livelihood*. Aquellas personas que tienen pocos activos no pueden contar con capacidades sostenibles. Las personas que sufren discriminación o desigualdad tienden a tener pocos activos. Este enfoque propone que contrario a la tendencia por atender solo un tipo de activo en la vida de las personas, se debe tener programas holísticos que atiendan todos los diferentes tipos de activos y capacidades. Se reconoce que cada comunidad y/o grupo vulnerable cuenta con distintos tipos de activos para su subsistencia por lo que es necesario reconocer que existe un contexto específico para cada caso y por eso es necesario atender todas sus áreas de vulnerabilidad.⁵² El más común de los enfoques es el de mecanismos de protección social en donde a través de intervenciones, se pretende ayudar a los grupos más pobre y vulnerables de un país. Esta asistencia se puede dar a través de mecanismos de seguro social, transferencial de dinero condicionadas o no condicionadas, subsidios alimentarios, fondos sociales, entre otros.⁵³ Dependerá de cada gobierno elegir el enfoque que atienda de la manera más completa y efectiva a cada grupo vulnerable.

Una nota sobre evaluación de programas

Otro problema que no se puede ignorar es la ausente cultura de evaluación. La asignación de recursos debe responder a las demandas y necesidades de las personas, pero también a la

47. Por grupos directamente ignorados nos referimos a grupos que no cuentan con programas presupuestales específicos para su condición de vulnerabilidad. Sin embargo, es probable que se beneficien de manera indirecta de otros programas (por ejemplo, afrodescendientes que reciben recursos de Prospera).

48. Cifras de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

49. Julie Van Domelen. "Reaching the Poor and Vulnerable: Targeting strategies for social funds and other community-driven programs" *World Bank* (2007). <http://www.preparecenter.org/sites/default/files/Targeting%20Strategies%20for%20Social%20Funds%20and%20Other%20Community-Driven%20Programs.pdf> (consultado el 17 de octubre de 2017)

50. Banco Mundial. "Targeted Services Delivery to the Poor". *World Bank* (2012) <http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/social-protection-policy-brief-targeted-EN-2012.pdf> (consultado el 17 de octubre de 2017)

51. Estos cinco activos son: humanos, sociales, financieros, físicos y públicos.

52. Oxfam GB. "The Sustainable Livelihood Approach: Toolkit for Wales". *Oxfam International* (2013) <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/the-sustainable-livelihoods-approach-toolkit-for-wales-297233> (consultado el 17 de octubre de 2017)

53. Banco Mundial. "Protección Social" *World Bank* (2017) <http://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview> (consultado el 17 de octubre de 2017)

evidencia. “En muchos casos, existe una enorme brecha entre saber qué necesitamos hacer y saber si lo hemos hecho bien. Una cosa es saber que la educación temprana debe ser una prioridad de inversión y otra saber si el programa preescolar financiado es efectivo.”⁵⁴ Gastar sin saber si las personas que deberían beneficiarse realmente se están beneficiando es otra forma en que las instituciones estatales perpetúan la desigualdad y la discriminación.

Hoy en día, se tiene poca información sobre el éxito o fracaso de los programas en operación porque éstos no se evalúan. Si se considera que las decisiones relacionadas con el gasto federal son tomadas por personas, es inevitable contar con un factor de subjetividad al momento de la asignación de recursos. En ocasiones, la asignación sigue una dinámica inercial en donde se replica el presupuesto de años pasados y gran parte de los cambios en programas sociales se dan sin algún estudio o evaluación previa. Los millones de pesos que se gastan de esta manera son dinero desperdiciado y oportunidades perdidas: cada peso que se gasta de manera injustificada es un peso que no ayudó a mandar niños a la escuela, a proporcionar tratamientos a personas con VIH/SIDA o a construir infraestructura en localidades indígenas.

Más programas no necesariamente implican mejores o mayores beneficios es por eso que el gobierno debe financiar aquellos programas que demuestren efectividad e impacto. Durante la administración de Barack Obama en EE.UU. se dieron grandes esfuerzos para evaluar, con base en evidencia, los programas sociales de dicho país concluyendo que 75% de los programas educativos o laborales tenían pocos o nulos efectos positivos sobre los beneficiados. Grandes programas estrella como *Head Start* para la educación primaria y *Drug Abuse Resistance Education* (DARE) para la prevención del abuso de sustancias demostraron que sus efectos eran menores y no duraderos. Esto sirvió para demostrar que muchos programas sociales con grandes cantidades de dinero no estaban produciendo los resultados deseados. En una economía de austeridad esto cobra aun mayor relevancia por lo que es necesario que los formuladores de políticas públicas evidencien cuáles programas funcionan y cuáles no.⁵⁵

Uno de los programas nacionales evaluados durante la administración de Obama fue *Success for All*. Este programa literario esta dirigido a niños y niñas en educación temprana desde Kinder 1 hasta segundo de primaria con altos niveles

de pobreza. Busca detectar y prevenir bajos niveles de alfabetización a través de tutores personalizados, programas de lectura, y creación de redes de apoyo conformadas por familiares y maestros.⁵⁶ Una prueba aleatoria controlada en 41 escuelas en 11 estados encontró mejores capacidades de lectura y comprensión en los estudiantes que formaban parte de *Success for All*.⁵⁷ Al demostrar impactos duraderos y de largo plazo, el gobierno le otorgó 50 millones de dólares más a su presupuesto. Desafortunadamente, no se puede decir lo mismo en el caso de programas sociales en México. En 2013, el presidente Enrique Peña Nieto presentó la Cruzada Nacional contra el Hambre como su principal política social en la que los tres niveles de gobierno unirán esfuerzos para combatir la pobreza alimentaria en más de 7 millones de mexicanos. En 2016, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) encontró que el programa no ha logrado combatir el hambre. Además, se determinó que su mal diseño no permite evaluar los resultados, no existe un grupo objetivo determinado y hay grandes deficiencias en la coordinación entre los niveles de gobierno. La falta de una población objetivo es de los principales obstáculos para medir sus resultados. De los 90 programas federales que deberían de estar funcionando, solo 61 operaban y solo nueve tenían objetivos directamente asociados con el combate al hambre.⁵⁸ Ningún estado o dependencia reportó los recursos asignados y ejercidos. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) se ha sumado a estas denuncias de ineficiencia y opacidad en el programa.⁵⁹ Esto no es un hecho aislado ya que otros programas federales como el Seguro Popular, el Seguro de vida para jefas de familia y el Programa de Apoyo Alimentario también presentan grandes obstáculos para su evaluación.

Se requiere destinar espacio y dinero para evaluar, con base en evidencia, los programas sociales y así, poder administrar el gasto público de una manera más eficiente. Cada programa debe contar con bases para una evaluación rigurosa. Esto permitirá fortalecer los programas exitosos y eliminar o mejorar aquellos programas que no han mostrado impactos positivos. Esto puede no resultar políticamente atractivo para muchos, ya que varios actores verán

54. US Department of Education. “Success for All”. *Office of Research*. (1993) consultado el 31 de julio de 2017 <https://www2.ed.gov/pubs/OR/ConsumerGuides/success.html>

55. Ron Haskin. “Social Programs That Work” *The New York Times* (2014), consultado el 10 de julio de 2017, <https://www.nytimes.com/2015/01/01/opinion/social-programs-that-work.html>

56. Tania L. Montalvo. “La Cruzada Nacional contra el Hambre no sirve para eliminar la pobreza alimentaria.” *Animal Político*. (2016) consultado el 30 de julio de 2017 <http://www.animalpolitico.com/2016/02/la-cruzada-nacional-contra-el-hambre-falla-en-eliminar-la-pobreza-alimentaria/>

57. Nayeli Roldán. “La Cruzada contra el Hambre ha fallado en sus objetivos; Coneval”. *Animal Político* (2016) consultado el 30 de julio de 2017 <http://www.animalpolitico.com/2016/12/cruzada-hambre-coneval/>

54. Jim Nussle y Peter Orszag, edit., *Moneyball for Government*, (Kindle edition: 2014), prefacio. Traducción propia.

55. Ron Haskin. “Social Programs That Work” *The New York Times* (2014), consultado el 10 de julio de 2017, <https://www.nytimes.com/2015/01/01/opinion/social-programs-that-work.html>

que sus programas “estrella” no han traído el beneficio esperado. Sin embargo, los problemas que se enfrentan a nivel nacional exigen soluciones y estas solo llegarán de la mano de programas que funcionen.

Para seguir los principios de costo-efectividad, los programas deben evaluarse con base en pruebas aleatorias controladas.⁶⁰ Éstas comparan la situación de un grupo que sí recibió asistencia con otro, estadísticamente idéntico, que no lo recibió de forma que cualquier diferencia entre grupos sea atribuible a la intervención del programa y no a factores externos. Si bien la evaluación de programas también cuesta, de acuerdo con el economista Jeffrey Liebman, “gastar unos cuantos cientos de millones adicionales al año en evaluaciones ayudaría a salvar decenas de miles de millones al enseñar qué programas funcionan y generar lecciones para mejorar aquellos que no”.⁶¹ En este sentido, el Departamento del Trabajo de EE.UU. utiliza hasta 0.5% de su presupuesto para evaluaciones⁶² y organizaciones como *Result for America* proponen que se reserve hasta 1% del presupuesto designado a programas sociales para realizar evaluaciones. Esto significaría que por cada 100 pesos que se gasten en programas para reducir la violencia, eliminar la pobreza, aumentar los niveles de educación o mejorar el sistema de salud, se debería gastar un peso para evaluarlos.

En nuestro país, el CONEVAL tiene entre sus funciones normar y coordinar la evaluación de programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas. Debido al tamaño de este organismo, no es posible que evalúe todos los programas vigentes, pero en una pequeña revisión de los que sí evalúa se observó que las matrices de indicadores de resultados de los programas suelen ser deficientes, ya sea porque las definiciones de sus indicadores son ambiguas, porque éstos no siempre son relevantes o porque se modifican y anulan comparaciones intertemporales. También se observa que la población objetivo no suele estar bien definida pues responde a una lógica de crear un programa para después buscar beneficiarios y no de identificar necesidades para después crear programas.⁶³

Por último, como medida complementaria a la evaluación, se

ha propuesto en la discusión pública la creación de un padrón único de beneficiarios vinculado a clave de identidad asociada a registros biométricos⁶⁴ que permita monitorear la asignación de recursos de manera integral. El objetivo es contar con un registro de todas las personas que reciben apoyos de algún programa social sin importar la dependencia que los otorgue. Si se cuenta con un padrón de este tipo, se podrán desarrollar estrategias integrales para los individuos y las familias porque los hacedores de política pública sabrán, por ejemplo, si una persona se está beneficiando de más de un programa, si lo está haciendo por duplicado o de manera complementaria⁶⁵ o si tiene familiares como hijos o padres que también estén recibiendo apoyos.

El padrón también permitiría una asignación más eficiente de recursos porque, al hacer evidente la duplicidad de programas, podrán eliminarse aquellos que estén atendiendo con el mismo propósito a los mismos individuos. No debe olvidarse que otorgar programas sociales a cambio de votos electorales es una práctica común en México. Los programas sociales se han convertido en la herramienta perfecta para la manipulación política por lo que un mayor control impactará de manera directa en el uso eficiente del dinero público. De esta manera, el padrón único, aunado a la evaluación de los programas existentes, se convierte en un mecanismo que ayudará a garantizar que la existencia de programas sociales dependa de sus resultados y no de las necesidades electorales o de la costumbre.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En México la discriminación se ejerce de ciudadano a ciudadano, pero también desde el Estado. Es decir, los individuos que se desenvuelven en contextos de desigualdad y vulnerabilidad deben enfrentar la exclusión social y el olvido en la agenda pública. Dado lo anterior, las oportunidades que tendrán la mayoría de las personas estarán determinadas por sus condiciones de origen. De 2013 a 2017 se destinó en promedio un billón 418 mil millones de pesos anuales a programas que de manera directa implicaban un beneficio para algún grupo vulnerable. Sin embargo, no todos los grupos recibieron el mismo apoyo: los adultos mayores recibieron 68% de los recursos, mientras los indígenas recibieron solo 4%. En términos intertemporales el fenómeno es el mismo: la proporción de recursos que recibieron los adultos mayores se incrementó cada año al tiempo que niños y jóvenes, mujeres, indígenas, personas con discapacidad, migrantes y refugiados y personas con VIH/SIDA se redujo. Por

60. Organizaciones como Laura and John Arnold Foundation han impulsado el uso de ensayos aleatorios controlados para ayudar a determinar la efectividad de programas sociales.

61. John Bridgeland y Peter Orszag. “Can government play Moneyball?” *The Atlantic* (2013), consultado el 10 de julio de 2017, <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2013/07/can-government-play-moneyball/309389/>

62. David Muhlhausen. “Government social programs: Triumph of hope over evidence” *The Heritage Foundation* (2015), consultado el 10 de julio de 2017, <http://www.heritage.org/welfare/commentary/government-social-programs-triumph-hope-over-evidence>

63. El Anexo 2 es una muestra de programas evaluados por CONEVAL.

64. Para saber más acerca de la clave única, consultar el capítulo *La clave única de identidad como una herramienta para el desarrollo* de Anit N. Mukherjee que se incluye en este libro.

65. Es decir, si está recibiendo recursos de dos programas que pretenden atender el mismo problema o si éstos cubren diferentes necesidades.

último, no fue posible identificar programas que atendieran de manera directa la problemática específica que enfrentan afrodescendientes, minorías religiosas, personas con orientación distinta a la heterosexual y trabajadoras del hogar. Es decir, la dinámica presupuestal actual, aunada a la inexistente cultura de la evaluación, evidencia la discriminación institucionalizada que se ejerce sobre los grupos vulnerados contemplados.

En este sentido y con el propósito de transitar hacia una asignación presupuestal que ayude a minimizar la desigualdad y la discriminación que enfrentan los grupos vulnerables se propone lo siguiente:

- **Incluir en la agenda pública a aquellos grupos vulnerados que hasta el momento no cuentan con programas que atiendan específicamente los problemas que enfrentan.** Hay grupos que hasta el momento no cuentan con programas diseñados para atender sus necesidades específicas. Si bien pueden ser beneficiados de manera secundaria por otro tipo de programa, de ninguna manera se puede continuar ignorando su existencia en la agenda pública nacional. Es cierto que más programas o mayor inversión no necesariamente implica mayores beneficios, por lo que es necesario contar con los programas adecuados para combatir la vulnerabilidad de todos los grupos. Estudios sobre el Estado de Bienestar en la Unión Europea han demostrado que la ayuda en programas sociales tiene mayores efectos positivos cuando se atiende al 20% de la población más pobre y se le dan las herramientas necesarias para salir de la pobreza. En México, el 20% de los más pobres reciben solo el 10% de los fondos sociales destinando a transferencias de efectivo.⁶⁶ Las futuras generaciones se benefician cuando se privilegian programas que atienden a las familias más pobres en lugar de programas universales.⁶⁷
- **Identificar necesidades y problemas para después asignar recursos.** La lógica con que se hace política pública en nuestro país es una lógica invertida: en vez de identificar problemas que afecten a un grupo específico y con base en eso asignar recursos a programas que tengan como objetivo solucionarlos, se crean programas, se les asignan recursos y después buscan beneficiarios. Como se puede observar en el Anexo 2, hay programas como Servicios de Guardería que no especifican su población objetivo. Se toma como base la capacidad instalada y no el número total de trabajadores con

derecho al servicio y que de hecho requerirán un lugar en las guarderías. Lo mismo ocurre con subsidios a programas para jóvenes cuya población objetivo “está en proceso de definición”. Es decir, hay recursos aprobados para programas que no saben quiénes serán los beneficiarios. Esta forma de gastar dinero provoca: 1) que lleguen apoyos a personas que no necesariamente los necesitan, 2) que no lleguen apoyos a quienes sí los necesitan, 3) que se desperdicien recursos en programas que no estén solucionando problemas. Debemos recordar que el presupuesto es escaso y cada peso que se asigna a un programa es un peso que no se asigna a otro, por lo tanto, es imperativo garantizar que aquello que se gasta tenga impactos positivos en la vida de los individuos.

- **Evaluar con base en evidencia la efectividad de los programas.** Es necesario saber que el dinero que se está gastando está cumpliendo con su objetivo. No podemos continuar asignado presupuesto a ciegas porque “es lo que siempre se ha hecho” o porque “parece que funciona”, debemos tener evidencia que justifique el gasto. Contar con evidencia rigurosa que permita determinar los resultados e impactos de los programas sociales ayudará a destinar recursos a aquellos programas que en realidad están cumpliendo. Esto permitirá contar con una mayor eficiencia presupuestal y con mejores programas sociales. Cada programa deberá estar justificado por estudios independientes y rigurosos que midan la eficacia de los mismos. Para asegurar que los programas sociales estén funcionando, hay diversas alternativas que van desde los ensayos aleatorios controlados, la asignación del 1% del presupuesto a evaluaciones o los bonos de impacto social. Los costos de contar con programas ineficientes van más allá del dinero público malgastado. Cada vez que una persona se acerca a un programa social que no funciona hay un costo humano en el beneficio que pudo haber recibido.
- **Condicionar las asignaciones presupuestales futuras al cumplimiento de objetivos específicos planteados al inicio de la implementación de los programas.** De nada serviría evaluar programas si estas evaluaciones se ignoran al momento de asignarles recursos. Las evaluaciones son valiosas en la medida que dan información para decidir objetivamente sobre la asignación de los recursos escasos: los programas que se deben continuar financiando son los que han probado funcionar y los que deben desaparecer o reformarse son aquellos que no han demostrado impacto alguno.
- **Crear un padrón único de beneficiarios de programas federales vinculado a clave de identidad asociada a registros biométricos.** Junto con la evaluación, contar con un padrón único ayudará a realizar asignaciones presupuestales

66. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. “Better Policies for Inclusive Development”. OCDE (2012). Consultado el 31 de julio de 2017 https://www.oecd.org/about/secretary-general/2012%2009_Mexico_Brochure_EN.pdf

67. Christian Bodewig. “Does high social spending help the poor? Evidence from the European welfare states” *The Brookings Institute* (2016), consultado el 10 de julio de 2017, <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2016/01/13/does-high-social-spending-help-the-poor-evidence-from-european-welfare-states/>

más eficientes porque se minimizará la duplicidad de programas, así como su uso con fines clientelistas. Los programas sociales no son ni deben ser utilizados como billete de cambio en temporada electoral, deben ser medios para proveer a las personas de las herramientas que necesitan para superar las dificultades que enfrentan debido a características contingentes de su entorno. Cada peso que no se gaste en este sentido, es un desperdicio de recursos y de oportunidades.

- **Experimentar programas con base en bonos de impacto social.** Otra forma en la que se pueden dar soluciones a los problemas específicos que sufren miembros de grupos vulnerados, es implementando bonos de impacto social. Los bonos de impacto social son “un mecanismo innovador de financiamiento mediante el cual un gobierno firma acuerdos con proveedores sociales de servicios como organizaciones no gubernamentales, empresas sociales o inversores que, a cambio de recursos, se comprometen a alcanzar resultados predefinidos por el programa.”⁶⁸ Debido a las necesidades muy puntuales y, en algunos casos, geográficamente específicas que tienen los grupos vulnerados, implementar este tipo de programas permitirá al gobierno federal no solo cumplir con su obligación de atender a estos sectores de la población, sino a garantizar que los recursos utilizados únicamente salgan de las arcas públicas cuando las metas se han cumplido. Hasta el momento, en otras partes del mundo los bonos de impacto social se han utilizado con éxito en políticas relacionadas con educación, justicia criminal y empleo.

Anexo 1. Ramos, entidades de control directo y empresas productivas de estado consideradas

IMSS	RAMO 17: Procuraduría General de la República
ISSSTE	RAMO 18: Energía
PEMEX (consolidado)	RAMO 19: Aportaciones a Seguridad Social
CFE	RAMO 20: Desarrollo Social
RAMO 01: Poder Legislativo	RAMO 21: Turismo
RAMO 02: Oficina de la Presidencia de la República	RAMO 22: Instituto Nacional Electoral
RAMO 03: Poder Judicial	RAMO 23: Provisiones Salariales y Económicas

RAMO 04: Gobernación	RAMO 25: Previsiones y Aportaciones para los Sistemas de Educación Básica, Normal, Tecnológica y de Adultos	01
RAMO 05: Relaciones Exteriores	RAMO 27: Función Pública	02
RAMO 06: Hacienda y Crédito Público	RAMO 31: Tribunales Agrarios	03
RAMO 07: Defensa Nacional	RAMO 32: Tribunal Federal de Justicia Administrativa	04
RAMO 08: Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación	RAMO 33: Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios	05
RAMO 09: Comunicaciones y Transportes	RAMO 35: Comisión Nacional de los Derechos Humanos	06
RAMO 10: Economía	RAMO 36: Seguridad Pública	07
RAMO 11: Educación Pública	RAMO 37: Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal	08
RAMO 12: Salud	RAMO 38: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología	09
RAMO 13: Marina	RAMO 40: Información Nacional Estadística y Geográfica	10
RAMO 14: Trabajo y Previsión Social	RAMO 41: Comisión Federal de Competencia Económica	
RAMO 15: Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano	RAMO 48: Cultura	
RAMO 16: Medio Ambiente y Recursos Naturales		

68. Stellina Galitopoulou y Antonella Noya. “Understanding social impact bonds” OCDE (2016) consultado el 13 de julio de 2017 <http://www.oecd.org/cfe/leed/UnderstandingSIBsLux-WorkingPaper.pdf>

Anexo 2. Ejemplos de programas destinados a grupos vulnerables evaluados por CONEVAL

01

Programa	Institución	Clave	Población Objetivo (SÍ/NO)	Aclaración	Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) (SÍ/NO)	Aclaración
Servicios de Guardería	IMSS	E007	No	Se toma como población objetivo a la capacidad instalada debido a que no se cuenta con información del número total de trabajadores con derecho al servicio que requieren de un lugar en guardería.	Sí	El indicador de Fin corresponde a la Tasa de variación de los nuevos beneficiarios (usuarios) del servicio comparado con el ejercicio inmediato anterior. También se tiene un indicador de Propósito el cual representa la cobertura de la demanda de servicios de guardería y el indicador de satisfacción.
Subsidios a programas para jóvenes	SEDESOL	U008	No	La población objetivo está en proceso de definición.	Deficiente	Los indicadores de la MIR presentan áreas de mejora en relación a su definición y relevancia para la medición del desempeño del programa.
Seguro de vida para jefas de familia	SEDESOL	S241	Sí	En las ROP 2015 la PO son las jefas de familia en situación de vulnerabilidad social y la PA son los hijos de las jefas de familia afiliadas al PSVJF. En las ROP 2016 la PO y la PA son las jefas de familia en situación de pobreza, vulnerabilidad por carencias sociales o por ingresos, y que la Población Beneficiaria son los hijos de las jefas de familia.	Deficiente	El programa debe desarrollar una Matriz de Marco Lógico que cuente con una lógica vertical y horizontal consistente ya que los indicadores de Fin y Propósito no permiten dar cuenta del avance del programa y los indicadores de componentes no integran dimensiones relevantes del mismo.

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Programa	Institución	Clave	Población Objetivo (SÍ/NO)	Aclaración	Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) (SÍ/NO)	Aclaración
Programa de Atención a Personas con Discapacidad	SS	S039	Sí	Se constituye por personas con discapacidad preferiblemente aquellas en situación de pobreza, que habiten en zonas urbanas y rurales, atendidas por el SNDIF, SEDIF, SMDIF y OSC en todo el territorio nacional (RO2015)	Sí	La MIR del programa ha sido modificada, por lo que no se puede describir la evolución de sus indicadores.
Comedores Comunitarios	SEDESOL	U009	Sí	La población objetivo es el subconjunto de la población potencial urbana y rural localizada en territorios con los siguientes criterios: a) En el sector urbano: AGEB con más de 300 habitantes que forman parte de las Zonas de Atención Prioritaria (ZAP) urbanas. b) En el sector rural: localidades con una población mayor a 300 y menor a 2,500 habitantes que pertenecen a municipios clasificados como ZAP rurales	Deficiente	La SEDESOL no cumplió con la metodología del marco lógico y las disposiciones del Sistema de Evaluación del Desempeño para el diseño de la Matriz de Indicadores (MIR) 2014 del programa presupuestario U009 "Comedores Comunitarios", ya que no permite medir el cumplimiento de los objetivos del programa

Programa	Institución	Clave	Población Objetivo (SÍ/NO)	Aclaración	Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) (SÍ/NO)	Aclaración
Programa de Becas Nacionales	SEP	S243	Sí	Estudiantes, recién egresados/as, personal académico y profesores/as investigadores/as de instituciones del sistema educativo nacional de todos los tipos educativos, especificándose en los anexos y en las convocatorias de cada una de las becas las características sociales, económicas y académicas	Deficiente	La Matriz de Indicadores para Resultados del Programa presenta inconsistencias. Las actividades no se encuentran agrupadas por componentes; algunas actividades son transversales y otras específicas a sólo algunos de los componentes. Las actividades desglosadas en la MIR no son consistentes con lo establecido en las Reglas de Operación.

Fuente: Elaboración propia con información de CONEVAL.